

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS INDÍGENAS, AFRODESCENDIENTES O PERTENECIENTES A OTROS GRUPOS ÉTNICOS EN LA REGIÓN DE LAS ÁMERICAS

Análisis transversal de información

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS INDÍGENAS, AFRODESCENDIENTES O PERTENECIENTES A OTROS GRUPOS ÉTNICOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Análisis transversal de información

Washington D.C., 2024

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra mujeres y niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos: Análisis transversal de información. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329344>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Lista de cuadros, figuras y recuadros	VII
Agradecimientos	IX
Resumen.....	X
Introducción.....	1
Objetivos y público destinatario del informe.....	2
Conceptos y definiciones.....	3
1_ Metodología.....	4
Fuentes y análisis de los datos.....	4
Limitaciones y alcance del informe.....	7
2_ Marco normativo.....	8
3_ Prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas.....	14
Características de las encuestas sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres.....	15
Carencias de datos y comparabilidad.....	19
4_ Mortalidad en las mujeres a causa de la violencia.....	24
5_ El uso de servicios como indicador adicional de la violencia contra las mujeres.....	29
6_ Factores de riesgo de la violencia.....	33
Fuentes de información sobre los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres.....	34
La interseccionalidad de la violencia.....	35
7_ Reconocimiento de las mujeres indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos en las políticas estatales.....	40
8_ Conclusiones y recomendaciones.....	44
Referencias.....	48
Apéndices	54
Apéndice A. Forma de medir la pertenencia a grupos étnicos en las encuestas de violencia contra las mujeres incluidas en el informe, por país.....	54
Apéndice B. Características de las encuestas nacionales sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres con datos desglosados por grupos étnicos incluidas en el informe, por país y año.....	56
Apéndice C. Análisis de la prevalencia de las mujeres indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos en la Región de las Américas.....	58
Apéndice D. Síntesis de la bibliografía sobre factores de riesgo, consecuencias de la violencia y uso de servicios en las mujeres por grupo étnico en la Región de las Américas.....	62

Lista de cuadros, figuras y recuadros

Lista de cuadros

Cuadro 1. Grupos de análisis de la prevalencia de la violencia contra las mujeres, por tipo de violencia.....	5
Cuadro 2. Palabras clave utilizadas en la búsqueda bibliográfica, por idioma.....	6
Cuadro 3. Tipos de encuestas sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres con datos desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, por país.....	15
Cuadro 4. Disponibilidad de indicadores sobre mortalidad violenta en mujeres por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos en la Región de las Américas, por país.....	25
Cuadro 5. Otros indicadores de violencia de género desglosados por grupo étnico en la Región de las Américas, por país.....	30

Lista de figuras

Figura 1. Cronología del marco normativo de los derechos humanos y la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, 1940-1990.....	8
Figura 2. Cronología del marco normativo de los derechos humanos y la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, 1990-2010.....	9
Figura 3. Cronología del marco normativo de los derechos humanos y la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, 2010-2020.....	9
Figura 4. Hitos en la generación de datos y evidencia sobre la violencia contra las mujeres, 1990-2014.....	13
Figura 5. Países de la Región de las Américas con encuestas sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres con datos desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos.....	17

Lista de recuadros

Recuadro 1. La participación y la voz de los Pueblos Indígenas en instancias de decisión.....	11
Recuadro 2. Estrategias de la Organización Panamericana de la Salud en materia de violencia contra la mujer, etnicidad y salud en materia de violencia, etnicidad y salud.....	12
Recuadro 3. Diferencias en la prevalencia de la violencia contra las mujeres indígenas entre las comarcas de Panamá....	21
Recuadro 4. Prevalencia de la violencia de género en las mujeres afrodescendientes de Uruguay, 2019.....	22
Recuadro 5. Organizaciones defensoras de los derechos de los Pueblos Indígenas que recopilan datos y evidencia sobre la violencia contra las mujeres de la Región de las Américas.....	23
Recuadro 6. Ley Modelo interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la muerte violenta de mujeres (femicidio/feminicidio).....	27
Recuadro 7. Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina.....	27
Recuadro 8. Foro Brasileño de Seguridad Pública.....	28
Recuadro 9. Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (AURORA) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) de Perú.....	32
Recuadro 10. Concepto de interseccionalidad aplicado a la discriminación de la mujer indígena.....	35
Recuadro 11. Testimonios de mujeres indígenas sobre las barreras de acceso a los servicios de salud.....	42
Recuadro 12. Testimonios de mujeres afrodescendientes sobre las barreras de acceso a los servicios de salud.....	43

Agradecimientos

Este informe es fruto de la colaboración entre el Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental y el Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud. La coordinación estuvo a cargo de Britta Baer, asesora regional en prevención de la violencia, y Sandra Del Pino, asesora regional en diversidad cultural.

Soledad Larrain, consultora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), redactó el informe en colaboración con el antropólogo Gabriel Guajardo Soto. Agradecemos a Yamileth Ortiz, consultora de la OPS, su contribución en la elaboración del primer borrador del informe.

Queremos expresar nuestro agradecimiento al equipo de la OPS por sus valiosos comentarios sobre la versión preliminar del informe, en particular, a la doctora Cecilia Marzoa, de la Representación de la OPS/OMS en Argentina, y a la doctora Martha Iregui, de la Representación de la OPS en Colombia. También agradecemos el apoyo técnico en la revisión del informe brindado por María Victoria Bertolino, Norman Gil y María José Monteverde, consultores de la OPS.

Extendemos nuestro reconocimiento y gratitud a las académicas y expertas internacionales en derechos humanos y violencia contra las mujeres y niñas que revisaron una primera versión del informe, especialmente a Gladys Acosta Vargas, Teresa Herrera, Elsy Curihuinca Neira y Carol Zavaleta.

Además, deseamos dar las gracias a las personas pertenecientes a los Pueblos Indígenas y poblaciones afrodescendientes que participaron en los grupos de discusión virtuales llevados a cabo en noviembre del 2023. Sus valiosos comentarios y sugerencias enriquecieron significativamente el informe. Entre ellas destacamos a Azeneth Baez, Meyvis Blackman, Ingrid De Munoz, Nazly Blandón, Ivis Palomeque, Alejandra Pretel, Hellen Pintos, Abhimeleck Rodríguez, Gina Valencia, Carla Olivares, Maureen Phillips, Michel-Ange Joseph, Consuelo Iturrieta, Lucciola González, Mabel López, Deici Guainora, Sara Omi, Yhanisell Chávez, Natalia Cuevas, Emilker Cuatin, Roxana Borda Mamani, John Keiner Quintana, Eduardo Peralta, Juana Ovalle, Joana Bezerra, Victoria Chicmana, Carol Zavaleta, Lia Zevallos, Vanessa Vásquez y Yanira Amandla.

Finalmente, agradecemos al Asuntos Globales de Canadá su apoyo fundamental en la ejecución del proyecto, sin el cual no hubiera sido posible la elaboración de este informe.



Resumen

En concordancia con la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (1)*, los objetivos del presente informe son: a) describir lo que sabemos sobre la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos con referencia a diferentes tipos de fuentes de datos; b) detectar las carencias de información y evidencia que pueden limitar la formulación de políticas y programas de prevención de la violencia equitativos; c) movilizar a las partes interesadas de la Región de las Américas para que profundicen en el diálogo, refuercen las alianzas y actúen en función de los resultados con el fin de prevenir la violencia contra todas las mujeres y las niñas teniendo en cuenta la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 (2)* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La metodología de estudio se basó en una estrategia que recurrió a múltiples métodos con diferentes diseños, es decir, se realizó un análisis transversal de información cuantitativa procedente de registros administrativos, encuestas nacionales y una revisión bibliográfica de publicaciones indexadas complementada con literatura gris,¹ a lo que se sumó la realización de dos grupos de discusión virtuales en los que participó población indígena y afrodescendiente.

Los estudios estadísticos incluyeron encuestas nacionales sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas. En los 35 Estados Miembros de la OPS se encontraron 52 encuestas: 23 en países del Cono Sur; 15 en el Caribe, 10 en Centroamérica y 4 en América del Norte (Canadá, Estados Unidos de América y México). Un total de 14 encuestas incluían información desglosada por etnicidad (personas de Pueblos Indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos).

Con respecto al alcance y las limitaciones del informe, cabe destacar lo siguiente: a) no se logró obtener un panorama completo de la Región de las Américas basado en encuestas nacionales de prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas con datos desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos; b) las 14 encuestas nacionales encontradas se centran en mujeres y niñas mayores de 15 años, lo cual deja sin información respecto a las niñas de menor edad; c) otro grupo de edad excluido son las mujeres mayores; d) los estudios de prevalencia abordan, principalmente, la violencia de pareja; e) no existe una estandarización de los conceptos de *sexo, género y orientación o diferencia sexual* con relación a las mujeres y niñas indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos de las Américas; f) con respecto al marco conceptual de las encuestas nacionales de prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas, se constata la necesidad de llegar a acuerdos sobre el uso de conceptos y terminología relacionados, por derivación o extensión, con la etnicidad; y g) se constató la ausencia de datos sobre los hombres y las masculinidades con relación al tema de la violencia contra las mujeres y las niñas.

En los registros administrativos, se aprecian avances en cuanto al desglose de algunas variables referidas a la sobreviviente, el acto y los agresores; sin embargo, no se ha estandarizado el desglose por grupo étnico, lo que impide contar con información que podría ayudar a comprender la complejidad e interseccionalidad² de la violencia contra las mujeres.

1 Los datos e información requeridos para el análisis transversal se obtuvieron de entidades de ámbito nacional con competencia en la atención de sobrevivientes de la violencia de género o en la realización de dictámenes periciales, organismos de seguridad y justicia encargados de proteger la vida y la integridad física de las personas, entes que rigen la realización de estudios estadísticos y demográficos, y responsables en materia de mujer y etnicidad (en caso de que formen parte de la estructura estatal). Se consultaron entre tres y cinco entidades por país, y se recuperó información sobre registros administrativos desglosados por Pueblos Indígenas o según la identificación como afrodescendiente en seis países: Argentina, Brasil, Colombia, Estados Unidos de América, Guatemala y Puerto Rico.

2 La interseccionalidad es la percepción crítica de que múltiples categorías sociales como el género, la posición social, la etnia y otras no son atributos individuales, sino sistemas interrelacionados de opresión. Estos sistemas interactúan desde el nivel individual al estructural. El análisis interseccional no busca sumar estas categorías, sino comprender cómo se da forma a la experiencia en salud en la intersección de dos o más ejes de opresión. De esta forma, se capturan varios niveles de diferenciación social que producen diferentes desigualdades en salud. Para más información, véase: Arias-Uriona AM, Losantos M, Bedoya P. La interseccionalidad como herramienta teórica analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e133. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57890/v47e1332023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Debido a las carencias de información y las limitaciones de los datos, las organizaciones de movimientos indígenas y afrodescendientes han establecido sus propios registros y han documentado la violencia de género, lo cual ha permitido visibilizar el problema, solventar algunas carencias de información y hacer un seguimiento de las políticas. Estas acciones permiten detectar las condiciones que reducen o eliminan la violencia contra las mujeres —en particular, desde la mirada de los Pueblos Indígenas—, como son el liderazgo femenino y el apoyo de las redes de mujeres y familiares.

Los estudios cualitativos contribuyen en gran medida a comprender los factores de riesgo y de protección asociados con la violencia, así como las posibles barreras para acceder a la ayuda. Por ejemplo, existen barreras individuales e institucionales que limitan el acceso de las sobrevivientes de violencia a los servicios institucionales, por razones como la discriminación o el desconocimiento de los servicios existentes, las formas de acceso y el idioma. Esta información pone de manifiesto la necesidad de adoptar políticas con enfoques etnodiferenciales cuyo diseño se base en un análisis del contexto, las condiciones que potencian la violencia; las prácticas discriminatorias hacia las mujeres, y la formación del personal de salud en la materia, entre otros elementos.

Asimismo, identificaron justificaciones del uso de la violencia asociados a roles de género inflexibles, y valores socioculturales y normas sociales que explican en parte el abuso de poder y la vulneración de los derechos de las mujeres, lo cual también debe abordarse.

Aunque existe cierta limitación de datos de calidad sobre la violencia contra las mujeres pertenecientes a Pueblos Indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos en las Américas, los datos disponibles evidencian que se requiere una respuesta integral que tenga en cuenta los distintos tipos de violencia, y los factores que condicionan los actos de violencia, así como las diferentes dimensiones de la discriminación que afecta a estas mujeres y niñas.

A partir de estos hallazgos, en términos generales, se recomienda fomentar la coordinación institucional entre los Estados Miembros con el fin de cumplir las metas establecidas en la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (1)* y en la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 (2)*.

De modo particular, se propone lo siguiente:

- a) Urgir a los Estados Miembros a que generen evidencia sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres y niñas indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos basada en los derechos humanos, la participación social, y el registro sistemático de los datos de calidad desglosados por la variable de autoidentificación étnica.
- b) Promover la creación de una comunidad de práctica centrada en la investigación de las formas de violencia contra las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, los factores de riesgo y de protección, y sus consecuencias.
- c) Aumentar la visibilidad de las necesidades y preferencias de los Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos en el diseño e implementación de las políticas, planes y protocolos de los servicios de la salud en respuesta a la violencia, con su plena participación.
- d) Promover enfoques integrales de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos desde un planteamiento basado en los derechos humanos, la igualdad de género y la diversidad cultural con la participación de los actores involucrados.³
- e) Promover la participación social mencionada a través de mecanismos establecidos en los sistemas de salud e instituciones.

3 Aunque se use el masculino en la redacción, se incluye a todas las identidades de género.

Introducción

El siguiente informe se centra en la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos en la Región de las Américas en el siglo XXI.

La violencia contra las mujeres afecta a una parte importante de la población de las Américas, y genera costos enormes tanto para la salud y el bienestar como para el desarrollo social y económico. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente una de cada tres mujeres y niñas mayores de 15 años han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de su vida. La violencia contra las mujeres se manifiesta de diversas formas, todas ellas igualmente inaceptables; en el caso de las mujeres mayores de 15 años, el tipo de violencia más común es la violencia de pareja. Cabe mencionar que, a partir del año 2020, las tendencias de la violencia han recibido una nueva atención en el contexto de la pandemia de la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19).

Comprender la naturaleza, la magnitud, los factores de riesgo y de protección, y las consecuencias de la violencia contra la mujer, incluida la que afecta a las mujeres indígenas y afrodescendientes, es el primer paso hacia la prevención de la violencia y la respuesta a ella. Esto se debe a diversas razones: en primer lugar, los planes, políticas, programas y leyes que respetan las particularidades culturales y se basan en la evidencia deberían fundamentarse en datos cuantitativos y cualitativos de gran calidad, obtenidos a partir de sistemas de datos administrativos y estudios basados en la población; en segundo lugar, es necesario recopilar datos de manera continua, a fin de medir los cambios que se dan en los niveles de violencia con el paso del tiempo; por último, en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables a la salud y el principio ético que obliga a no infligir daño intencionadamente, o principio de no maleficencia, los datos son esenciales para llevar a cabo un seguimiento y evaluación destinados a velar que las intervenciones bien intencionadas no causen daño.

Este informe parte de la premisa de que, cuando se genera evidencia, es necesario asegurarse de recopilar y analizar datos sobre los estratificadores de la igualdad, como es la etnicidad, con el propósito de aumentar los conocimientos acerca del modo en que los determinantes sociales influyen en la violencia contra la mujer. Esta necesidad se reitera en la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (1)*, que incluye un indicador específico sobre el número de Estados Miembros con datos que permiten analizar la prevalencia de la violencia contra la mujer en diferentes grupos étnicos. El presente informe es parte de la respuesta a este indicador.

Así, para fundamentar el seguimiento del indicador mencionado, en el año 2021, la OPS inició un estudio de alcance regional que recopiló la información disponible sobre la violencia contra mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos de la Región de las Américas, e inició un diálogo sobre la información que se conoce y la que no. Este informe es fruto de dicho estudio.

El informe se compone de diez capítulos y cuatro apéndices. En primer lugar, en la introducción, se expone el marco del problema de salud pública que implica la violencia contra las mujeres y las niñas de Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos; los objetivos y el público destinatario del informe, así como los conceptos y las definiciones clave. A continuación, se describe la metodología empleada, exponiendo las fuentes de datos y los métodos de análisis, así como las limitaciones y el alcance del informe. En el tercer capítulo se presenta el marco normativo de la materia que aborda el informe. El cuarto expone la información disponible sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas de los pueblos y grupos culturales en cuestión. El quinto capítulo se centra en la mortalidad de las mujeres víctimas de violencia. En el sexto capítulo se da cuenta de los indicadores adicionales de la violencia contra las mujeres que se pueden diseñar y medir a partir los datos administrativos existentes sobre violencia de género o sobre femicidios, los cuales reflejan la utilización de servicios, es decir, corresponden a las mujeres que buscaron atención o que realizaron la denuncia ante una autoridad competente. En el séptimo, se exponen los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas,

afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, haciendo hincapié en la interseccionalidad de la violencia con otras dimensiones y sus efectos. En el último capítulo se presenta el tema de la visibilidad de los grupos excluidos, en particular, de las mujeres y niñas Indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos —que se relaciona con la disponibilidad de evidencia sobre el problema de salud pública de la violencia contra las mujeres—, y la necesidad de que se les reconozca en las políticas estatales. La última parte del informe incluye las conclusiones y recomendaciones derivadas de la evidencia, a la que sigue la sección en la que se presentan las referencias citadas y, por último, los apéndices.

Objetivos y público destinatario del informe

En concordancia con la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (1)*, los objetivos del presente informe son: a) describir la información disponible, es decir, la información disponible sobre la violencia contra las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos con referencia a diferentes tipos de fuentes de datos; b) detectar las carencias de información y evidencia que pueden limitar la formulación de políticas y programas equitativos de prevención de la violencia; y c) movilizar a las partes interesadas de la Región para que profundicen en el diálogo, refuercen las alianzas y actúen en función de los resultados con el fin de prevenir la violencia contra todas las mujeres y las niñas.

El principal público destinatario es el personal responsable de los programas y las políticas de prevención de la violencia, que incluye a quienes coordinan la prevención de la violencia en los ministerios de salud y otros equipos que participan en la formulación, ejecución, evaluación o seguimiento de las políticas de salud en respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas, así como a las personas que gestionan programas de salud y dirigen servicios de salud relacionados con la violencia contra las mujeres y las niñas. En este grupo se incluye el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). También se dirige al personal responsable de las políticas y programas relacionados con la prevención de la violencia y la respuesta a ella, como responsables políticos y gestores de programas de protección de la mujer y promoción de la igualdad de género, asuntos sociales, justicia o policía y educación, entre otros. Se destina, asimismo, a las instancias de representación gubernamental que forman parte de un mecanismo multisectorial cuyo fin es prevenir la violencia y proteger a las sobrevivientes, así como a las instituciones que trabajan con información sobre la violencia, como las oficinas nacionales de estadística, y las personas involucradas en la recopilación y el análisis de datos dentro y fuera del gobierno.

Un segundo grupo de destinatarios son los puntos focales gubernamentales para asuntos interculturales y étnicos, incluidos los puntos focales para la salud de las mujeres indígenas y afrodescendientes, y la equidad en salud, así como otros sectores que trabajan en relación con los derechos de los Pueblos Indígenas y poblaciones afrodescendientes. Además, está dirigido a aquellas personas cuya labor es fortalecer la generación de datos centrados en la igualdad como fundamento de la formulación de políticas, y a las que trabajan para dar visibilidad a los grupos de población excluidos.

El tercer grupo de destinatarios lo componen las organizaciones de la sociedad civil de ámbito nacional y regional, las asociaciones profesionales, el mundo académico, las fundaciones y otros actores no estatales que trabajan para promover los derechos de todas las mujeres y protegerlas de la violencia. Se reconoce el importante papel que desempeñan las organizaciones de mujeres, principalmente las que representan a las mujeres indígenas y afrodescendientes, para dar visibilidad al tema y abogar por el cambio. En este grupo se incluye, además, a las organizaciones subregionales, regionales y mundiales, entre las que se encuentran los asociados de las Naciones Unidas, los actores bilaterales y multilaterales, los donantes y otras redes internacionales que trabajan para apoyar a los gobiernos y a sus comunidades con miras a poner fin a la violencia y promover la salud y el bienestar de todas las mujeres y las niñas en las Américas.

Conceptos y definiciones

El concepto de *violencia contra la mujer* se entenderá como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (3). Este informe aborda principalmente dos tipologías, la violencia interpersonal y la violencia colectiva, si bien revela la existencia de otros tipos:

- a) En la violencia interpersonal existen dos subcategorías: la violencia familiar y la violencia comunitaria. La violencia familiar comprende “la violencia física, sexual y psicológica, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas al marido y la violencia relacionada con la explotación” (4).

Dentro de esta, la violencia de pareja se refiere a cualquier comportamiento de una pareja masculina actual o anterior en el contexto del matrimonio, la convivencia o cualquier otra unión formal o informal que cause daño físico, sexual o psicológico (5). La violencia comunitaria comprende situaciones que se producen entre personas no relacionadas entre sí, que pueden conocerse o no, y que generalmente ocurren fuera del hogar (6); se puede manifestar como violencia física, psicológica y sexual, e incluye las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexuales, la trata de mujeres y la prostitución forzada en ámbitos laborales, escolares, institucionales y cibernéticos.

- b) Por su parte, la violencia colectiva se define como “el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales” (6). Este tipo de violencia puede adoptar diversas formas tanto dentro de un Estado como entre Estados, por ejemplo, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos.
- c) A partir de los grupos de discusión realizados con mujeres indígenas y afrodescendientes, salieron a la luz otros tipos de violencia que sufren estos pueblos y que deben contemplarse en los estudios que se realicen sobre el tema. Las mujeres pertenecientes a diferentes Pueblos Indígenas agregaron a los tipos de violencia ya señalados la violencia patrimonial, la violencia política, la violencia simbólica que permite la normalización del conjunto de las violencias y la violencia institucional. Las mujeres afrodescendientes señalaron como particularmente relevante la violencia sexual, que se traduce en el acoso sexual desde una edad temprana (escuela) hasta el abuso sexual por un conocido o un tercero. Mención especial recibe la violencia en contextos de guerra, donde el cuerpo de la mujer se considera un “botín de guerra” (intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión). Las mujeres también mencionan la violencia institucional, que se entiende como “la violencia que se da en los centros de salud, en las unidades educativas, en todas partes” (intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión).

Las anteriores tipologías son objeto de análisis en el presente estudio si están desglosadas por Pueblos Indígenas y afrodescendientes. En este sentido, es importante tener en cuenta que el registro de la etnicidad es un proceso reciente en las Américas y que su desarrollo varía entre países, lo cual impide establecer una definición estandarizada. No obstante, desde una aproximación conceptual, los grupos étnicos son aquellos que “se identifican a sí mismos como poseedores de un origen común y portadores de elementos, rasgos, o características importantes de una cultura propia o común; y cuyos miembros además participan en actividades y prácticas grupales que sirven para mantener y reproducir o recrear dichas características culturales” (7).

Para referirnos a los distintos grupos nos basamos en la *Política sobre etnicidad y salud*, aprobada en el 2017 por todos los Estados Miembros de la OPS. Esta política se fundamenta en importantes instrumentos de derechos humanos que gozan de amplio consenso, incluido el “Convenio N.º169 sobre Pueblos Indígenas y tribales en países independientes” de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), uno de

los referentes conceptuales de la recopilación de datos sobre los Pueblos Indígenas. Por su parte, la consideración de grupo indígena se fundamenta en cuatro dimensiones: autorreconocimiento, origen común, territorialidad y dimensión lingüístico-cultural. La primera dimensión —autoidentificación o autorreconocimiento—, la cual representa el ejercicio efectivo del derecho a reconocerse como parte de un pueblo y promueve el sentido de pertenencia (7), es la más utilizada con fines estadísticos.

1. Metodología

1.1 Fuentes y análisis de los datos

La metodología del estudio se basó en una estrategia que recurrió a múltiples métodos con diferentes diseños, es decir, se realizó un análisis transversal de información cuantitativa procedente de registros administrativos,⁴ encuestas nacionales⁵ y una revisión bibliográfica de publicaciones indexadas⁶ complementada con literatura gris.⁷ A continuación, estos datos se consolidaron en un informe de carácter preliminar, cuyos principales contenidos se expusieron en dos grupos de discusión en línea con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas y afrodescendientes. Estas fuentes se describen en el presente informe y sus anexos.

La información y los datos requeridos para el análisis transversal se obtuvieron de entidades de ámbito nacional con competencia en la atención de sobrevivientes o en la realización de dictámenes periciales, organismos de seguridad y justicia encargados de proteger la vida y la integridad física de las personas, entes que rigen la realización de estudios estadísticos y demográficos, y responsables en materia de mujer y etnicidad (en caso de existir dentro de la estructura estatal). Se revisaron entre tres y cinco entidades por país, y se recuperó información sobre registros administrativos desglosados por Pueblos Indígenas y afrodescendientes en seis países: Argentina, Brasil, Colombia, Estados Unidos de América, Guatemala y Puerto Rico.

Los estudios estadísticos seleccionados incluyen encuestas nacionales sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas. En los 35 Estados Miembros de la OPS se encontraron 52 encuestas: 23 en países del Cono Sur, 15 en el Caribe, 10 en Centroamérica y 4 en América del Norte (Canadá, Estados Unidos de América y México). Entre ellas, 14 ofrecen información desglosada por Pueblos Indígenas, afrodescendientes u otros grupos étnicos.⁸ A partir de la revisión de los indicadores de las encuestas, se definieron cuatro grupos de análisis con el fin de describir la prevalencia en función del tipo de violencia (véanse el cuadro 1 y el apéndice C).

4 Datos recabados por una dependencia u organismo del sector público como parte de su función.

5 Estudio observacional con el objetivo frecuente de realizar una investigación epidemiológica.

6 Publicación periódica de investigación de gran calidad y registrada en una base de datos de acceso público.

7 Publicaciones que se difunden por canales limitados.

8 En las recomendaciones se incluye la necesidad de llegar a acuerdos sobre el uso de terminología y etiquetas que deben enriquecerse más allá de ciertas distinciones básicas, como, por ejemplo, indígena o no indígena; lo mismo ocurre para afrodescendientes, romaníes o pertenecientes a otros grupos étnicos.

Cuadro 1. Grupos de análisis de la prevalencia de la violencia contra las mujeres, por tipo de violencia

1	Prevalencia de la violencia por parte de la pareja actual o anterior	Se describe la prevalencia de la violencia física y sexual a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses, sin incluir la violencia psicológica o emocional debido a las limitaciones en su comparabilidad. ^a
2	Prevalencia de la violencia infligida por personas distintas a la pareja	Se describe la prevalencia de la violencia física y sexual a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses.
3	Prevalencia de la violencia contra las mujeres en ámbitos públicos	Se describe la prevalencia de la violencia en el ámbito escolar, laboral y social. Para su cálculo se utilizaron los denominadores siguientes: en el ámbito escolar, las mujeres que asistieron a la escuela alguna vez y las que asistieron a la escuela en los últimos 12 meses; en el ámbito laboral, las mujeres que trabajaron por un sueldo u honorarios en algún momento de su vida y las que lo hicieron en el último año; y, en el ámbito social, todas las mujeres encuestadas.
4	Prevalencia total de la violencia	Se describe la prevalencia a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses.

Nota: ^aBott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Adams JM. La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e34. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.34>.

Con los microdatos de acceso abierto se hicieron algunos cálculos con intervalos de confianza del 95%, y se utilizaron factores de expansión siguiendo los lineamientos metodológicos publicados por cada país (9, 10). Para el cálculo de los intervalos de confianza en los casos en que no se tuvo acceso a las bases de datos, la información se extrajo de los informes. Se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics para Mac, versión 28.0.

La revisión bibliográfica tuvo como objetivo determinar la evidencia disponible sobre factores de riesgo, factores de protección, acceso a servicios y consecuencias de la violencia. Para las publicaciones indexadas se estableció el período comprendido entre los años 2011 y 2021; se consultaron las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS); PubMed; SciELO; Web of Science; EBSCO y Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). La búsqueda de las palabras clave se realizó en inglés, español y portugués, según se presenta en el cuadro 2.



Cuadro 2. Palabras clave utilizadas en la búsqueda bibliográfica, por idioma

Inglés	Español	Portugués
Ethnic groups, minority groups, indigenous peoples, indigenous, native, African continental ancestry group, African Americans, people of African descent, ethnic violence, violence against, women, violence, epidemiology, Latin America, West Indies.	Grupos étnicos, grupos minoritarios, Pueblos Indígenas, Indígenas, nativos, pueblos originarios, aborígenes, grupo de ascendencia continental africana, afroamericanos, violencia étnica, violencia contra las mujeres, violencia, epidemiología, mujeres, América Latina, Indias occidentales.	Grupos étnicos, grupos minoritários, povos indígenas, indígenas, nativo, grupo com ancestrais do continente africano, afro-americanos, violência étnica, violência contra a mulher, violência, epidemiologia, mulheres, América Latina, Indias ocidentais.

Se encontraron un total de 504 artículos, 326 de los cuales estaban duplicados. De los 178 artículos restantes, 31 resultaron elegibles. Se incluyeron estudios que ofrecen información sobre factores de riesgo, realizados con mujeres o niñas, con información sobre algún país de la Región de las Américas, cuyo desenlace primario correspondiera a alguna tipología de violencia interpersonal o violencia colectiva, y con enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto.

Para la revisión de literatura gris, también se consultaron documentos específicos y bibliografía publicadas por las Naciones Unidas sobre etnicidad y violencia que se citan en referencias⁹ y otros organismos especializados, organismos de cooperación técnica y financiera, y organizaciones de la sociedad civil. Con esta estrategia se recuperaron 17 documentos técnicos. La revisión de literatura se realizó desde un enfoque deductivo.

Los datos que se exponen en el presente informe se obtuvieron en un régimen de desarrollo normal de las instituciones del Estado. En consecuencia, no se incluyen datos de violencia contra las mujeres y las niñas en estados de excepción constitucional como son las situaciones de guerra externa o interna, conmoción interior, emergencia o calamidad pública.

Desde la OPS se organizaron dos grupos de discusión virtuales; en uno de ellos participaron personas pertenecientes a los Pueblos Indígenas y, en el otro, personas afrodescendientes. En ambos grupos se expuso una síntesis de los principales contenidos del informe para dar paso, a continuación, a un diálogo con las personas participantes. Todas ellas dieron su consentimiento a que se registrase el audio de ambos encuentros. Las reuniones se celebraron en el mes de noviembre del 2023 y, en promedio, tuvieron una duración aproximada de dos horas.

1. 2 Limitaciones y alcance del informe

- Una de las limitaciones del estudio fue el hecho de que solo en 14 de los 35 Estados Miembros de la OPS se encontraron encuestas nacionales sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas con

9 Para más información, véanse: Organización Panamericana de la Salud, política sobre etnicidad y salud. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.; Estados Unidos de América, 25 al 29 de septiembre del 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/csp297-politica-sobre-etnicidad-salud>, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54920/OPSEGC210005_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y, Organización Panamericana de la Salud. Plan de salud para la juventud indígena de América Latina. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-salud-para-juventud-indigena-america-latina-caribe>, Organización Panamericana de la Salud. Plan de salud para la juventud afrodescendiente de América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-salud-para-juventud-afrodescendiente-america-latina-caribe>, y Organización panamericana de la Salud. La salud de la población afrodescendiente en América Latina. Washington D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54503>

datos desglosados por etnicidad (Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos). Por lo tanto, no es posible ofrecer un panorama completo de los países respecto de este problema de salud pública complejo, que amerita estrategias con múltiples niveles y diversos actores para obtener resultados sostenibles.

2. Las 14 encuestas nacionales encontradas se centran en mujeres y niñas mayores de 15 años, lo cual no permite visualizar la situación de las niñas de menor edad.¹⁰ Otro grupo de edad excluido son las mujeres mayores, pues la mayoría de las encuestas se limitan a la edad reproductiva (entre los 15 y los 45), otras ponen el límite en los 75 años y la de México no pone límites de edad. Por tanto, queda invisibilizada la violencia en estos grupos etarios.
3. Las encuestas de prevalencia abordan principalmente la violencia de pareja. Esto implica que la conyugalidad heterosexual está documentada en desmedro de otros vínculos significativos de las mujeres, como las relaciones de parentesco no conyugales, vecinales, ciudadanas, y en ámbitos comunitarios y nacionales, que constituyen escenarios de diferentes formas de violencia.
4. No existe una estandarización de los conceptos de sexo, género, identidad de género, orientación sexual o diversidad sexual en relación con la violencia que experimentan las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos de las Américas. Esto significa que los instrumentos de medición y los modos de interpretarlos presuponen el primado de las construcciones de género basadas en la heterosexualidad exclusiva. La forma de medir la pertenencia a grupos étnicos en las encuestas difiere entre países. En algunos, como Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador o Guatemala, se pregunta por la identidad o pertenencia a algún grupo indígena. En otros casos, se utilizan indistintamente las categorías de etnia y raza. Por ejemplo, en Ecuador se pide la autoidentificación entre las siguientes opciones: indígena, afrodescendiente, negra, mulata, montubia, mestiza, blanca u otra; en Estados Unidos se hace referencia a la raza como criterio de autoidentificación; en Cuba se pregunta por el color de piel, lo cual determina la pertenencia a la población afrodescendiente, y en México se considera el uso de la lengua indígena, la identificación como indígena y ambas (véase el apéndice A).
5. Con respecto al marco conceptual de las encuestas nacionales de prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas, se constata la necesidad de llegar a acuerdos sobre el uso de conceptos y terminología relacionados, por derivación o extensión, con la etnicidad.
6. Otra limitación compartida por los datos cuantitativos es la ausencia de datos sobre los hombres, normas de género y las masculinidades con relación a la violencia contra las mujeres y las niñas. Desde el punto de vista conceptual, las mujeres y las niñas participan de relaciones sociales con los hombres y los niños en los niveles microsocial, mesosocial y macrosocial, de modo que, para dar cuenta de la organización social de la violencia y sus soportes a corto, mediano y largo plazo, es preciso incluirlos en el estudio de este fenómeno.
7. El informe analiza datos sobre planes multisectoriales, que representan solo un tipo de política escrita. Esta elección no refleja la complejidad y diversidad de las políticas existentes en cada país. Además, la mera existencia de estos planes no garantiza su implementación efectiva ni su impacto en la realidad cotidiana de las mujeres y niñas.
8. La identificación de los factores de riesgo requiere un análisis específico para cada tipo de violencia y contexto. Al ser un informe regional, no aborda de manera detallada las particularidades de cada país ni de los diferentes grupos que los componen.

¹⁰ Sin embargo, cabe mencionar que existen datos y documentación considerables sobre menores de 15 años en materia de violencia y educación, matrimonio precoz, abuso sexual, entre otras materias que constituyen violaciones de los derechos humanos de las niñas y los niños. Hay que tener presente que, para hacer frente a la violencia en la infancia se requieren herramientas de prevención y de intervención distintas a las dirigidas a la población adulta.

2. Marco normativo

En este capítulo se expone una relación cronológica de los instrumentos jurídicos y normas internacionales que protegen los derechos humanos y, en particular, los de los Pueblos Indígenas, y orientan la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, que son de obligatorio cumplimiento por los Estados y en torno a los cuales existe consenso internacional (figuras 1, 2 y 3).

El primero corresponde a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (11), documento legal que establece el marco de acción para la igualdad y libertad, ambos derechos universales, inalienables, indivisibles e interdependientes. A fin de consagrar la protección de los derechos de la infancia se promulga la segunda Declaración de los Derechos del Niño (12).

Sustentados en la máxima de que la igualdad solo es posible si no existe discriminación, surgen dos instrumentos: la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, que en su artículo 5 establece como parte de los compromisos de los Estados “prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas” (13), y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que insta a los Estados a establecer medidas para modificar patrones socioculturales en la educación familiar y suprimir todas las formas de trata y explotación (14).

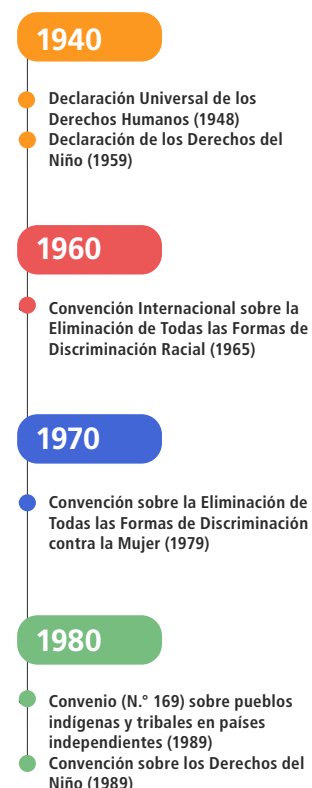
Al cierre de la década de 1980 se promulga el Convenio (N.º 169) sobre Pueblos Indígenas y tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con el objeto de proteger los derechos de los Pueblos Indígenas como sujeto colectivo, estableciendo elementos constitutivos para su definición (15). Por último, el 20 de noviembre de 1989, la Asamblea General de Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, cuyo objetivo es promover los derechos de los niños y las niñas en el mundo, la cual cambia definitivamente la concepción de la infancia (16).

A partir de los noventa, con la Declaración y el Programa de Acción de Viena se reafirma el compromiso de erradicar “todas las formas de discriminación, [...] [la] violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales” (17) en consonancia con otras convenciones. En esta declaración se enuncian, asimismo, los derechos de las personas pertenecientes a minorías.

En esa misma línea, la Convención de Belém do Pará reafirma el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia diferenciando la violencia ejercida en la familia, fuera de la familia y la violencia del Estado (3). A su vez, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo insta a los Estados a adoptar medidas para eliminar “todas las formas de explotación, abuso, acoso y violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas” y “todas las violaciones y discriminaciones en materia de derechos humanos” de las poblaciones indígenas (18).

Unos años más tarde, con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, se acuerda una agenda para lograr la igualdad de género y la garantía de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Como parte de la hoja de ruta *La violencia contra la mujer* se definen tres objetivos estratégicos: “adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer”; “estudiar las causas y las consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas de prevención”; y “eliminar la trata de mujeres y prestar asistencia a las víctimas de la violencia derivada de la prostitución y la trata de mujeres” (4). Hacia el final de la década, la Resolución WHA49.25 de la 49.ª Asamblea Mundial de la Salud declara la violencia como un problema de salud pública, y reconoce que afecta a todas las personas, pero, en especial, a las mujeres y los niños (19).

Figura 1. Cronología del marco normativo de los derechos humanos y la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, 1940-1990



En el siglo XXI, la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas continúa posicionándose en la agenda pública. Desde la OMS se hace un llamado a los Estados para fortalecer a las familias y atender sus necesidades básicas, especialmente cuando se dan situaciones de violencia contra niños y niñas, violencia doméstica, descuido y violencia en personas mayores (20).

Otro factor que motiva las acciones destinadas a los Pueblos Indígenas es la inequidad en materia de salud. A este respecto, la OPS aprueba unas líneas estratégicas de cooperación técnica con el fin de mejorar la gestión de la información, introducir un enfoque intercultural en los modelos de atención y capacitar a los recursos humanos como facilitadores interculturales (21). Esto coincide con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que en su artículo 22.2 establece que: “Los Estados adoptarán medidas, juntamente con los Pueblos Indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación” (22).

En la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, conocida como Consenso de Quito, los Estados continúan reafirmando su compromiso con la garantía de los derechos de las mujeres indígenas, afrodescendientes, de zonas rurales y con discapacidad. En este marco, cabe destacar dos acuerdos: la formulación y aplicación de políticas encaminadas a superar los estereotipos de género en el ámbito familiar, y el acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres (23).

Lo anterior refleja el vínculo entre la salud y los derechos humanos, por lo que la OPS, por medio de la resolución CD50.R8: La salud y los derechos humanos, promueve la formulación de políticas de conformidad con los instrumentos internacionales aplicables al sector de la salud (24).

En el escenario mundial continúa el debate sobre la prevención de la violencia contra las mujeres. En el Consenso de Brasilia, en particular, uno de los temas centrales fue la violencia en espacios públicos y privados contra las mujeres afrodescendientes, Indígenas y pertenecientes a otros grupos en situación de vulnerabilidad (25). Entre las medidas adoptadas para hacer frente al problema, se incluyen las políticas de seguridad pública sobre el femicidio y el feminicidio, los programas para agresores y sus familias, y la generación de datos y evidencia en la materia.

En el Consenso de Montevideo, los Estados se comprometieron no solo a ratificar los acuerdos establecidos previamente, sino también a garantizar la autoidentificación de los Pueblos Indígenas en las estadísticas nacionales y a generar información para comprender sus dinámicas y particularidades culturales. Además, se dio prioridad a la salud sexual y reproductiva en las poblaciones afrodescendientes (26). Por su parte, en el Consenso de Santo Domingo se hace referencia a otros tipos de violencia, como la violencia a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones y la violencia obstétrica (27). La Declaración de Pachuca se promulga para fortalecer los esfuerzos encaminados a la prevención de la violencia contra las mujeres (28).

En este recuento histórico, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (29) marca un hito al establecer el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5, “Igualdad de género”, y definir como una de sus metas la “[eliminación de] todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado” (30). En la Agenda 2030, la eliminación de todas las formas de discriminación se visualiza como un paso para el futuro sostenible (29).

Figura 2. Cronología del marco normativo de los derechos humanos y la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, 1990-2010

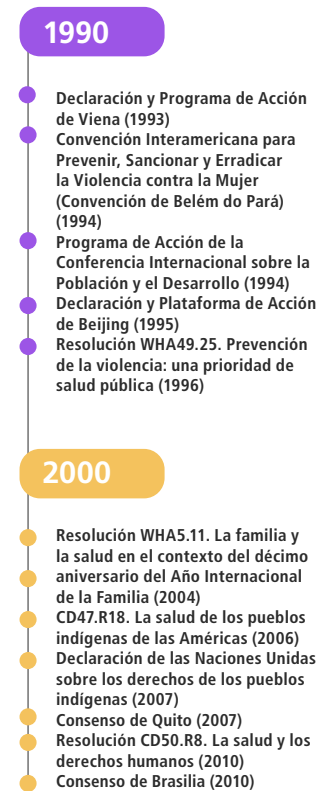
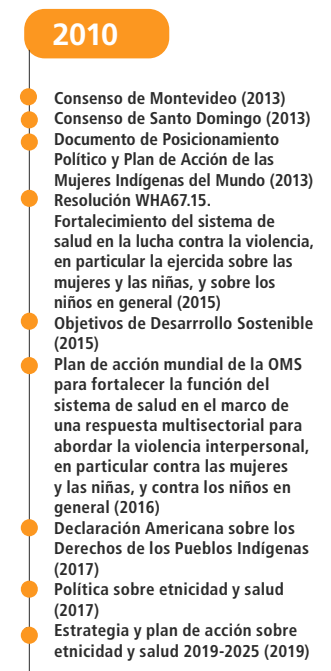


Figura 3. Cronología del marco normativo de los derechos humanos y la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, 2010-2020



En la Región de las Américas, la prevención, atención y respuesta desde el sector de la salud se sustenta en una estrategia y un plan de acción para fortalecer la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia ejercida sobre las mujeres y las niñas (1). Su meta es “contribuir a la reducción y la erradicación de la violencia contra la mujer” y, para ello, establece cuatro líneas estratégicas:

- 1) Fortalecer la disponibilidad y el uso de evidencia.
- 2) Fortalecer el compromiso político y financiero para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud;
- 3) Fortalecer la capacidad de los sistemas para prestar atención y apoyo eficaces a las mujeres sobrevivientes de violencia o que han sufrido violencia sexual a manos de un tercero;
- 4) fortalecer el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra la mujer (1).

En la primera línea de acción se establecen tres indicadores, uno de los cuales se corresponde con el desarrollo de estudios sobre la violencia contra la mujer en diferentes grupos étnicos o raciales, lo que abarcaría a los Pueblos Indígenas y afrodescendientes.

Nuevamente, en el artículo VII de la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del año 2016, relativo a la igualdad de género, se señala que “las mujeres indígenas tienen el derecho al reconocimiento, protección y goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales contenidos en el derecho internacional, libres de todas las formas de discriminación”; además, se afirma que “los Estados reconocen que la violencia contra las personas y los Pueblos Indígenas, particularmente las mujeres, impide o anula el goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”; por último, se expone el compromiso de que “los Estados adoptarán las medidas necesarias, en conjunto con los Pueblos Indígenas, para prevenir y erradicar todas las formas de violencia y discriminación, en particular contra las mujeres, las niñas y los niños indígenas” (31).

Además de estos lineamientos, en la Región de las Américas existe una Política sobre etnicidad y salud como parte del compromiso hacia el logro de la salud para todas las personas. La discriminación, la exclusión y las desigualdades de los grupos étnicos son objeto de intervención con el fin de no dejar a nadie atrás y garantizar los derechos humanos (32). La *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* fue aprobada para operacionalizar esta política, como un instrumento que promueve enfoques interculturales en materia de salud e impulsa acciones sobre determinantes sociales en cinco líneas estratégicas: generación de evidencia, impulso de la acción en materia de políticas; participación social y alianzas estratégicas, reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria, y desarrollo de las capacidades a todos los niveles. En la primera línea, relativa a la generación de evidencia, se incluyen dos indicadores correspondientes a la incorporación de la autoidentificación étnica en los registros administrativos y tres que hacen referencia a la generación de conocimiento sobre etnicidad y salud (2).

En el 2021 se aprueba la resolución WHA74.17 de la Asamblea Mundial de la Salud para poner fin a la violencia contra los niños mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y enfoques multisectoriales, la generación de datos y la aplicación de enfoques basados en la evidencia y en los marcos *INSPIRE: siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas* (33), y *RESPECTO a las mujeres: prevención de la violencia contra las mujeres* (34). La prevención de la violencia contra las mujeres forma parte del grupo de recomendaciones para la acción (35).

Las medidas técnicas propuestas por INSPIRE para prevenir la violencia contra los niños y las niñas de 0 a 18 años y responder frente a ella se basan en siete estrategias: implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes; normas y valores; seguridad en el entorno; padres, madres y cuidadores reciben apoyo; ingresos y fortalecimiento económico; respuesta de los servicios de atención y apoyo; y educación y aptitudes para la vida (33). La estrategia RESPECTO, por su parte, reconoce la importancia de la etnicidad, así como la recopilación de datos y la investigación de las formas de discriminación múltiples

Figura 3. Cronología del marco normativo de los derechos humanos y la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, 2010-2020 (cont.)

2020

Resolución WHA74.17. Poner fin a la violencia contra los niños mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y enfoques multisectoriales (2021)

Recomendación General N.º 39 (2022) sobre los derechos de las mujeres y las niñas indígenas del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer

e intersectoriales como parte de los diez principios rectores que han de aplicarse a fin de lograr una programación eficaz: “dar prioridad a la seguridad de la mujer y no hacer daño”; “promover la igualdad de género y los derechos humanos de la mujer”, “no dejar a nadie atrás”, “elaborar una teoría del cambio”, “promover una programación basada en evidencia”; “utilizar enfoques participativos”, “promover la coordinación”; “llevar a cabo intervenciones combinadas”, “abarcando todo el proceso continuo de prevención”; “adoptar un enfoque que abarque la totalidad del ciclo de vida” (34).

La lista que se presenta no es exhaustiva, este recuento normativo con la *Recomendación general núm. 39 (2022) sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas* del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, donde se señala que “la discriminación y la violencia son fenómenos recurrentes en la vida de muchas mujeres y niñas indígenas que viven en zonas rurales, remotas y urbanas. La presente recomendación general se aplica a las mujeres y niñas indígenas tanto dentro como fuera de los territorios indígenas” (36).

A modo de ejemplo, a continuación se presentan dos instrumentos relevantes que contribuyen al abordaje de las violencias contra mujeres de Pueblos Indígenas y de otros grupos étnicos.

Recuadro 1. La participación de Pueblos Indígenas en instancias de decisión

En el párrafo 19 de la resolución 70/232 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, del 23 de diciembre del 2015, relativa a los derechos de los Pueblos Indígenas, se establece la participación de representantes e instituciones de los Pueblos Indígenas en las reuniones de los órganos competentes de las Naciones Unidas sobre los asuntos que les conciernen.^a Esto permite que los Pueblos Indígenas tengan presencia en escenarios de toma de decisiones, expongan sus argumentos y aboguen por sus derechos individuales y colectivos.^b

En esta línea, el Consejo de Derechos Humanos establece en el 2019 el mandato del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas, cuyo propósito es promover prácticas y acuerdos entre los pueblos y los Estados, formular recomendaciones; presentar informes sobre la situación de los derechos humanos, y abordar casos de presuntas violaciones. Una de sus funciones consiste en que “reúna, solicite, reciba e intercambie información y comunicaciones de todas las fuentes que corresponda, incluidos los gobiernos, los Pueblos Indígenas y sus comunidades y organizaciones, sobre las denuncias de violaciones y vulneraciones de los derechos de los Pueblos Indígenas”.^c

En el marco de la Organización de los Estados Americanos (OEA) también existe una Relatoría sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, creada con el objeto de brindar atención a los Pueblos Indígenas de América —que se encuentran especialmente expuestos a violaciones de los derechos humanos por su situación de vulnerabilidad—, y de fortalecer, impulsar y sistematizar el trabajo de la propia Comisión Interamericana en este ámbito.^d

Notas:

^a Naciones Unidas. Asamblea General. Derechos de los Pueblos Indígenas [resolución A/RES/70/232]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 15 de septiembre del 2015 al 13 de septiembre del 2016. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: <https://documents.un.org/access.nsf/get?OpenAgent&DS=A/RES/70/232&Lang=5>.

^b Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Participación de los Pueblos Indígenas en las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; [fecha desconocida]. Disponible en: <https://social.desa.un.org/es/issues/los-pueblos-indigenas/participacion-de-los-pueblos-indigenas-en-las-naciones-unidas>.

c Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Los derechos humanos y los Pueblos Indígenas: mandato del Relator Especial sobre los derechos de los Pueblos Indígenas [resolución A/HCR/RES/42/20]. Cuadragésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General; del 9 al 27 de septiembre del 2019. Nueva York: Naciones Unidas; 2019. Disponible en: <https://documents.un.org/access.nsf/get?OpenAgent&DS=A/HRC/RES/42/11&Lang=S>.

d Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Relatorías. Washington, DC: CIDH; [fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/r/DPI/default.asp>.

Recuadro 2. Dos estrategias clave en materia de violencia contra la mujer, etnicidad y salud

Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer, 2015-2025^a

Objetivo estratégico 1.1: aumentar la recopilación y la disponibilidad de datos epidemiológicos y de servicios relacionados con la violencia contra la mujer.

Indicadores:

- 1.1.1 Número de Estados Miembros que en los cinco últimos años han realizado estudios de población representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer (o que han incluido un módulo sobre violencia contra la mujer en otras encuestas demográficas o de salud).
- 1.1.2 Número de Estados Miembros que en los cinco últimos años han realizado estudios de población representativos a nivel nacional sobre la violencia contra mujer (o que han incluido un módulo sobre violencia contra la mujer en otras encuestas demográficas o de salud) que incluyen un análisis de prevalencia de la violencia contra la mujer en diferentes grupos étnicos/raciales.
- 1.1.3 Número de Estados Miembros que pueden proporcionar datos sobre homicidios, desglosados por edad, sexo y relación de la víctima con el agresor.

Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025^b

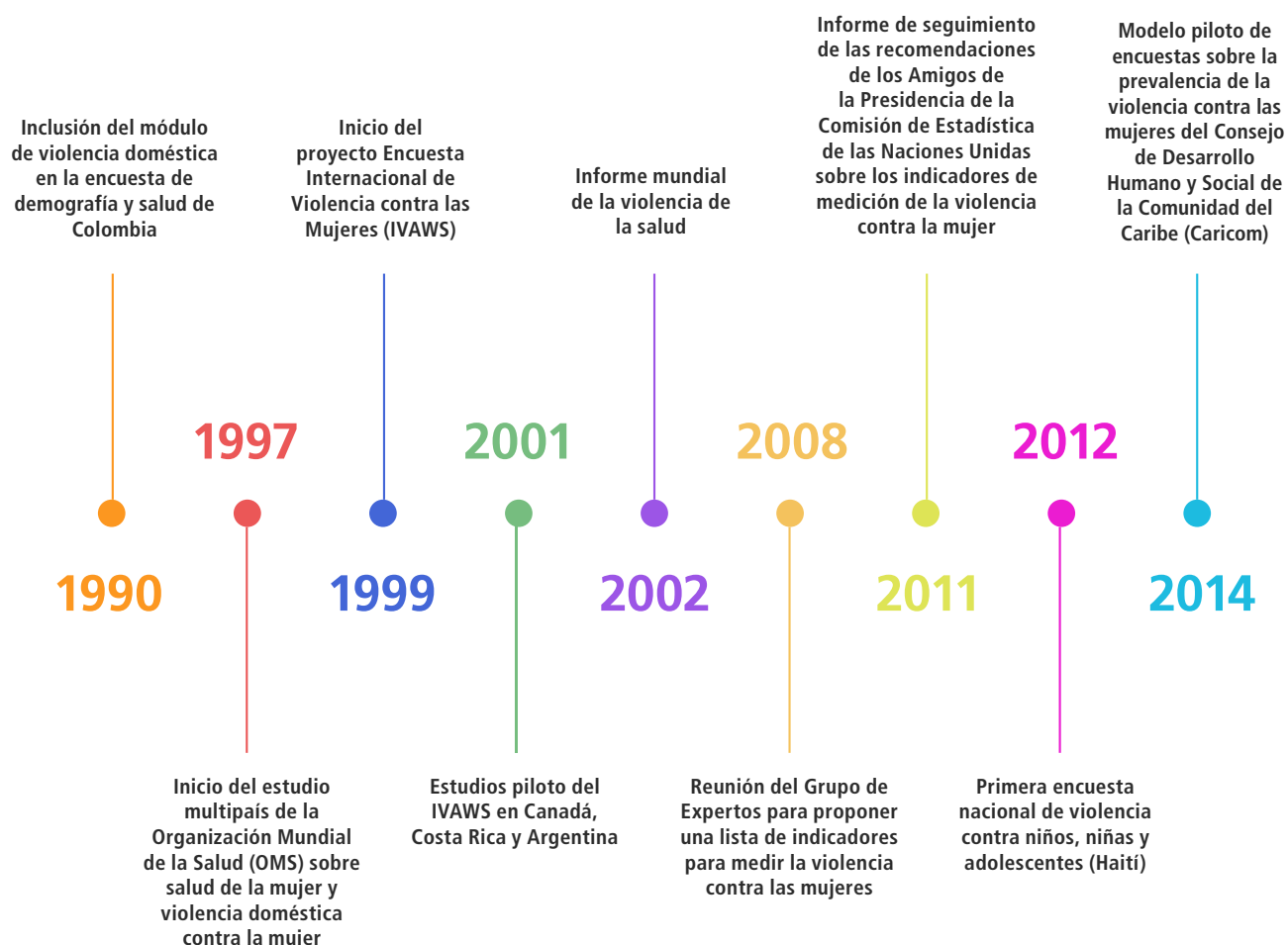
Esta Estrategia operacionaliza la Política sobre Etnicidad y Salud, la cual fue aprobada en forma unánime por los Estados Miembros de la OPS en 2017. Consta de 5 líneas de acción estratégicas, que contribuyen al abordaje de la violencia contra las mujeres de los diferentes grupos étnicos de la Región. Estas son: generación de evidencia, impulso de acción en materia de políticas, participación social y alianzas estratégicas, reconocimiento de los saberes ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria y capacidad a todos los niveles.

Fuentes:

- a Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer [documento CD54/9, Rev. 2]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015. Washington, DC: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-fortalecimiento-sistema-salud-para-abordar-violencia-contra>.
- b Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 [documento CD57/13, Rev. 1]. 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019. Washington, DC: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>

Los últimos pronunciamientos convergen en la necesidad de producir datos y evidencia sobre la violencia contra las mujeres indígenas y afrodescendientes. En este sentido, es importante mencionar las iniciativas de alcance mundial y regional encaminadas a determinar la prevalencia de la violencia contra las mujeres, reconocer factores de riesgo; detectar comportamientos que justifican la violencia, y analizar las interseccionalidades e incluso estimar sus consecuencias. Como se observa en la figura 4, estas iniciativas comprenden desde el diseño y estandarización de encuestas nacionales hasta el desarrollo de módulos sobre la violencia contra las mujeres en encuestas más amplias.

Figura 4. Hitos en la generación de datos y evidencia sobre la violencia contra las mujeres, 1990-2014





3

Prevalencia de la
violencia contra las
mujeres y las niñas

En este capítulo se exponen los principales hallazgos y limitaciones de las encuestas nacionales sobre la violencia contra las mujeres y las niñas en los Estados que integran la Región de las Américas. Asimismo, se describen las carencias de información y se hace hincapié en la importancia de disponer de datos desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos, y se presentan algunos ejemplos.

3.1 Características de las encuestas sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres

En 28 Estados Miembros¹¹ de la OPS se dispone de estimaciones sobre la violencia contra las mujeres, en 14 de los cuales las encuestas disponen de datos sobre prevalencia de la violencia desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos (8, 37). De los ocho países con alta proporción de población indígena de las Américas (38), se encontraron cinco con datos sobre prevalencia de la violencia desglosados: Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, México, Panamá y Perú. El número de países con información desglosada es menor cuando se verifica por población afrodescendiente (39), lo cual solo se ha encontrado en dos países: Panamá y Uruguay (véase el apéndice B). Con el propósito de delimitar el alcance y la interpretación de los hallazgos, a continuación se describen algunas de las características de las fuentes utilizadas.

Las encuestas transversales o de prevalencia establecen la frecuencia y distribución de los actos de violencia de género, determinan los factores de riesgo o los factores de protección y reconocen algunos comportamientos en los que se justifica el uso de la violencia y el control marital, entre otros temas. En su metodología definen muestras probabilísticas que garantizan que los resultados en el grupo de muestra reflejen lo que ocurre en la población general a la que hacen referencia. Algunos países optan por realizar encuestas independientes para medir la prevalencia de la violencia contra las mujeres (40-45) y otros, por incluir el tema dentro de una encuesta más amplia (46-54) (véanse el cuadro 3 y la figura 5).

Cuadro 3. Tipos de encuestas sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres con datos desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, por país

Tipos de encuestas	País	Número
Específicas sobre la violencia contra las mujeres	El Salvador ^a Guyana ^b Suriname ^c Trinidad y Tabago ^d Ecuador ^e Uruguay ^f	6

11 Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Generales con un módulo sobre la violencia contra las mujeres	México ^g Guatemala ^{h,i} Cuba ^j Panamá ^k Perú ^l Bolivia (Estado Plurinacional de) ^m	6
Sobre otros temas además de la violencia de pareja	Canadá ⁿ Estados Unidos de América ⁿ	2
Total		14

Fuentes:

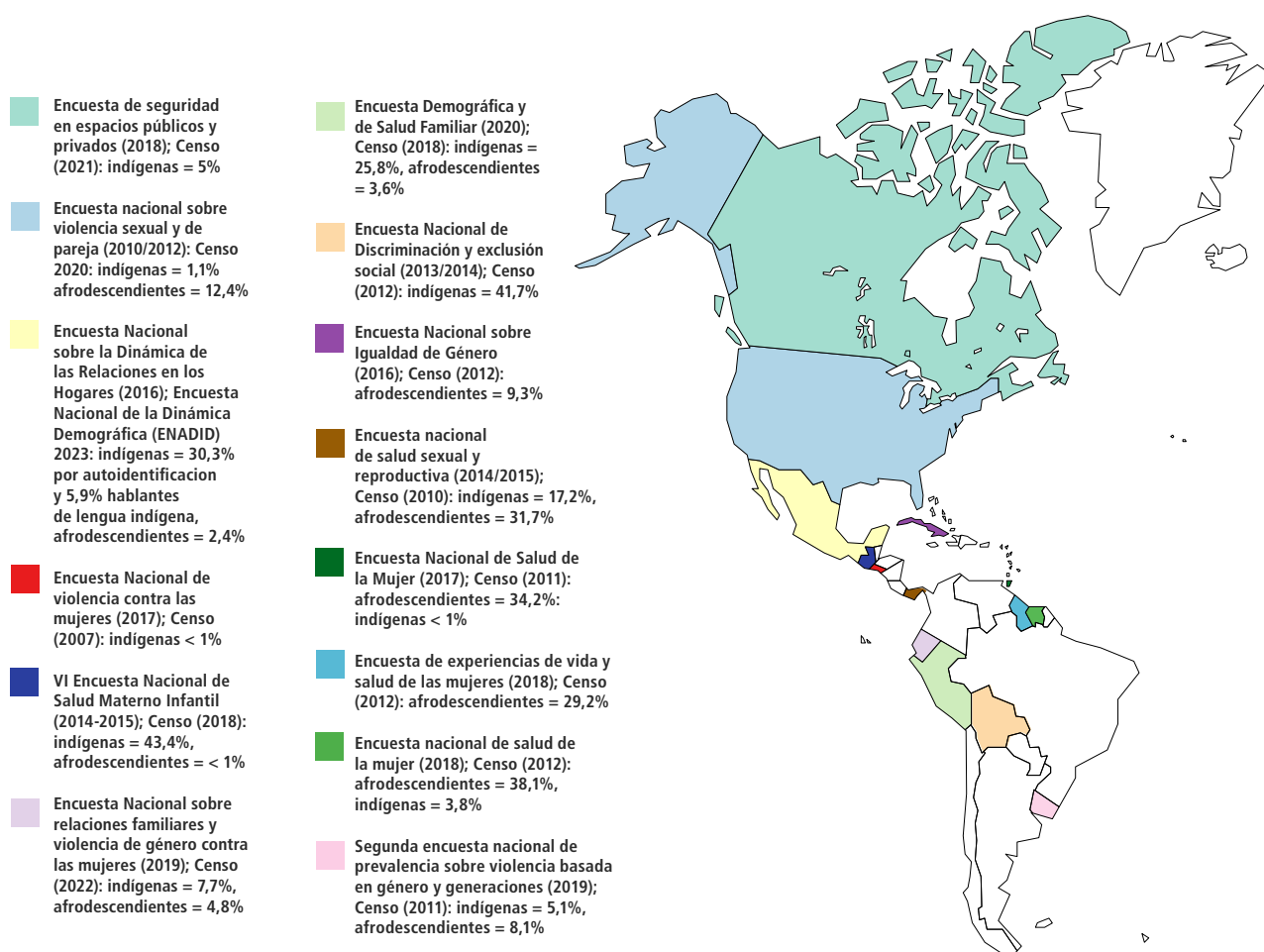
- a República de El Salvador. Gerencia de Estadísticas de Género. Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC. Encuesta nacional de violencia contra las mujeres 2017. El Salvador: Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC; 2017. Disponible en: <https://onec.bcr.gob.sv/observatorio.genero/docs/ENVCM%2017.pdf>.
- b Contreras-Urbina M, Bourassa A, Myers R, Ovince J, Rodney R, Bobbili S. Guyana women's health and life experiences survey report. Nueva York: ONU-Mujeres; 2018. Disponible en: <https://caribbean.unwomen.org/en/materials/publications/2019/11/guyana-womens-health-and-life-experiences-survey-report#view>.
- c Joseph J, Pemberton C, Phillip U. National women's health survey for Suriname. Final report. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/National_Women%E2%80%99s_Health_Survey_for_Suriname_en.pdf.
- d Pemberton C, Joseph J, National women's health survey for Trinidad and Tobago. Final report. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. Disponible en: <https://cso.gov.tt/wp-content/uploads/2022/02/National-Womens-Health-Survey-for-Trinidad-and-Tobago.pdf>.
- e República del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Buenas cifras, mejores vidas. Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres (ENVIGMU). Boletín. Loja: INEC; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf.
- f República Oriental del Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. Informe general de resultados. Montevideo: INE; 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0naciona.pdf>.
- g Estados Unidos Mexicanos, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres: ENDIREH 2021. Ciudad de México: INEGI; 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463917236.pdf.
- h República de Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de violencia en contra de la mujer y violencia sexual. 2019. INE: República de Guatemala; 2020. Disponible en: <https://www.ine.gov.gt/sistema/uploads/2021/01/04/20210104163955Y1KZ2HK3GnWnOvCP6lkZunmf8PiHYFSH.pdf>.
- i República de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, ICF International. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015. Informe Final. Guatemala: MSPAS, INE, ICF International; 2017. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR318/FR318.pdf>.
- j Álvarez Suárez M, Franco Suárez MC, Palmero García Y, Iglesias Rodríguez M, Díaz Medina Y. Encuesta nacional sobre igualdad de género. ENIG-2016. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba; 2018;9(3):132-134. Disponible en: <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/678>.
- k De León Richardson RG, Chamorro Mojica F, Flores Castro H, Mendoza Q AI; Martínez García L, Aparicio LE et al. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2018. Disponible en: https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENASSER%202014-2015-%20version%2030%20abril_0.pdf.
- l República del Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES 2020. Lima: INEI; 2021. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/.

m España Cuéllar SN. La situación de las mujeres en Bolivia. Encuesta nacional de discriminación y exclusión social. Análisis estadístico. La Paz: Coordinadora de la Mujer, Oxfam, Conexión, AECCID, IDEA; 2014. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4261/426146435012.pdf>.

n Cotter A. Intimate partner violence in Canada, 2018: An overview. Ottawa: Statistics Canada; 2021. Disponible en: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00003-eng.htm>.

ñ Smith S, Chen J, Basile K, Gilbert L, Merrick M, Patel N et al. The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010-2012 State Report. Atlanta: Centro Nacional para el Control y la Prevención de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2017. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/46305>.

Figura 5. Países de la Región de las Américas con encuestas sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres con datos desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos



Nota: los porcentajes por grupos étnicos se corresponden con el dato censal más reciente en cada país. Los datos no son comparables entre países.

Fuentes: elaborada a partir de Statistics Canada. Table 98-10-0293-01 Indigenous identity population by gender and age: Canada, provinces and territories, census divisions and census subdivisions. Disponible en: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=9810029301>; Unites States Census Bureau. Race and Ethnicity in the United States: 2010 Census and 2020 Census.2021. Disponible en <https://www.census.gov/library/visualizations/interactive/race-and-ethnicity-in-the-united-state-2010-and-2020-census.html>; Estados Unidos Mexicanos, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023. Disponi-

ble en: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=9051#:~:text=En%202023%2C%20el%20total%20de,48.3%20%25%2C%20a%20hombres1>; República de El Salvador. Banco Central de Reserva del Salvador. Oficina Nacional de Estadísticas y Censos- Población y estadísticas demográficas. Disponible en: <https://www.bcr.gob.sv/documental/Inicio/busqueda/145>; Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE). Resultados Censo 2018. Disponible en: <https://censo2018.ine.gov.gt/explorador>; República del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Ecuador 2022. Disponible en: <https://www.censoecuador.gob.ec/resultados-censo/>; República del Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censo 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/. Instituto Nacional de Estadística (INE) Estado Plurinacional de Bolivia. Censo de Población y Vivienda 2012 Bolivia, Características de la población, 2015. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/censo-de-poblacion-y-vivienda-2012-caracteristicas-de-la-poblacion/>; Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba (ONEI). El Color de la Piel según el Censo de Población y Vivienda 2012. Disponible en: <https://negracubana.teniacu.com/wp-content/uploads/2016/07/publicacion-completa-color-de-la-piel.pdf>; Instituto Nacional de Estadística y Censo Panamá. XII Censo Nacional de Población y VIII de Vivienda 2023. Disponible en: https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=1199&ID_CATEGORIA=19&ID_SUBCATEGORIA=71; Trinidad and Tobago 2011 Population and Housing Census Demographic Report - Central Statistical Office. <https://cso.gov.tt/>. Disponible en: https://cso.gov.tt/stat_publications/2011-population-and-housing-census-demographic-report/; Guyana Population and Housing Census 2012. Demography, Vital & Social Statistics [Internet]. Bureau of Statistics. [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://statisticsguyana.gov.gy/subjects/demography-vital-and-social-statistics/Censusstatistieken_2012. Algemeen Bureau voor de Statistiek in Suriname. Disponible en: <https://statistics-suriname.org/censusstatistieken-2012-2/>; Republica Oriental del Uruguay. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo 2011. La Población Afro-Uruguaya en el Censo 2011. Disponible en: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/tematica/censo-2011>.

En relación con los indicadores utilizados por las 14 encuestas sobre la violencia contra la mujer en la Región (figura 5) que cuentan con datos desglosados por etnicidad, se observan las siguientes particularidades:

- a) **Pertenencia a un Pueblo Indígena.** La forma de medir la pertenencia a grupos étnicos en las encuestas difiere entre países. En algunos, como Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador o Guatemala, se pregunta por la identidad o pertenencia a algún grupo Indígena. En otros casos, se utilizan indistintamente las categorías de etnia y raza. Por ejemplo, en Ecuador se pide la autoidentificación entre las siguientes opciones: indígena, afrodescendiente, negra, mulata, montubia, mestiza, blanca u otra; en Estados Unidos se hace referencia a la raza como criterio de autoidentificación; en Cuba se pregunta por el color de piel, lo cual determina la pertenencia a la población afrodescendiente, y en México se considera el uso de la lengua indígena, la identificación como indígena y ambas (véase el apéndice A).
- b) **Edad de las mujeres encuestadas.** Entre los países, existen variaciones en el rango de edad de las mujeres encuestadas. En la mayoría, las encuestas van dirigidas a mujeres mayores de 15 años, a excepción de Estados Unidos, donde se dirigen a mujeres mayores de 18. Países como Panamá y Perú consideran a las mujeres de entre 15 y 45 años; Cuba y el Estado plurinacional de Bolivia incluyen a las mujeres de hasta 75, y México, a las mayores de 15 años sin establecer más límites.
- c) **Manifestaciones de violencia.** Con relación a los tipos de violencia, la gran mayoría de los países miden la violencia psicológica (verbal), física y sexual en las relaciones de pareja. Cabe destacar al respecto que, en esta definición de los tipos de violencia objeto de medición, no se ha considerado el “importante aporte [que han hecho las mujeres indígenas] a la conceptualización de la violencia desde su propia perspectiva, aportando con conceptos como el de la violencia estructural, violencia espiritual, violencia contra la madre tierra y procesos de sanación” (55). En este aspecto, es necesario considerar la posible naturalización de la violencia contra las mujeres y las niñas por grupos culturales y, por ende, que esos actos no se perciban como tales ni se les nombre de ese modo (véase el apéndice B).
- d) **Período de referencia.** El período de referencia en todas las encuestas analizadas es “a lo largo de la vida” y en los “últimos 12 meses” (véase el apéndice B).



3.2 Carencias de datos y comparabilidad

Como puede apreciarse, las encuestas encontradas difieren en el modo de establecer la pertenencia a Pueblos Indígenas o afrodescendientes, en la edad de las mujeres encuestadas y en el tipo de violencia que miden, lo cual impide la comparabilidad entre los países analizados y la definición de un panorama general de la violencia contra las mujeres con relación a la etnicidad en la Región.

En los grupos de discusión ya mencionados —tanto en el de mujeres indígenas como en el de afrodescendientes—, se hizo hincapié en la ausencia de datos completos y comparables sobre la situación de las mujeres de diferentes etnias:



“Entonces, digamos que las experiencias y las vivencias no son las mismas, y, por otro lado, es que hay limitaciones en acceso para publicar en la Academia. Entonces, publicar en revistas científicas, indexadas, en publicaciones famosas y reconocidas no es tan sencillo, sobre todo si no tienes el recurso académico, el recurso económico o el renombre para que tu información o tus datos sean publicados. Pero déjeme decirle que mujeres que estén trabajando este tema hay muchísimas. Y están sacando artículos en diversas revistas (intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión) ”.

La población indígena joven que participó en los grupos de discusión también hizo referencia a la ausencia de datos sobre juventud y violencia.



Los datos disponibles se centran en la violencia de pareja, en parte debido al papel central que ocupa este tema en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Si bien la evidencia global sugiere que la violencia de pareja es la forma más común de violencia contra las mujeres, las consultas virtuales sugirieron que se tenga cuidado con esta conclusión, ya que puede no reflejar completamente la experiencia de los Pueblos Indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos. Es esencial promover la disponibilidad y el análisis de datos sobre violencia contra las mujeres desglosados por diversos estratificadores sociales, para que podamos comprender mejor la experiencia de todas las mujeres, sus factores de riesgo y protección, así como las intersecciones entre las distintas formas de violencia.



De los 28 países con encuestas sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres, algunos de los que no desglosan los datos por grupos étnicos publican resultados a escala regional o subregional que coinciden con los lugares donde habitan los Pueblos Indígenas o afrodescendientes, o incluso con la congregación de varios de ellos, incluida la población rrom. Por tanto, esta información debe utilizarse con reservas para referirse a algún grupo étnico sin la caracterización previa de la población que reside en dichas subregiones. Colombia es uno de estos casos: en la *Encuesta nacional de demografía y salud* del 2015, se registraron datos sobre la prevalencia de la violencia física, psicológica, económica y sexual desglosados para seis regiones del país y 17 subregiones. En la región del Pacífico, se establecieron cuatro subregiones: Cali (área metropolitana), Valle del Cauca (sin Cali y sin el litoral del Pacífico); Cauca y Nariño (sin el litoral del Pacífico) y el litoral del Pacífico (Chocó, zona costera del Valle, Cauca y Nariño) (56, 57). A simple vista, podría parecer que cada subregión es homogénea; sin embargo, al revisar las características de la población, tomando como ejemplo el litoral del Pacífico, se encuentra que el 44,5% de la población es afrodescendiente, el 32,3% es indígena y el 13,2% es rrom (58). Esto implica que las prevalencias registradas en esta subregión no se pueden atribuir a ningún Pueblo Indígena, afrodescendiente o grupo étnico en particular.

Otra carencia en la información disponible sobre este tema se deriva de la escasez de datos sobre la prevalencia en grupos de edad específicos. Las encuestas nacionales encontradas se

centran en mujeres y niñas mayores de 15 años, lo cual no permite visualizar la situación de las niñas de menor edad. Aunque no se corresponden con datos de prevalencia, el Enlace de mujeres indígenas de las Américas (ECMIA) y el Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ) han documentado que las niñas indígenas están más expuestas a todo tipo de violencia, son silenciadas y se las somete a trabajo forzado y trabajo infantil, además de presentar tasas más altas de discriminación y desigualdad de género (59). En los grupos de discusión mencionados, se hizo referencia al tema del embarazo en la adolescencia y a las uniones tempranas, que dan lugar a que haya jóvenes con 2 o 3 hijos antes de cumplir la mayoría de edad. Esto no se visibiliza como violencia en los registros. “Hay una normalización sobre este tipo de situaciones de que una adolescente de 15 años pueda salir embarazada, lo toman como normal o como parte de un proceso cultural, cuando realmente tenemos que hacer una sensibilización sobre estos tipos de violencias” (intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión).



Otro factor mencionado en el grupo de mujeres afrodescendientes son las dificultades de acceso a la información debido a la falta de coordinación interinstitucional:



“Sin embargo, quiero resaltar que uno de los grandes problemas para la estadística que veo y que creo que debería incluirse como un aspecto importante en la metodología es la coordinación interinstitucional. ¿Por qué? Porque a veces tenemos mucha información, pero se producen distintas fuentes que no coinciden ... se establece que las estadísticas de violencia deben ser oficiales, se dan a través del Ministerio Público. Sin embargo, no hay ninguna conexión con lo que produzca el Ministerio de Salud. Ni siquiera hay conexión con el Ministerio de la Mujer, entonces tenemos unas estadísticas que están realmente con subregistro (intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión)”.



Los datos sobre la prevalencia que pueden desglosarse por grupo social y, en particular, por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, ofrecen información importante sobre las posibles prioridades en la prevención de la violencia y la respuesta a ella (véanse los recuadros 3 y 4 a modo de ejemplo).



Recuadro 3. Diferencias en la prevalencia de la violencia contra las mujeres indígenas entre las comarcas de Panamá



Panamá está dividido políticamente en 10 provincias, 81 distritos y tres comarcas indígenas con categoría de provincia (Kuna Yala, Ngöbe Buglé y Emberá Wounnan), más dos comarcas con nivel de corregimiento (Kuna de Madungandí y Kuna de Wargandí). Las personas indígenas, además de residir en estas áreas geográficas, habitan algunos distritos del país.



Desde 1938, el Gobierno panameño ha promulgado una serie de leyes con el objeto de mejorar las condiciones de vida personal, familiar y comunitaria de la población de las comarcas. Con este fin, una de las estrategias utilizadas para fundamentar la toma de decisiones es la generación de datos y evidencia sobre las temáticas y áreas prioritarias. Así, desde el sector de la salud se ha generado información sobre la prevalencia de la violencia física contra las mujeres desglosada por indígenas, no indígenas e indígenas de las comarcas. A continuación, se exponen algunos datos:



- En las mujeres de 15 a 19 años, la prevalencia de la violencia física en algún momento de la vida fue, en promedio, del 15,7%, con el número más alto en la comarca Ngöbe Buglé (18,3%) y el número más bajo en la comarca Kuna Yala (7,3%).
- En las mujeres de 15 a 49 años, la prevalencia de la violencia física desde los 15 años en las comarcas Kuna Yala, Emberá Wounnan y Ngöbe Buglé fue inferior al promedio nacional (6,7%).
- En las mujeres de 15 a 49 años, la prevalencia de la violencia física en los últimos 12 meses superó el promedio nacional en las comarcas de Ngöbe Buglé (9,5%) y Emberá Wounnan (9,0%). Este mismo comportamiento se detectó en las mujeres indígenas que residen fuera de estas comarcas, donde la prevalencia duplicó el promedio nacional (8,3%).



Fuente: elaborado a partir de De León R, Chamorro F, Flores H, Mendoza A, Martínez L, Aparicio L, et al. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. Panamá, 2014-2015. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2018. Disponible en: https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENASSER%202014-2015-%20version%2030%20abril_0.pdf.

Recuadro 4. Prevalencia de la violencia de género en las mujeres afrodescendientes de Uruguay, 2019



El 76,7% de las mujeres de 15 años o más que residen en Uruguay vivieron situaciones de violencia basada en género (VBG) a lo largo de la vida, según la Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones, realizada en dicho país en el año 2019. Según los datos obtenidos, esta prevalencia aumentó 4 puntos porcentuales con respecto a la medición realizada en el 2013.^a

El objetivo de la encuesta era medir la magnitud, las características y las consecuencias de la violencia basada en género que enfrentaban las mujeres en Uruguay en el año 2019. Para ello, indagó sobre algunas de las 18 formas de VBG que define la ley n.º 19580, entre las cuales reconoce la violencia étnica racial, que define en su artículo 6 del siguiente modo: “Constituye este tipo de violencia, toda agresión física, moral, verbal o psicológica, tratamiento humillante u ofensivo, ejercido contra una mujer en virtud de su pertenencia étnica o en alusión a la misma; provocando en la víctima sentimientos de intimidación, de vergüenza, menosprecio, de denigración”.^b

Los resultados señalan que el porcentaje de mujeres de 15 años y más que vivieron situaciones de violencia basada en género durante la infancia por parte de la familia era de un 53,8% en la población que se identifica como afrodescendiente y de un 34,3% en la población no afro. Al considerar la ascendencia étnico-racial, la prevalencia de la VBG en las mujeres afro se sitúa en el 24,0%, mientras que en las no afro el valor desciende al 17,4%. En el caso de las mujeres mayores de 65 años, la prevalencia de las mujeres afro se sitúa en el 15,6% y la de las no afro en el 9,3%.



Fuentes:

^a Asamblea General de Uruguay. Ley n.º 19580, de 22 de diciembre del 2017, Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Montevideo: Asamblea General de Uruguay; 2017. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>.

^b Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. Informe general de resultados. Montevideo: INE; 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0nacionalna.pdf>.

Las carencias de información han llevado a que las organizaciones de movimientos indígenas y afrodescendientes establezcan sus propios registros y documenten los casos de violencia de género, lo cual permite visibilizar el problema, avanzar frente a la disponibilidad de datos (a partir de fuentes no oficiales), comparar los datos disponibles y hacer un seguimiento de las políticas. En el recuadro 5 se ofrecen algunos ejemplos.



Recuadro 5. Organizaciones defensoras de los derechos de los Pueblos Indígenas que recopilan datos y evidencia sobre la violencia contra las mujeres de la Región de las Américas

Tsípekua. Iniciativas de mujeres Indígenas contra las violencias. El Enlace de mujeres indígenas de las Américas (ECMIA) y el Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ) desarrollaron una plataforma digital que reúne más de 20 iniciativas llevadas a cabo por mujeres indígenas que luchan contra la violencia de género. En Tsípekua se encuentran iniciativas sobre generación de evidencias, acceso a la justicia y prevención de la violencia desde las juventudes.^a

Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN) - Çxhab Wala Kiwe. La ACIN es una organización colombiana que surge en respuesta a las amenazas de grupos vinculados al conflicto armado en el país. El Tejido Mujer es un espacio de encuentro de mujeres indígenas donde se promueve la reflexión, la formación y la capacitación. Este tejido tiene un Observatorio de Derechos Humanos y Violencia contra mujeres indígenas, que permite visibilizar y caracterizar los actos de violencia por el perfil de las víctimas, las tipologías de violencia, los agresores y el acceso a la justicia.^b

Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC). La ONIC es una organización colombiana con competencia para llevar a cabo procesos de concertación entre los Pueblos Indígenas, el Estado y el Gobierno Nacional. Tiene, además, facultades para la formulación de políticas que favorezcan los derechos de los Pueblos Indígenas. Dentro de la organización, la Consejería de la Mujer, Familia y Generación es la encargada de proponer soluciones a los problemas específicos que afectan a estos grupos.^c

Consejo Indigenista Misionero (Cimi). El Cimi es una organización brasileña que denuncia estructuras de dominación, violencia e injusticia contra los Pueblos Indígenas, y apoya las alianzas entre pueblos para construir un mundo más igualitario. Frente a la falta de información sobre Pueblos Indígenas, el Cimi ha generado un formulario en línea para la denuncia de casos de violencia contra el patrimonio, contra las personas y por omisión del poder público. El registro es de acceso libre, pero específico para actos de violencia contra Pueblos Indígenas de Brasil.^d

Fuentes:

- a Enlace Continental de mujeres indígenas de las Américas, Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ). Tsípekua: iniciativas de mujeres indígenas contra las violencias. Lima: ECMIA, CHIRAPAQ; 2021 [fecha de consulta: 24 de junio del 2024]. Disponible en: <http://tsipekua.ecmia.org/>.
- b Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca – Çxhab Wala Kiwe. Observatorio de Derechos Humanos y Violencias contra mujeres indígenas. Cali: ACIN; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 24 de junio del 2024]. Disponible en: <https://nasaacin.org/observatorio-de-derechos-humanos-y-violencias-contra-mujeres-indigenas/>.
- c Organización Nacional Indígena de Colombia. Consejería de Mujer, Familia y Generación. Bogotá: ONIC; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 24 de junio del 2024]. Disponible en: <https://www.onic.org.co/consejeria-mayor-de-gobierno/consejeria-de-mujer-familia-y-generacion>.
- d Consejo Indigenista Misionero. Observatório da Violência contra os Pobos Indígenas no Brasil. Formulário de denúncia. Brasília: CIMI; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 24 de junio del 2024]. Disponible en: <https://cimi.org.br/observatorio-da-violencia/denuncie/>.



4 Mortalidad en las mujeres a causa de la violencia

El presente capítulo se centra en la mortalidad de las mujeres como consecuencia de la violencia de género, y en los datos disponibles desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes u otros grupos étnicos.

La violencia contra las mujeres y las niñas causa muertes cada año. Es importante señalar que las mujeres y las niñas corren un riesgo especial de morir por violencia por parte de una persona conocida. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima que en el 2019 hubo más de 4600 femicidios¹² en 21 países de América Latina y el Caribe (60). No obstante, las estimaciones de la mortalidad mundial y regional no permiten desglosar los datos por etnicidad, Pueblos Indígenas, afrodescendientes u otro grupo étnico.

Los países producen información sobre lesiones fatales a partir de diversas fuentes: dictámenes periciales, el sector de la salud o los sistemas de seguridad y justicia. No obstante, el desglose de los registros administrativos por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos como variable que permitiría describir con mayor detalle la violencia contra las mujeres no es una práctica generalizada para fines estadísticos. Al revisar la versión 1.0 de la *Clasificación Internacional de Delitos con Fines Estadísticos*, se observa que el grupo étnico no es una de las “variables de desagregación” sugeridas para la descripción de la sobreviviente (61).

En los informes de las encuestas nacionales de cinco de los países que han desglosado los datos por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, se hizo referencia, como mínimo, a un indicador sobre lesiones fatales (62-66) (véase el cuadro 4).

Cuadro 4. Disponibilidad de indicadores sobre mortalidad violenta en mujeres por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos en la Región de las Américas, por país

País	Indicadores*	Fuente de datos	Entidad responsable
Argentina ^a	Número de víctimas Indígenas o descendientes de Pueblos Indígenas u originarios (interseccionalidad)	Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina	Corte Suprema de Justicia de la Nación, Oficina de la Mujer
Brasil ^b	Tasa de homicidios por 100 000 mujeres	Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM)	Ministerio de Salud, Coordinación General de Información y Análisis Epidemiológicos (MS/SVSA/CGIAE)
Colombia ^c	Número de homicidios	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF)

12 Definido como el número total anual de homicidios de mujeres de 15 años o más, asesinadas por violencia de género. Según las leyes nacionales, se denomina femicidio, feminicidio u homicidio agravado por razón de género.

<ul style="list-style-type: none"> • Estados Unidos de América^d • Número de homicidios • Tasa bruta de homicidios por 100 000 mujeres • Tasa de homicidios ajustada por edad por 100 000 mujeres 		Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas (NVDRS, por sus siglas en inglés)	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. División de Prevención de Violencia
Puerto Rico ^e	Tasas de homicidios por 100 000 mujeres	Sistema de Notificación de Muertes Violentas de Puerto Rico (PRVDRS)	Instituto de Estadísticas de Puerto Rico

Nota: * Se presentan tal como se denominan en las publicaciones.

Fuentes:

a República Argentina, Corte Suprema de Justicia de la Nación. Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina. Edición 2020. Corte Suprema de Justicia de la Nación: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2021. Disponible en: <https://www.csjn.gov.ar/omrecopilacion/docs/informefemicidios2020.pdf>.

b República Federativa del Brasil, Ministerio de Economía, Instituto de Investigación Económica Aplicada. Atlas da Violência 2020. Principais resultados. Brasília: IPEA; 2020. Disponible en: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>.

c República de Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Boletín Epidemiológico. Violencia de género en grupos étnicos. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2019. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/355927/Violencia+Genero+Grupos+Etnicos.pdf/dc708b04-1a49-1ff7-a93b-bb7acded9f62>.

d Estados Unidos de América, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades. WISQARDS National Violent Death Reporting System (NVDRS). NVDRS Violent Deaths Report. Atlanta: CDC; 2020 [fecha de consulta: 23 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://wisqars.cdc.gov/nvdrs/>.

e Zavala-Zegarra D, Bezares-Salinas M, Santiago-Torres M, Carrasquillo-Sánchez G, Martínez-Sánchez T. Muertes Violentas en Puerto Rico, 2017. San Juan: Instituto de Estadísticas de Puerto Rico; 2020. Disponible en: https://estadisticas.pr/files/PRVDRS/Informe-Muertes-Violentas-2017_2020-0710-CEE_0.pdf.

En el marco del *Protocolo para la detección de causas judiciales de femicidio y la construcción del registro nacional de femicidios (67)* de la Justicia Argentina, el país incluyó una variable para determinar si las víctimas eran Indígenas o descendientes de Pueblos Indígenas u originarios; la inclusión de esta variable supone un primer paso en la cuantificación del problema. En Colombia, un análisis preliminar de los homicidios mostró que la mayoría de las víctimas eran afrodescendientes, y residían en los departamentos del Corredor Pacífico, zona poblada en su gran mayoría por afrodescendientes (64). Este último hallazgo es similar a los datos presentados en Estados Unidos de América (65), Puerto Rico (66) y Brasil (63), donde se notificaron tasas de homicidios más altas en las mujeres afrodescendientes.

A continuación, se presenta una serie de ejemplos de iniciativas encaminadas a luchar contra la muerte violenta de las mujeres a escala regional, como la *Ley Modelo interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la muerte violenta de mujeres (femicidio/feminicidio) (68)* (véase el recuadro 6); y a registrar y, de este modo, cuantificar a escala nacional las muertes fruto de la violencia contra las mujeres (véase el recuadro 7) y del racismo (véase el recuadro 8) en Argentina y Brasil, respectivamente.



Recuadro 6. Ley Modelo Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la muerte violenta de mujeres (femicidio/feminicidio)

En la XV Reunión del Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), celebrada los días 3, 4 y 5 de diciembre del 2018, se aprueba la Ley Modelo interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la muerte violenta de mujeres (femicidio/feminicidio).

La Ley Modelo tiene como finalidad generar el más alto estándar de protección a las mujeres para aquellos Estados que se planteen tipificar la muerte violenta de mujeres, si así no lo han hecho hasta el presente, y también a aquellos que, ya teniéndola tipificada, no han obtenido los resultados esperados en materia de acceso a la justicia.

En América Latina, la mayoría de los países han introducido en su legislación la figura del femicidio/feminicidio mediante la aprobación de leyes o reformas de los códigos penales que tipifican el delito de asesinato de una mujer por el mero hecho de serlo. Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Venezuela (República Bolivariana de) y Uruguay lo han tipificado como delito autónomo, utilizando la denominación de femicidio o feminicidio, o lo han previsto como agravante del homicidio. Sin embargo, en el Caribe, según la evaluación del MESECVI, si bien los países han aprobado leyes sobre la prevención y sanción de la violencia en el ámbito doméstico y, en algunos casos, también se han penalizado determinadas conductas de violencia contra las mujeres, especialmente las de carácter sexual, aún no han incorporado la figura del femicidio/feminicidio como una conducta delictiva diferenciada del homicidio.



Fuente: Comisión Interamericana de Mujeres. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Ley Modelo interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la muerte violenta de mujeres (femicidio/feminicidio). Washington, D.C.: MESECVI; 2018. Disponible en: <https://www.oas.org/es/me-secvi/docs/leymodelofemicidio-es.pdf>.

Recuadro 7. Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina

El Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina permite cuantificar todas las muertes ocurridas en un contexto de violencia de género que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal; en la comunidad, por parte de cualquier persona, o que sea perpetrada o tolerada por el Estado, por acción u omisión. En este registro, una de las variables corresponde a la “interseccionalidad en la víctima”, definida como una situación o condición desventajosa en la que, como consecuencia de ella, la mujer está más expuesta a sufrir tipos de violencia.

El ser indígena o descendiente de Pueblos Indígenas u originarios es una categoría de vulnerabilidad en las víctimas. Según datos del 2020, 2 de las 63 víctimas de femicidio eran indígenas o descendientes de Pueblos Indígenas.

Fuente: República Argentina, Corte Suprema de Justicia de la Nación. Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina. Edición 2020. Corte Suprema de Justicia de la Nación: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2021. Disponible en: <https://www.csjn.gov.ar/omrecopilacion/docs/informefemicidios2020.pdf>.

Recuadro 8. Foro Brasileño de Seguridad Pública

De acuerdo con el foro, las estadísticas sobre violencia letal con carácter racista solo se han tenido en cuenta en los análisis y estudios de la violencia en los últimos años. No obstante, las organizaciones de movimientos afrodescendientes llevan décadas abordando el tema, defendiendo y posicionando la necesidad de políticas con un enfoque diferencial. En el caso de los homicidios, las organizaciones han utilizado diferentes denominaciones para establecer el número de casos: discriminación racial, violencia racial y genocidio negro. En Brasil, la población negra tiene mayor riesgo de morir a causa de la violencia letal, y las mujeres negras tienen 1,7 veces más probabilidades de ser asesinadas que las mujeres de otros grupos étnicos.

Con los Pueblos Indígenas ocurre algo similar, la disponibilidad de datos de registros administrativos es limitada e insuficiente. Ante este vacío, las organizaciones han diseñado mecanismos para la notificación y cualificación de casos, información que se utiliza para el seguimiento de las políticas. En Brasil, las tasas de homicidio en el decenio 2009-2019 disminuyeron, mientras que los homicidios de indígenas aumentaron.

Fuente: República Federativa del Brasil, Ministerio de Economía, Instituto de Investigación Económica Aplicada. Atlas da Violência 2020. Principais resultados. Brasília: IPEA; 2020. Disponible en: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>.



5

El uso de servicios como
indicador adicional de la
violencia contra las mujeres

Otro tipo de indicadores de la violencia contra las mujeres y las niñas son los datos administrativos existentes sobre violencia de género. Estos datos no calculan la prevalencia ni la mortalidad, sino que reflejan la utilización de servicios, es decir, dan cuenta de las mujeres que buscaron atención o realizaron la denuncia ante una autoridad competente. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que la asistencia a sobrevivientes de violencia, los casos de violencia y las denuncias pueden ser superiores al número de sobrevivientes, dado que una mujer puede buscar atención más de una vez por el mismo acto de violencia o por diferentes actos de violencia. Asimismo, los casos visibles en los datos administrativos pueden ser menores al número de sobrevivientes debido a las barreras en el acceso al apoyo. Tal como se ha documentado, la búsqueda de ayuda institucional no es frecuente en las sobrevivientes, lo cual se debe, en parte, al desconocimiento de los servicios, la desconfianza en las instituciones, el temor a represalias, la dificultad física, geográfica o económica de acceso a los servicios, el estigma y la discriminación (69). Del mismo modo, hay que tener presente que los datos recopilados sobre un acto de violencia pueden variar entre entidades en función del tipo de caso, los procesos de consolidación de la información y la cobertura institucional, lo cual dificulta la comparabilidad.

La recopilación precisa y completa de datos administrativos de salud sobre la violencia de pareja (VP) y la violencia sexual (VS) es crucial para informar las políticas, fortalecer los sistemas de salud y mejorar la atención brindada a las sobrevivientes. Reconociendo esta necesidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), está desarrollando una Caja de Herramientas para fortalecer los datos administrativos de salud sobre violencia contra las mujeres. Ésta incluye un formulario regional de atención en salud para sobrevivientes de violencia de pareja y violencia sexual (“Formulario VPVS”) para documentar la atención a las mujeres en situación de violencia, que puede adaptarse a los diferentes países de América Latina, entre otros productos. El formulario incluirá diversos estratificadores sociales. Esta herramienta no solo permitirá mejorar la recopilación de datos sobre el uso de servicios por parte de las sobrevivientes de violencia, sino que también podrá ofrecer información sobre la calidad del apoyo para las sobrevivientes de violencia. Al incorporar estas dimensiones, se espera generar información más precisa y desagregada que contribuya a diseñar intervenciones más efectivas y adecuadas a las realidades de todas las mujeres en la Región.

Como se refleja en el cuadro 5, Colombia, Guatemala y Perú son los tres países donde se encontraron indicadores sobre lesiones no fatales referentes a denuncias o quejas registradas y prestación de servicios de atención por algún acto de violencia desglosados por grupo étnico (56, 47, 70). Estos indicadores adicionales requieren que, en el futuro, los datos se desglosen por zonas rurales y urbanas, pues se relacionan con el acceso a diversas fuentes de información que podrían alimentarlos, como es el caso de las tecnologías de la información y las comunicaciones. También es relevante el papel que puede cumplir al respecto el personal dedicado a la promoción de la salud y la medicina tradicional.

Cuadro 5. Otros indicadores de violencia de género desglosados por grupo étnico en la Región de las Américas, por país

País	Indicadores*	Fuente de datos	Responsable
Colombia ^a	Casos atendidos de violencia física, sexual y psicológica en indígenas	Sistema de Vigilancia en Salud Pública	Instituto Nacional de Salud

Guatemala ^b	Porcentaje de quejas recibidas de estudiantes mujeres matriculadas, agredidas por hombres	Unidad de Quejas	Ministerio de Educación
	Mujeres atendidas por el Ministerio de Salud Pública, en relación con hechos de violencia que encajan en la ley contra el femicidio y otras formas de violencia en contra de la mujer	Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA)	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Perú ^c	<ul style="list-style-type: none"> • Casos atendidos por violencia psicológica • Casos atendidos de violencia racial o insulto étnico-racial • Casos atendidos por discriminación por género • Casos atendidos por violencia física • Casos atendidos por violencia económica o patrimonial • Casos atendidos por violencia sexual 	Base de datos del registro de casos del Centro de Emergencia Mujer	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Nota: *Los indicadores se presentan tal como se denominan en las publicaciones de referencia.

Fuentes:

^a Forero Martínez LJ, Acero Álvarez AP. Algunos factores asociados a la violencia contra las mujeres indígenas, Colombia 2012-2013 (estudio exploratorio). Bogotá: Observatorio de Asuntos de Género; 2013. Disponible en: http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/Investigacion_indigena.pdf.

^b República de Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de violencia en contra de la mujer y violencia sexual. 2019. INE: Guatemala; 2020. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2021/01/04/20210104163955Y1KZ2HK3GnWnOvCP6lkZunmf8PiHYFSH.pdf>.

^c Perú, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Portal estadístico. Programa Nacional Aurora. Bases de datos del registro de casos del Centro de Emergencia Mujer. Año 2020. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2020 [fecha de consulta: 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/bases-de-datos-2020/>.

Estos nuevos indicadores han permitido extraer una serie de hallazgos sobre la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos en las Américas.

A partir de los casos notificados en el período comprendido entre el 2012 y el 2013 procedentes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Colombia, se desglosó a la población indígena del siguiente modo: niveles educativos bajos, mujeres dedicadas al hogar, antecedentes de violencia durante la gestación y una condición de vulneración generalizada como el desplazamiento. La violencia física y la violencia sexual fueron los tipos de violencia más notificados (56).

Los datos registrados por la Unidad de Quejas del Ministerio de Educación y el Sistema de Información Gerencial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el caso de Guatemala, y por el Programa AURORA en Perú (véase el recuadro 9) permiten saber que, en ambos países, las mujeres mestizas fueron

quienes interpusieron más denuncias por agresiones recibidas en el ámbito educativo y quienes recibieron atención del sector de la salud o de los Centros de Emergencia Mujer (CEM), respectivamente (47, 70). En Perú, la mayoría de las mujeres mestizas buscaron atención en los CEM por actos de violencia psicológica, si bien algunas fueron atendidas por actos de violencia física y violencia sexual. Menos del 1% de las mujeres indicaron haber sido víctimas de la violencia racial o sufrir discriminación por género.

Recuadro 9. Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (AURORA) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) de Perú

El programa tiene como objetivo implementar y promover servicios especializados de prevención de la violencia contra las mujeres, integrantes del grupo familiar y personas afectadas por la violencia sexual. Como parte de los servicios se encuentran la atención especializada a través de los Centros de Emergencia Mujer (CEM); el Servicio de Atención Urgente (SAU); la línea 100; el chat 100; los centros de atención institucional frente a la violencia familiar; la prevención, promoción y desarrollo de capacidades centradas en patrones socioculturales; y la investigación y registro con el fin de generar datos empíricos que fundamenten la toma de decisiones.

Las fichas de los CEM, los CAI y el SAU con los datos de la persona usuaria incluyen la variable “etnia o grupo” para identificar a mujeres indígenas, pertenecientes a pueblos originarios, afrodescendientes o de otras etnias. En cuanto a los agresores, se indaga por la “etnia o grupo étnico” de la persona afectada. A partir de esta información, es posible reconocer el comportamiento a lo largo del tiempo con relación al uso de servicios institucionales, las tipologías de la violencia, los factores de riesgo y las situaciones contextuales, lo cual permite comprender la complejidad de la violencia de género.

Fuente: República del Perú, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Portal estadístico. Programa Nacional Aurora. Bases de datos del registro de casos del Centro de Emergencia Mujer. Año 2020. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2020 [fecha de consulta: 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/bases-de-datos-2020/>.



6

Factores de riesgo de la violencia

En este capítulo se exponen los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y las niñas Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos a partir de los datos proporcionados por los estudios nacionales de prevalencia y los aportes de los grupos de discusión con mujeres y hombres afrodescendientes e Indígenas.

6.1 Fuentes de información sobre los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres

Es importante reconocer que no hay una sola causa, sino una variedad de factores sociales que explican por qué ocurre la violencia. Su prevención requiere estrategias que aborden múltiples causas, factores de riesgo y desencadenantes que están interrelacionados. Cada contexto y cada tipo de violencia tiene su propio conjunto de factores que deben considerarse, por lo que es crucial hacer un análisis específico del contexto de las causas, los factores de riesgo y los desencadenantes de la violencia.

La violencia interpersonal y, específicamente, la violencia de pareja han sido el centro de la investigación sobre la violencia contra las mujeres con datos desglosados por Pueblos Indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos. La mayoría de los estudios encontrados se realizaron con mujeres afrodescendientes (afroamericanas o africanas del Caribe) de los Estados Unidos (74, 75); tres estudios, con Indígenas: Bolivia (Estado Plurinacional de) (76), Guatemala (77) y Venezuela (República Bolivariana de) (78), y los restantes, con distintos grupos étnicos (79, 80). Las encuestas nacionales de prevalencia se utilizaron como principal fuente de información (véase el apéndice B). Los enfoques de los estudios con mujeres indígenas se basan en métodos cualitativos, lo cual se debe a que la violencia en este grupo es la menos notificada y registrada y, en su mayoría, se corresponde con “cifras ocultas”. En esta misma línea, se encontraron informes desarrollados por organizaciones de la sociedad civil producto de procesos participativos, entrevistas, foros, entre otras fuentes y técnicas cualitativas, que han permitido visualizar, describir y abogar por el cumplimiento del marco normativo internacional sobre prevención de la violencia de género (59).

Además de la violencia de pareja, la recopilación de datos ha proporcionado información sobre diferentes niveles o planos de este problema público, dando cuenta de que las personas son parte de múltiples relaciones —individuales, familiares, comunitarias y sociales— donde se producen distintas expresiones y dinámicas de violencia (71). Esta constatación plantea la necesidad de ampliar la recopilación de datos sobre la violencia fuera de la pareja —como la que se da en las relaciones parentales, filiales, de socialización o de amistad—, además de superar los límites a la obtención de datos sobre las niñas que sufren violencia distinta a la de pareja.

Existen otras fuentes de información, como las denuncias de actos de violencia física, psicológica y sexual perpetrados contra las mujeres indígenas y afrodescendientes que se reciben, por ejemplo, a través de audiencias y visitas de trabajo de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (72), así como de informes específicos sobre situaciones graves de vulneración y violencia, como el informe de la Comisión de la Verdad en Colombia (73). En el caso de las mujeres indígenas de la Región de las Américas, en estos informes de la CIDH se describe que su vida:

“Sigue marcada por grandes obstáculos para el goce de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. [...] La marginación política, social y económica de las mujeres Indígenas contribuye a una situación permanente de discriminación estructural, que las vuelve particularmente susceptibles a diversos actos de violencia prohibidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ([...] Convención de Belén do Pará) y otros instrumentos de derechos humanos (72).

Respecto de la información que se genera en la mayoría de los sistemas de justicia de las Américas, es necesario tener presente que “los casos todavía no se tramitan con una perspectiva de género y étnico-racial; carencias ilustradas en la escasez de intérpretes, traductores y personal judicial capacitado y sensible a la cultura y la cosmovisión de los Pueblos Indígenas” (72).

6.2 La interseccionalidad de la violencia

En este marco, los factores de riesgo y efectos de la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos se observan en diferentes niveles, que relacionan raíces históricas, factores de riesgo y contextos que favorecen o impiden este tipo de violencia en el curso de sus vidas. Este aspecto de la violencia adquiere el carácter de problema público complejo o multidimensional, donde la acción de los Estados se expresa en los niveles microsociales e individual, mesosociales, macrosociales y, también, en las formas múltiples e interconectadas de la discriminación que enfrentan las mujeres y las niñas en sus contextos específicos, como, por ejemplo, los conflictos armados; los proyectos de desarrollo, inversión y extracción; los territorios militarizados; la privación de libertad; el ámbito doméstico; la migración, y el desplazamiento. En el recuadro 10 se presenta una definición de interseccionalidad con relación a la discriminación de las mujeres indígenas.

Recuadro 10. Concepto de interseccionalidad aplicado a la discriminación de la mujer indígena

Las mujeres indígenas tienen una identidad multidimensional que requiere un enfoque interseccional al evaluar las formas de discriminación que enfrentan. La Comisión Interamericana ha reafirmado que “la interseccionalidad es un concepto básico para comprender el alcance de las obligaciones de los Estados, en tanto que la discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género”. Esta superposición de varias capas de discriminación —la interseccionalidad— lleva a una forma de discriminación agravada que se expresa en experiencias manifiestamente diferentes de una mujer indígena a la otra.

Fuentes: Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La situación de las personas afrodescendientes en las Américas. Washington, DC: CIDH; 2011. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/afrodescendientes/docs/pdf/AFROS_2011_ESP.pdf y Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas. Washington, DC: CIDH; 2017. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mujeresindigenas.pdf>.

Dado que las mujeres indígenas y afrodescendientes desempeñan un papel único como líderes espirituales y garantes de su cultura, se ha reconocido que “la violencia perpetrada en diferentes contextos les perjudica en el plano físico, cultural y espiritual” (72). Por ello, resulta imperativo considerar a las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos como sujetos de derecho y obligaciones y no solo como sobrevivientes de violencia.

6.2.1 Nivel microsociales de la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos

En este nivel microsociales, los factores de riesgo se corresponden, principalmente, con la violencia familiar en el curso de la vida, especialmente la que afecta a la infancia, el maltrato infantil y los entornos de convivencia con agresores. Es necesario un análisis individual de quienes cometen actos violentos y los padecen, teniendo en cuenta la edad, el sexo, el género y la orientación sexual, los antecedentes de conductas agresivas o de autodesvalorización, la adicción a sustancias prohibidas, la interrupción de trayectorias laborales o las situaciones de crisis individuales producto de la pérdida de empleo. Estas condiciones pueden ser

desencadenantes de actos violentos en diferentes momentos del curso de la vida, dadas las relaciones y jerarquías de género entre mujeres y hombres, con sus respectivos modelos de identidad, que, a su vez, generan patrones de comportamiento, como el machismo, el marianismo, la homofobia o el binarismo de género.¹³



El grupo de discusión con mujeres afrodescendientes destacó las intersecciones entre violencia, edad, educación y otros determinantes sociales:

“Normalmente, las jóvenes entre 15 y 25 años ya tienen tres hijos todavía y eso les priva la educación, el acceso a la universidad, de los recursos en países como Panamá que son tan costosos, o sea, el tema de la vida es tan cara que incluso se hace difícil mantener a estos niños, aunque uno tenga un trabajo con salario mínimo; entonces, creo que hay que ampliar un poco más en la estructura social de la mujer para poder validar incluso toda esta información; por ahí creo que deben ir algunos registros (Intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión)”.



6.2.2 Nivel mesosocial o comunitario de la violencia contra las mujeres y niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos

Un nivel menos documentado es el comunitario, que comprende conflictos y violencia en ámbitos vecinales, estudiantiles, laborales y de salud más próximos. En algunos estudios, se describe la violencia colectiva a partir de casos emblemáticos de mujeres indígenas, donde la violencia sexual se ha utilizado como arma de guerra y esclavitud. En la Región, existe más de un ejemplo del uso de la fuerza y el poder en estas circunstancias. También han hecho referencia a esta situación ECMIA y CHIRAPAQ, que han planteado que la violencia sexual es una práctica histórica que ha quedado invisible e impune (59). Este nivel mesosocial registra graves violaciones de los derechos humanos y crímenes de lesa humanidad. Los factores de riesgo, en este caso, se encuentran potenciados por diversos tipos de conflictos comunitarios. Un ejemplo es el control de los territorios por el crimen organizado con recursos económicos y materiales, armas de fuego, donde victimarios y sobrevivientes comparten cotidianamente los mismos espacios.



En este nivel mesosistémico, las mujeres afrodescendientes e indígenas comparten algunos factores de riesgo, como un menor acceso a la educación formal, los problemas económicos, la falta de autonomía, los antecedentes de violencia en la infancia y el estigma. Además, se agrega la falta de una respuesta eficaz y pertinente por parte de las instituciones. Así, el papel de las instituciones a la hora de proporcionar ayuda en el contexto de la violencia contra las mujeres y las niñas es reducido. Las personas cercanas a las sobrevivientes son las primeras en conocer los actos de violencia de las parejas; la búsqueda de ayuda institucional es poco habitual debido a la falta de información sobre los servicios, el miedo a represalias, el estigma que genera y las barreras idiomáticas (59, 72).



En las mujeres afrodescendientes, es más común contarle la situación a familiares o amistades que acceder a servicios institucionales. La búsqueda de ayuda institucional disminuye cuando las parejas son maltratadoras, dado que se incrementa el riesgo de violencia letal. Existen otros tipos de ayuda solicitada, como rehabilitación profesional, bonos para vivienda y trabajo. Los refugios y hogares de paso también se mencionaron como parte de los servicios.

13 En el conjunto de la investigación, la violencia física de pareja se asoció con problemas económicos o menores ingresos, vergüenza social, apoyo social escaso, miedo a sufrir daños, menores niveles educativos, desempleo, carencia de vivienda, antecedentes de maltrato infantil y con ser testigo de violencia en el hogar. El número de hospitalizaciones y las lesiones múltiples aumentaban con el abuso de sustancias, promiscuidad en la pareja y antecedentes de violencia en la infancia en la mujer.

6.2.3 Nivel macrosocial de la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos



En el fenómeno de la institucionalización de las pautas de violencia confluyen una serie de dimensiones que se intersecan, como las representaciones sociales o creencias en las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres, lo que se corresponde con un nivel macrosocial. En el nivel macrosocial, además, se encuentran las lenguas indígenas y afrodescendientes, cuya permanencia o pérdida se puede considerar un factor de riesgo de violencia en la vida cotidiana e institucional de estos pueblos. Por ello, es preciso incluirla en la recopilación de datos desde un enfoque basado en los derechos. El papel que desempeñan las lenguas se ha reconocido en varios artículos de la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (29), ya citada, como, por ejemplo, el artículo VI, relativo a los derechos colectivos; el artículo XIII, que aborda el derecho a la identidad e integridad cultural; el artículo XIV, sobre sistemas de conocimientos, lenguaje y comunicación; el artículo XV, relativo a la educación, y, finalmente, el artículo XVII, dedicado a la familia indígena.



“En el caso de la mujer afrodescendiente, está muy naturalizada la violencia, pero también está basada en un racismo histórico que tenemos; venimos con esa secuela, el racismo histórico, entonces está muy naturalizada la violencia hacia la mujer afro y creo que ahí es donde tenemos que hacer énfasis. En ese racismo histórico, en poder cortar ese racismo histórico en este momento, porque, si no, vamos a seguir luchando eternamente.”
(Intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión).



Si bien las creencias y representaciones sociales que sirven de justificación para la coerción reproductiva y el maltrato emocional de las mujeres y las niñas no se corresponden con el desarrollo de los derechos humanos, socialmente se encuentran presentes, lo cual amerita su descripción y análisis para lograr una prevención eficaz de los distintos tipos de violencia. A lo anterior se suma la falta de datos actualizados sobre los espacios regulatorios del comportamiento indígena, tanto de los valores indígenas de la reciprocidad y espiritualidad, que se han erosionado en la vida indígena, como de su relación con el patriarcado y los roles desiguales de las mujeres y los hombres.



En el grupo de discusión con mujeres afrodescendientes surgió como un factor de riesgo de la violencia contra dicha población la hipersexualización de la imagen de la mujer negra.

“Entonces, yo haría un llamado a hablar acerca de la hipersexualización de la mujer negra y de todo como consecuencia del trato de la mujer negra desde el tiempo de la colonia, en donde se le privó de su condición de mujer, de su condición de ser humano, y se le dibujó como una mujer hipersexual, violenta, agresiva y con una fuerza extraordinaria, que hizo que de ahí se derive todo el tipo de violencia. La estética, porque la mujer negra, mujer afrodescendiente, tiene el pelo feo, es fea, es brusca, es grande, etcétera, etcétera. De la violencia sexual, porque esta es la mujer negra, es que es provocativa, es que es sensual, es que está buscando eso, es que lo desea, lo pide a gritos.” (Intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión).

A lo señalado se añade la invisibilidad de la mujer afrodescendiente en los modelos de mujer presentes en la educación y en la salud:

“Una idea de que no somos efectivamente, pues, el modelo hegemónico de la feminidad, sino que también hay una exclusión y un borramiento de nuestras identidades en esos espacios de formación educativa, ¿no? Ni siquiera aparecen nuestros cuerpos, nuestros saberes. Sin duda sí, la formación de nuestra autoestima es a partir de prejuicios, este-

reotipos, imágenes negativas, ¿no? Y también, obviamente, está la imposibilidad de vernos como sujetas de deseo o sujetas que pueden experimentar el placer, sino, simplemente, obviamente muy cosificadas por la medicina occidental, pero mismo esto de la hipersexualización que nos da un lugar de cosas.” (Intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión).

La situación migratoria también se menciona como un factor de riesgo de la violencia, ya que las mujeres sin una situación migratoria definida aceptaban la violencia por miedo a que sus parejas optaran por interferir en sus trámites legales. En mujeres afrodescendientes e Indígenas, hay creencias similares sobre los roles de género y justificaciones para el uso de la violencia por parte de la pareja, mientras que las mujeres indocaribeñas manifiestan que la violencia de pareja está normalizada en sus comunidades. Para algunas mujeres afrodescendientes, el uso de la violencia por parte de la pareja es justificable hasta el punto de validar el haber sido maltratadas. La mayoría de las mujeres afroecuatorianas creen que las mujeres deben actuar y vestirse recatadamente para no provocar a los hombres, que las mujeres que trabajan descuidan su hogar o a sus hijos e hijas y que los hombres deben tener mejores puestos.

En la relación de pareja, prevalecen la violencia emocional y la violencia física. La violencia sexual se ha descrito desde tres perspectivas: como una práctica tradicional, como una práctica generalizada y sistemática del Estado y como fruto de la familia patriarcal (81). Según el Banco Mundial (39), en República Bolivariana de Venezuela, ha sido una práctica tradicional ligada al matrimonio entre distintos Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos, que se utilizaba para establecer alianzas y relaciones sociales; dicha práctica ha generado otros delitos como la trata de personas y la prostitución forzada. En Guatemala, las historias de vida de mujeres indígenas sobrevivientes al conflicto interno evidencian actos de violencia sexual como un arma de terror; los relatos describen violaciones múltiples y colectivas de mujeres en presencia de sus familiares (59, 82). La política de guerra, con su discurso sexista, racista y clasista, desvalorizó el papel de las mujeres mayas; la imagen de sirvientas ha convertido a las indígenas en objetos al servicio doméstico y sexual. En Estado Plurinacional de Bolivia, la violencia patriarcal está relacionada con el acceso a la tierra o el territorio; se obligaba a las niñas a salir de sus casas para asumir trabajos domésticos, lo que las exponía a la explotación y a actos de abuso y violencia en las relaciones laborales. En Canadá, las consecuencias más comunes de la violencia fueron la separación de la pareja y síntomas compatibles con el trastorno de estrés postraumático.

Con relación a los roles de género y los comportamientos que justifican la violencia, las mujeres panameñas indicaron que sus parejas “les limitaban el contacto con la familia e insistían en saber dónde estaban” y les “impedían salir a trabajar”. En las mujeres guatemaltecas, el principal control marital se evidenció en que sus parejas “no confiaban en ellas para el manejo del dinero”. En cambio, las mujeres ecuatorianas consideraban que “las mujeres eran responsables de las tareas de la casa, cuidado de los hijos e hijas, de las personas enfermas y las ancianas”, que “el hombre debía ser el principal responsable de los gastos de la familia” y que “una buena esposa debía obedecer en todo lo que él ordenara”. Se ha documentado que las mujeres indígenas llevan la carga de las actividades del hogar y las niñas trabajan en el hogar, cuidando a hermanos pequeños y animales. Con todo, entre las mujeres indígenas se encuentran diferencias, entre las que destaca la menor autonomía de quienes residen en zonas rurales (59).

La discriminación, afrontar situaciones de desigualdad frente a los hombres y el ser tratadas con menos respeto que los hombres en sus comunidades fueron las prácticas que señalaron las Indígenas en Colombia. La discriminación se enmarcó en ámbitos políticos; en el acceso a la justicia, y el acceso a la tierra; cabe señalar, asimismo, que algunas sintieron miedo de expresar sus opiniones. A diferencia de los hallazgos de otros países, las Indígenas no están de acuerdo con las afirmaciones de que “los hombres deben trabajar y las mujeres, quedarse en la casa” y “dentro del matrimonio, es deber de las mujeres tener sexo con sus maridos, aunque ellas no quieran”; además, afirmaron que la “violencia hacia las mujeres en las relaciones de pareja era un problema que les afectaba a todos por ser una expresión extrema del machismo”.

Las mujeres indocaribeñas —grupo en el que se incluyeron mujeres con ascendencia india de Estados Unidos, Guyana, y Trinidad y Tabago— narraron que la violencia de pareja está normalizada en sus comunidades, y que esta se agudiza debido al estatus migratorio de las mujeres y su dependencia de los hombres.

En las relaciones de pareja, la violencia física es mayor cuando la pareja pertenece a otro grupo étnico. Para las mujeres indocaribeñas, la denuncia genera vergüenza; a las que optan por denunciar, la comunidad las margina y las excluye, motivo por el cual las víctimas de la violencia de pareja mantienen el silencio para evitar el estigma. La mayoría de las mujeres no disponían de información sobre servicios de ayuda.

También resulta importante destacar que todos estos tipos de violencia tienen consecuencias a corto, medio y largo plazo. La evidencia sugirió intersecciones importantes entre los distintos tipos de violencia. Debido a estas intersecciones, esos tipos de violencia pueden presentarse al mismo tiempo, en un mismo entorno o llevar a otras formas de violencia. Por ejemplo, la violencia contra las mujeres, las niñas y los niños, puede desarrollarse al mismo tiempo y en el mismo hogar. Ser testigo de violencia en la niñez puede aumentar el riesgo de sufrir o perpetrar violencia más tarde en la vida.

En los grupos de discusión, se señalaron las siguientes consecuencias de la violencia en sus distintas manifestaciones.

En mujeres indígenas, uno de los impactos relevantes de la violencia que se mencionaron es el deterioro de la salud mental, unido a la falta de respuesta del sistema de salud mediante políticas de reparación.

Las mujeres afrodescendientes agregan a las consecuencias psicológicas la falta de autoestima y las dificultades para exponer situaciones donde pueda existir violencia: "Es decir, evita entonces buscar oportunidades donde ella sabe que va a ser discriminada o agredida. Muchas veces se le... se aísla." (Intervención de una mujer afrodescendiente en el grupo de discusión).





7 Reconocimiento de las mujeres indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos en las políticas estatales

En este capítulo se trata la escasa visibilidad de las mujeres de minorías étnicas en los protocolos y documentos normativos que marcan las políticas y el uso de los servicios públicos en la Región de las Américas, así como las consecuentes barreras de acceso con las que se encuentran. Los datos se basan en un informe de la OPS (37), cuyos hallazgos se complementan con las intervenciones de mujeres indígenas y afrodescendientes en los grupos de discusión.

En los países de la Región de las Américas se han formulado políticas multisectoriales, estrategias de salud y protocolos que orientan la respuesta a la violencia contra las mujeres. En consonancia con el principio de no dejar a nadie atrás, es importante reconocer de forma explícita a estos grupos y sus necesidades y preferencias específicas. Aunque lo que se incluye en las políticas no se traduce necesariamente en la práctica, estos documentos establecen el tono para la respuesta gubernamental a la violencia. Constituyen, así, una oportunidad para dar visibilidad a los grupos en situación de vulnerabilidad, como son las mujeres y las niñas de minorías étnicas, y de fomentar la atención de sus necesidades y preferencias específicas en la práctica.

En un análisis reciente de la OPS (2023), titulado *Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional*, se revisaron los planes multisectoriales, las políticas de salud y los protocolos clínicos relacionados con la prevención o la respuesta frente a la violencia contra las mujeres, incluido el grado en que estos documentos hacen referencia a los grupos en situación de vulnerabilidad (37).

En dicho informe, la OPS seleccionó indicadores relacionados principalmente con tres prioridades estratégicas regionales. El primer grupo se refiere al “fortalecimiento del liderazgo de la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres; el segundo grupo aborda la “mejora de la calidad de los servicios de salud para las sobrevivientes de la violencia contra las mujeres”; y el tercer grupo trata del “fortalecimiento del papel del sector de la salud en la respuesta multisectorial a la violencia contra las mujeres”. En este tercer grupo se consideran una serie de indicadores, que se relacionan con los grupos en situación de vulnerabilidad; se trata de dos indicadores en particular: el primero hace textualmente referencia, en su forma abreviada, a las “mujeres indígenas o de minorías étnicas reconocidas” (“¿El plan o la política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres reconoce a las mujeres indígenas o pertenecientes a minorías étnicas como un grupo de población en situación de vulnerabilidad?”) y el segundo indicador, a los “[s]ervicios para las mujeres indígenas o de minorías étnicas” (“¿El plan o la política del multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye servicios de salud diferenciados para las mujeres indígenas o pertenecientes a minorías étnicas sobrevivientes?”) (37). Se precisa un mayor esfuerzo para hacer que las políticas y la práctica respondan a las necesidades de los grupos de población más vulnerables, incluidas las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos. Reconocer a los grupos vulnerables explícitamente en las políticas, planes y protocolos es un primer paso para visibilizar sus necesidades y preferencias. Tras reconocer a estos grupos, se puede continuar avanzando con una orientación más específica que aborde las circunstancias y preferencias de cada grupo, dirigida al personal y a los servicios de salud.

En el informe se destaca que solo el 31% de los países de las Américas reconoce a las mujeres indígenas o de grupos étnicos en los documentos. Si bien es un logro que el 69% incluya dichas referencias, sugiere que se haga más para dar visibilidad a estos grupos en los documentos escritos del gobierno. Esta carencia se ve agravada si se tiene en cuenta que no solo es preciso reconocer a los grupos en situación de vulnerabilidad en las políticas, lo ideal es que el sector de la salud ofrezca servicios diferenciados para estos grupos en función de sus características específicas. Sin embargo, en general, la referencia a servicios diferenciados por parte de los Estados Miembros fue mucho menos común, pues solo el 9% de los países de la Región menciona servicios diferenciados para mujeres indígenas o de grupos étnicos en el texto de sus políticas multisectoriales relacionadas con la prevención de la violencia y la respuesta a ella (37). Esta falta de consideración específica y explícita de las mujeres de Pueblos Indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos en las políticas estatales puede dar lugar a que se enfrenten a barreras de acceso a los servicios relacionados con la violencia de género.

En los grupos de discusión se dio un consenso en cuanto a señalar las barreras de acceso a los distintos servicios básicos como la educación, la salud y la justicia.

“Yo creo que compartimos el mismo contexto con otros países. Una de las barreras es, sin duda alguna para mí, la falta de pertinencia cultural en el acceso a los servicios básicos, como son la educación, la salud y la justicia, ¿no?” (Intervención de una mujer Indígena en el grupo de discusión).

En lo que respecta al acceso a la justicia, se señalan como barreras el idioma, la falta de conocimientos sobre el enfoque intercultural de jueces y funcionarios, la discriminación y el desconocimiento de la “justicia tradicional”.

Según mi experiencia, hay una gran debilidad de atención, [...] cuando una niña o una mujer sufre violencia, esto no tiene una reparación. Todo el proceso queda impune, queda bajo el silencio, pues, de nuestras propias autoridades a nivel de nuestro territorio. Y este es como el primer filtro para poder buscar esa atención fuera de los territorios. Aquí, pues, lastimosamente se carece de mayor información y, sobre todo, al momento de encontrar acceso a ese derecho, pues no se encuentran dentro de las comunidades, y las mujeres y las niñas siguen siendo aun mayormente victimizadas, cuestionadas, y eso afecta prácticamente la seguridad de las mujeres y niñas”. (Intervención de mujer Indígena en el grupo de discusión).

En el acceso a la salud se plantean barreras como la ausencia de atención, problemas de idioma, el no reconocimiento de la cultura y las prácticas ancestrales de salud, la discriminación por parte del personal médico y de salud. En los recuadros 11 y 12 se ofrece una serie de testimonios de mujeres indígenas y afrodescendientes que ponen de manifiesto estas barreras.

Recuadro 11. Testimonios de mujeres indígenas sobre las barreras de acceso a los servicios de salud

“Pero ¿qué sucede si no..., si la mujer indígena o afrodescendiente no se puede comunicar con el médico, con la enfermera, ¿no? Y aparejado de eso tenemos un sistema de salud que no reconoce, que no promueve y que no, no le da espacio a la medicina ancestral, que la criminaliza, ¿no?”.

“Porque si miramos los ejemplos en los establecimientos de salud, al atender el parto, pero no solamente es el parto, es en la atención de la salud de la mujer, ¿no? Al momento de pedirles la autorización para examinar a la mujer, en el momento en que la mujer lleva a sus hijos a atender, las mujeres indígenas queremos estar con nuestra familia, pero nuestro sistema de salud no nos permite, no está preparado para recibir a toda la familia, solamente tiene cuarto para una persona. Entonces, y también lo mismo pasa en el sistema educativo, ¿no?”.

“Porque tenemos muchas de las barreras, el idioma primero... Guatemala tenemos veinticinco idiomas mayas. ¿Cuántos traductores privados hay? Sí. Y cuando las... cuando las mujeres quieren llevar a su propio traductor, no los deja”.

Fuente: intervenciones de mujeres indígenas participantes en el grupo de discusión.

Recuadro 12. Testimonios de mujeres afrodescendientes sobre las barreras de acceso a los servicios de salud

“Las mujeres van a los centros de salud muchas veces y son, por los prejuicios raciales, son tratadas con mucha agresividad, ya sea porque alguna acción específica, el tono de la voz, etcétera, son agredidas y se utilizan términos y formas racistas para expresarse de las mujeres negras muchas veces en... en esta... en estos centros de atención públicos”.

“El tema de la calidad de los servicios de salud. Esto entraría como una forma de violencia directamente, porque en realidad una de las características que se da en las poblaciones afrodescendientes es la falta de, de, de calidad de los servicios, no hay insumos. Las personas tienen que trasladarse grandes distancias para poder recibir el tratamiento, ¿no? Y esto se percibe, la diferencia que hay, la que hay entre un área donde viven comunidades afrodescendientes y áreas donde no están las comunidades afrodescendientes, que tienen otro tipo de servicios. Entonces, pienso que eso debería considerarse también una manera de violentar la condición de las mujeres afrodescendientes y de la gente, en general, afrodescendiente”.

“Aquí, en las comunidades afroperuanas, no hay un centro médico cercano, o sea, el más cercano no puede quedar aproximadamente a 50 minutos del lugar donde están, ¿no? Entonces ahí han habido muchos problemas para poder llegar a tiempo a atenderse de un servicio de salud, incluso para el tema de las farmacias, de adquirir medicamentos, tampoco la encuentran las 24 horas, en ningún... en ningún espacio, ¿no? Si bien hay farmacias, pero atienden solo de nueve de la mañana a cinco de la tarde o tres de la tarde, y en los rangos donde no hay atención se queda, o sea, prácticamente sin ningún tipo de socorro; la mayoría de personas han manifestado que prácticamente compran medicamento y lo tienen en sus casas para poder automedicarse, ¿no?”.

“Creo que también es importante poder fortalecer un vínculo entre salud sexual y reproductiva y salud mental. En el Perú, por ejemplo, ese vínculo es inexistente, o sea, tú vas por un lado a atender tu salud sexual, reproductiva y, por el otro, vas a atender tu salud mental. Para casos de violencia ni siquiera estos realmente reciben una atención integral, ¿no?”.

“La última sería la falta de sensibilidad del personal técnico. Es decir, los... los médicos, técnicos, enfermedades, desconocen la cosmovisión, la realidad, los entornos, la historia de las mujeres afrodescendientes. Por eso, muchas veces, sus acciones no responden a las... a las necesidades. Esto es nada más como una... un ejemplo. En el caso de las mujeres Indígenas, por ejemplo, las parteras, las mujeres estaban muy apegadas a su... por la forma del tratamiento personal, y esto no lo encontraron en las... los centros de salud y, por lo tanto, no querían ir a los centros de salud porque se sentían como que no, no era su espacio, necesitaban ese contacto personal. Y nosotros sabemos que en los hospitales eso no existe, pero, en el caso de la mujer afrodescendiente, también se dan situaciones muy particulares relacionadas a sus propias necesidades culturales, ¿no?”.

“Los saberes de las mujeres afrodescendientes que se incorporen también en ese ámbito de la salud..., que las mujeres afrodescendientes puedan también tener derecho a que una persona de..., de la comunidad con conocimiento sobre partería la acompañe”.

“Más allá de..., de la atención en salud que lo hacen los médicos, porque ellos no permiten el acompañamiento. Creo que también eso se debe incorporar en los servicios y en los centros de salud, sobre todo en los países donde tenemos una mayor cantidad de mujeres migrantes, mujeres negras que migran a otros países como en Chile y que se desconoce mucho, y..., y el racismo que también está allí hace que estas mujeres no tengan una atención más humana, ¿ah?”.

Fuente: Intervenciones de mujeres afrodescendientes participantes en el grupo de discusión.



8

Conclusiones y recomendaciones

La violencia contra las mujeres y las niñas es un problema de salud pública arraigado en las múltiples dimensiones de la inequidad, que incluye, entre otras, la desigualdad de género. Es un flagelo que vulnera los derechos humanos, que afecta la vida y la salud de millones de mujeres y niñas en la Región de las Américas. Este informe es el primero de su tipo y en esta temática. No tiene como objetivo proporcionar toda la información disponible ni ofrecer una lista exhaustiva de soluciones. En cambio, se presenta como un primer paso hacia un mayor entendimiento de la violencia contra las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos. Dar visibilidad a estas realidades es fundamental para avanzar en la prevención y respuesta a la violencia en todas sus formas. Se espera que este informe impulse un aumento en la visibilización, el análisis y el diálogo en torno a este importante tema.

Un punto de partida para orientar las políticas y las acciones basadas en la evidencia es la recopilación y el análisis de datos de calidad sobre la prevalencia, los factores de riesgo y las consecuencias de la violencia contra las mujeres. Es por ello que, en la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (1)* y la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 (2)*, se ha establecido, como una de las acciones estratégicas, aumentar la disponibilidad y calidad de información y datos desglosados por etnicidad (personas de Pueblos Indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos). En particular, el objetivo 1.1. de la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* persigue “aumentar la recopilación y la disponibilidad de datos epidemiológicos y de servicios relacionados con la violencia contra la mujer”, y el indicador 1.1.2 se basa en el “número de Estados Miembros que en los cinco últimos años han realizado estudios de población representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer [...] que incluyen un análisis de prevalencia de la violencia contra la mujer en diferentes grupos étnicos/raciales” (1).

Los datos sobre la violencia pueden tomar diferentes formas, todas igualmente importantes y útiles para fundamentar las políticas y la práctica. En este sentido, es importante contar, por ejemplo, con datos de prevalencia que ayuden a comprender mejor la magnitud de la violencia, con datos de mortalidad y lesiones que documenten las consecuencias de la violencia, y con datos administrativos para evaluar el uso de los servicios por parte de las sobrevivientes. Asimismo, los estudios cualitativos hacen una contribución importante, ya que permiten comprender los factores de riesgo y protección asociados con la violencia, así como las posibles barreras para acceder a la ayuda. La evidencia sugiere que existen barreras individuales e institucionales que limitan el acceso de las sobrevivientes de la violencia a los servicios institucionales, como, por ejemplo, la discriminación, el desconocimiento de los servicios existentes, las formas de acceso y el idioma.

A pesar de la escasez de datos sobre la violencia contra las mujeres indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos en la Región de las Américas, se trata de un problema grave que requiere una respuesta que tenga en cuenta las distintas cosmovisiones. En este sentido, las organizaciones de movimientos indígenas y afrodescendientes han establecido sus propios registros y han documentado actos de violencia de género, lo cual ha permitido visibilizar el problema, solventar algunos vacíos de conocimiento y hacer un seguimiento de las políticas relacionadas.

Esta información pone de manifiesto la necesidad de formular políticas con enfoques interculturales, cuyo diseño se base en un análisis del contexto, en las condiciones que potencian la violencia, en las prácticas discriminatorias hacia las mujeres y en la formación del personal de salud profesional en la materia, entre otros aspectos.

En términos generales, se recomienda fomentar la coordinación institucional entre los Estados Miembros de la OPS con el fin de cumplir las metas establecidas en la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (1)* y en la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 (2)*. En ese marco, se plantean las siguientes recomendaciones y medidas para cumplirlas:

1. Urgir a los Estados Miembros a generar evidencia sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres y niñas Indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos basada en los derechos humanos, la participación social, y el registro sistemático de datos de calidad desglosados por la variable de autoidentificación étnica. Para ello se recomienda lo siguiente:

- Crear oportunidades, presenciales y virtuales, para que los países de la Región compartan sus experiencias y aprendan unos de otros a partir de las encuestas nacionales de prevalencia de la violencia contra las mujeres y niñas que han desglosado los datos por etnicidad.
- Convocar a los Estados Miembros que llevan a cabo actividades de recopilación de datos para evaluar en profundidad la situación de las mujeres y las niñas indígenas y afrodescendientes, así como las formas de discriminación y violencia de género a las que se enfrentan.
- Desarrollar orientaciones técnicas para el desglose y la generación de evidencia sobre las necesidades principales de mujeres afrodescendientes, Indígenas y pertenecientes a otros grupos étnicos, en el marco de los derechos humanos (universales, inalienables, interrelacionados, interdependientes e indivisibles).
- Crear guías y orientaciones técnicas respecto de los mecanismos y procedimientos para garantizar la privacidad, confidencialidad y protección de los datos, las respuestas y la información personal. A partir de un enfoque de datos basados en derechos humanos, los datos—incluidas las características como la etnicidad, la orientación sexual, la identidad de género o el estado de salud— solo deben relevarse si se cuenta con el consentimiento previo, libre, informado y expreso de la persona interesada.
- Crear guías y herramientas fáciles de usar en un lenguaje accesible y adecuadas culturalmente que tengan en cuenta aspectos como la discapacidad; las diferencias lingüísticas, entre ellas las transmisiones orales; los niveles de alfabetización en castellano, portugués e inglés, y las referencias culturales, para la compilación y el desglose de los datos sobre la violencia contra las mujeres a lo largo de su vida. Estas herramientas debieran trabajarse desde las diferentes cosmovisiones y con la participación de los diversos grupos para que puedan destinarse tanto a representantes de los Pueblos Indígenas y afrodescendientes como al sector de la salud pública.
- Desarrollar una guía metodológica, paso a paso, sobre las mejores prácticas de la Región con el fin de involucrar a las partes interesadas en la prevención de la violencia contra las mujeres indígenas y afrodescendientes, y a la sociedad civil en general, que contribuya a lograr y mantener el apoyo público y la continuidad de las estrategias y planes de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia de género desde la interculturalidad.
- Crear un sistema de indicadores interseccionales sobre la violencia contra las mujeres indígenas y afrodescendientes en las Américas a partir de un enfoque de datos basados en derechos humanos con procesos de armonización y concepción común entre los países.
- Conservar la memoria institucional y el conocimiento con relación a la información compilada mediante los procesos de participación.
- Reunir, monitorear y compartir la evidencia que demuestra los beneficios de distinguir entre indicadores estructurales, de proceso y de resultados sobre la violencia contra las mujeres indígenas y afrodescendientes, con el fin de generar un mayor apoyo a los compromisos y acciones basados en los derechos humanos.

2. Promover la creación de una comunidad de práctica de investigación de las formas de la violencia contra las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, sus factores de riesgo y de protección, y sus consecuencias. Con este fin, se proponen una serie de medidas:

- Reunir a los actores relevantes y constituir comunidades de práctica que contribuyan a mejorar la calidad, la pertinencia y el uso de datos y estadísticas sobre la violencia contra las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, con arreglo a las normas y principios internacionales de derechos humanos, tanto jurídicamente vinculantes (pactos, estatutos, protocolos, convenciones) como sin efecto jurídico obligatorio (declaraciones, principios, directrices, reglas y recomendaciones).
- Asegurar, de un modo transparente y equitativo, la participación de los grupos de población pertinentes en el ámbito de la violencia contra las mujeres indígenas y afrodescendientes en las tareas

de compilación estadística, como el planeamiento, la recopilación, el almacenamiento, la difusión y el análisis de los datos.

- Organizar actividades de fortalecimiento de las capacidades de investigación y producción de datos con los actores involucrados, incluidos los Pueblos Indígenas y afrodescendientes, con el fin de que conozcan mejor los objetivos y el proceso de compilación de datos sobre violencia contra las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, en particular con respecto al almacenamiento y uso de los datos, el análisis e interpretación resultantes, y su difusión.
- Asegurar la devolución o el retorno de los resultados del proceso de recopilación de datos de una manera significativa para la población interesada y teniendo en cuenta las pautas culturales pertinentes (consultas por internet, reuniones públicas, visitas comunitarias y procesos de consulta pública, entre otras).
- Publicar y dar a conocer los datos desglosados por etnicidad en formatos y en un lenguaje o idioma que permitan determinar y analizar las múltiples formas interrelacionadas de desigualdad y discriminación. El análisis de datos por subgrupos permite comprender la existencia de desigualdades múltiples e interrelacionadas entre sí.

3. Aumentar la visibilidad de las necesidades y preferencias de los Pueblos Indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos en el diseño y la aplicación de las políticas, protocolos y servicios del sector de la salud en respuesta a la violencia. Las acciones siguientes pueden contribuir a ello:

- Sistematizar el repertorio de procesos de mayor eficacia para propiciar y alentar la participación de mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos en el planeamiento, recopilación, almacenamiento, difusión y seguimiento de las políticas de salud relacionadas con la prevención de la violencia contra las mujeres a lo largo de su vida.
- Mejorar la visibilidad de las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos en las políticas, planes y protocolos del sector salud y su implementación.
- Fortalecer la capacitación del personal de salud para incluir competencias específicas sobre cómo responder a las necesidades y preferencias de los Pueblos Indígenas.
- Fortalecer la recopilación y el análisis de los datos administrativos del sistema de salud sobre la violencia contra las mujeres indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, y el uso de estos datos para informar el fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud a las sobrevivientes en toda su diversidad.

4. Promover enfoques integrales de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a otros grupos étnicos, desde un enfoque de datos basados en derechos humanos y culturalmente apropiado con la participación de los actores involucrados. Para lograrlo se deberían adoptar las siguientes medidas:

- Fortalecer las políticas y planes multisectoriales de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas basados en evidencia y incentivar la colaboración de todos los sectores e instituciones, y miembros de los Pueblos Indígenas, grupos afrodescendientes y de otros grupos étnicos en su desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación.
- Invertir en estrategias e intervenciones basadas en evidencia que reduzcan los factores de riesgo de la violencia en todas sus formas y promuevan factores de protección, incluidas las intervenciones descritas en los marcos RESPETO e INSPIRE.
- Incorporar una perspectiva de género a lo largo del proceso de investigación de la violencia contra las mujeres indígenas y afrodescendientes, ya sea mediante metodologías cuantitativas, cualitativas o mixtas, que asegure la participación equitativa de mujeres y hombres.
- Incorporar las perspectivas de género, interseccionalidad, etnicidad, interculturalidad y multidisciplinariedad en la prevención de la discriminación contra las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos, y la lucha para hacerle frente, especialmente en el caso de las discriminaciones múltiples e interseccionales.

- Reconocer que las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos no solo experimentan violencia interpersonal o en el ámbito doméstico y de ciertas instituciones (escuela, salud, justicia), sino también pueden estar en riesgo de sufrir otros tipos de violencia —como la derivada del crimen organizado, el racismo, las políticas de asimilación, el colonialismo, los conflictos armados, el genocidio, entre otras— y, en consecuencia, requieren el desarrollo de marcos conceptuales y metodológicos que permitan su reconocimiento, la recopilación y el almacenamiento de datos, la descripción y el análisis desde un enfoque basado en los derechos humanos.
- Reconocer, en el caso de las niñas indígenas y afrodescendientes, que la investigación de la violencia debe partir de un concepto holístico de su desarrollo, que abarque el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social. Cabe destacar la importancia de las tradiciones y valores culturales de cada persona, particularmente en lo que se refiere a la protección y al desarrollo armonioso de los niños y las niñas.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer [documento CD54/9, Rev. 2]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-fortalecimiento-sistema-salud-para-abordar-violencia-contra>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 [documento CD57/13, Rev. 1]. 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>
3. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). Washington, D.C.: OEA; 1994. Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.
4. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. Nueva York: ONU-Mujeres; 2014. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>.
5. Organización Mundial de la Salud. Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington, D.C.: OPS; 2002. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf.
7. Lloréns JA. Etnicidad y censos: los conceptos básicos y sus aplicaciones. Bulletin de l'Institut français d'études andines. 2002;31(3)655-680. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/bifea.6802>.
8. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Adams JM. La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e34. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.34>.
9. Estado Plurinacional de Bolivia. Instituto Nacional de Estadística. Bases de datos encuestas sociales. Encuesta de prevalencia y características de la violencia contra las mujeres 2016. [fecha de consulta: 3 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/censos-y-banco-de-datos/censos/bases-de-datos-encuestas-sociales/>
10. Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Violencia de género. Encuesta de violencia contra las mujeres. Información estadística. Bases de datos - periodo vigente. Quito: INEC; 2019 [fecha de consulta: 3 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>.
11. Naciones Unidas. Declaración de los Derechos Humanos. Nueva York: Naciones Unidas; 1948 [fecha de consulta: 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
12. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño [resolución 1386 (XIV)]. Cuadragésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 15 de septiembre al 13 de diciembre de 1959. Nueva York: Naciones Unidas; 1959. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/ninez/pdf%20files/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o.pdf>
13. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Nueva York: Naciones Unidas; 1965. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cerd.aspx>.
14. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Ginebra: Naciones Unidas; 1979. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>.
15. Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y tribales en países independientes. Ginebra: OIT; 1989. Disponible en: https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169.
16. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas; 1989. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.
17. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Departamento de Información

Pública de las Naciones Unidas. Declaración y Programa de Acción de Viena. 20 años trabajando por tus derechos. Ginebra: ACNUDH, DIP; 2013. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf.

18. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: UNFPA; 1994. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf.
19. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: Una prioridad en salud pública [resolución WHA49.25]. 49.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 25 de mayo de 1996. Ginebra: OMS; 1996. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/203955>.
20. Organización Mundial de la Salud. La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia [resolución WHA57.11]. 57.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 17 al 22 de mayo del 2004. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/21848>.
21. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los Pueblos Indígenas en las Américas [resolución CD47.R18]. 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre del 2006. Washington, D.C.: OPS; 2006. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/366>.
22. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas [resolución A/RES/61/295]. 2007. Sexuagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 12 de septiembre del 2006 al 17 de septiembre del 2007. Nueva York: Naciones Unidas; 2007. Disponible en: https://www.un.org/esa/soc-dev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf.
23. Comisión Económica para América Latina. Consenso de Quito [documento DSC/1]. Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe; del 6 al 9 de agosto del 2007. Quito: CEPAL; 2007. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/consensodequito.pdf>.
24. Organización Panamericana de la Salud. La Salud y los Derechos Humanos [resolución CD50.R8]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010. Washington, D.C.: OPS; 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/426>.
25. Comisión Económica para América Latina. Consenso de Brasilia. Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe; del 13 al 16 de julio del 2010. Brasilia: CEPAL; 2010. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/consensobrasilia_esp_1.pdf.
26. Comisión Económica para América Latina. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe; del 12 al 15 de agosto del 2013. Montevideo: CEPAL; 2013. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7ff6776f-6537-4904-9336-298cbfbb263c/content>.
27. Comisión Económica para América Latina. Consenso de Santo Domingo [documento PLE.1-ES]. Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y El Caribe; del 15 al 18 de octubre del 2013. Santo Domingo: CEPAL; 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40450/1/Consenso_Santo_Domingo_es.pdf.
28. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Mujeres. Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). Declaración de Pachuca "Fortalecer los esfuerzos de prevención de la violencia contra las mujeres" [OEA/Ser.L/II.5.32, CIM/CD/doc.16/14 rev.3]. Comité Directivo 2013-2015, tercera sesión ordinaria; 16 de mayo del 2014. Pachuca: CIM; 2014. Disponible en: <https://www.oas.org/es/me-secvi/docs/DeclaracionPachuca-ES.pdf>.
29. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [resolución A/RES/70/1]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, cuarta sesión plenaria; 25 de septiembre del 2015. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf>.
30. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Nueva York: 2023. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>.
31. Organización de Estados Americanos. Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas [resolución AG/RES.2888 (XL VI-O/16)]. Cuadragésimo sexto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA. Washington, D.C.: OEA; 2016. Disponible en: <https://www.oas.org/es/sadye/documentos/res-2888-16-es.pdf>.
32. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud [resolución CSP29.R3]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre del 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34447/CSP29-7-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

33. Organización Panamericana de la Salud. INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33741>.
34. Organización Mundial de la Salud. RESPETO a las mujeres: prevención de la violencia contra las mujeres. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/337198>.
35. Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la violencia contra los niños mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y enfoques multisectoriales [resolución WHA74.17]. 74.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 24 al 31 de mayo del 2021. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R17-sp.pdf.
36. Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General núm. 39 (2022) sobre los Derechos de las mujeres y las Niñas Indígenas [CEDAW/C/CG/39]. Nueva York: 2022. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-recommendation-no39-2022-rights-indigeneous>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326381>.
38. Banco Mundial. Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/541651467999959129/pdf/Latinoam%C3%A9rica-ind%C3%ADgena-en-el-siglo-XXI-primer-a-d%C3%A9cada.pdf>.
39. Banco Mundial. Afrodescendientes en Latinoamérica: hacia un marco de inclusión. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2018. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/316161533724728187/pdf/129298-7-8-2018-17-30-51-Afrodescendientes-en-Latinoamerica.pdf>.
40. República de El Salvador. Gerencia de Estadísticas de Género. Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC. Encuesta nacional de violencia contra las mujeres 2017. El Salvador: Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC; 2017. Disponible en: <https://onec.bcr.gob.sv/observatorio.genero/docs/ENVCM%2017.pdf>.
41. Contreras-Urbina M, Bourassa A, Myers R, Ovince J, Rodney R, Bobbili S. Guyana women's health and life experiences survey report. Nueva York: ONU-Mujeres; 2018. Disponible en: <https://caribbean.unwomen.org/en/materials/publications/2019/11/guyana-womens-health-and-life-experiences-survey-report#view>.
42. Joseph J, Pemberton C, Phillip U. National women's health survey for Suriname. Final report. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/National-Women%E2%80%99s-Health-Survey-for-Suriname-en.pdf>.
43. Pemberton C, Joseph J, National women's health survey for Trinidad and Tobago. Final report. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2018. Disponible en: <https://cso.gov.tt/wp-content/uploads/2022/02/National-Womens-Health-Survey-for-Trinidad-and-Tobago.pdf>.
44. República del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Buenas cifras, mejores vidas. Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres (ENVIGMU). Boletín. Loja: INEC; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf.
45. República Oriental del Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. Informe general de resultados. Montevideo: INE; 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0nacional.pdf>.
46. Estados Unidos Mexicanos, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres: ENDIREH 2021. Ciudad de México: INEGI; 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463917236.pdf.
47. República de Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de violencia en contra de la mujer y violencia sexual. 2019. INE: República de Guatemala; 2020. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2021/01/04/20210104163955Y1KZ2HK3GnWnOvCP6IkZunmf8PIHYFSH.pdf>.
48. República de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, ICF International. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015. Informe Final. Guatemala: MSPAS, INE, ICF International; 2017. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR318/FR318.pdf>.
49. Álvarez Suárez M, Franco Suárez MC, Palmero García Y, Iglesias Rodríguez M, Díaz Medina Y. Encuesta nacional sobre igualdad de género. ENIG-2016. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba; 2018;9(3):132-134. Disponible en: <https://revistacuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/678>.
50. De León Richardson RG, Chamorro Mojica F, Flores Castro H, Mendoza Q AI; Martínez García L, Aparicio LE et al.

- Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2018. Disponible en: https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENASSER%202014-2015-%20version%2030%20abril_0.pdf.
51. República del Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES 2020. Lima: INEI; 2021. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/.
 52. España Cuéllar SN. La situación de las mujeres en Bolivia. Encuesta nacional de discriminación y exclusión social. Análisis estadístico. La Paz: Coordinadora de la Mujer, Oxfam, Conexión, AECCID, IDEA; 2014. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4261/426146435012.pdf>.
 53. Cotter A. Intimate partner violence in Canada, 2018: An overview. Ottawa: Statistics Canada; 2021. Disponible en: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00003-eng.htm>.
 54. Smith S, Chen J, Basile K, Gilbert L, Merrick M, Patel N et al. The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010-2012 State Report. Atlanta: Centro Nacional para el control y la Prevención de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2017. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/46305>.
 55. Comisión Económica para América Latina. Mujeres indígenas: nuevas protagonistas para nuevas políticas. Santiago de Chile: CEPAL; 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36779-mujeres-indigenas-nuevas-protagonistas-nuevas-politicas>.
 56. Forero Martínez LJ, Acero Álvarez AP. Algunos factores asociados a la violencia contra las mujeres indígenas, Colombia 2012-2013 (estudio exploratorio). Bogotá: Observatorio de Asuntos de Género; 2013. Disponible en: http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/Investigacion_indigena.pdf.
 57. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. PROFAMILIA. Encuesta nacional de demografía y salud. Tomo 1. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, PROFAMILIA; 2015. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>.
 58. Región Administrativa y de Planificación RAP Pacífico. Voces del Pacífico Cuarta Sesión 8 de octubre de 2020. Reflexiones en tiempos de pandemia: un modelo diferencial de atención en salud. ali: RAP Pacífico; 2020. Disponible en: <https://rap-pacifico.gov.co/wp-content/uploads/2020/09/Voces-Paci%CC%81fico-4-insumo.pdf>.
 59. Enlace Continental de mujeres indígenas de las Américas, Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ). Violencia y mujeres indígenas. Lima: ECMA, CHIRAPAQ; 2013. (Indígenas en Acción; 12). Disponible en: <https://www.bivica.org/files/violencia-mujeres-indigenas.pdf>.
 60. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL: Preocupa la persistencia de la violencia contra las mujeres y las niñas en la región y su máxima expresión, el feminicidio o femicidio. Santiago de Chile: CEPAL; 2020 [fecha de consulta: 24 de junio del 2024]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-preocupa-la-persistencia-la-violencia-mujeres-ninas-la-region-su-maxima-expresion#:~:text=Seg%C3%BAn%20los%20C3%BAltimos%20datos%20oficiales,18%20latinoamericanos%20y%206%20caribe%C3%B1os>.
 61. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Clasificación Internacional de delitos con fines estadísticos. Versión 1.0. Viena: UNDOC; 2015. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ICCS/ICCS_SPANISH_2016_web.pdf.
 62. República Argentina, Corte Suprema de Justicia de la Nación. Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina. Edición 2020. Corte Suprema de Justicia de la Nación: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2021. Disponible en: <https://www.csjn.gov.ar/omrecopilacion/docs/informefemicidios2020.pdf>.
 63. República Federativa del Brasil, Ministerio de Economía, Instituto de Investigación Económica Aplicada. Atlas da Violência 2020. Principais resultados. Brasília: IPEA; 2020. Disponible en: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>.
 64. República de Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Boletín Epidemiológico. Violencia de género en grupos étnicos. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2019. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/355927/Violencia+Genero+Grupos+Etnicos.pdf/dc708b04-1a49-1ff7-a93b-bb7acded9f62>.
 65. Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades. WISQARDS National Violent Death Reporting System (NVDRS). NVDRS Violent Deaths Report. Atlanta: CDC; 2020 [fecha de consulta: 23 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://wisqars.cdc.gov/nvdrs/>.
 66. Zavala-Zegarra D, Bezares-Salinas M, Santiago-Torres M, Carrasquillo-Sánchez G, Martínez-Sánchez T. Muertes Violentas en Puerto Rico, 2017. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico; 2020. Disponible en: https://estadisticas.pr/files/PRVDRS/Informe-Muertes-Violentas-2017_2020-0710-CEE_0.pdf.

67. Corte Suprema de Justicia de la Nación de la República Argentina. Oficina de la Mujer. Protocolo para la detección de causas judiciales de femicidio y la construcción del registro nacional de femicidios (RNFJA) – OM-CSJN: Edición 2023. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corte Suprema de Justicia de la Nación; 2023. Disponible en: <https://om.cs-jn.gob.ar/consultaTalleresWeb/public/documentoConsulta/verDocumentoById?idDocumento=75>.
68. Comisión Interamericana de Mujeres. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Ley Modelo interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la muerte violenta de mujeres (femicidio/feminicidio). 2018 en Washington, DC: MESECVI; 2018. Disponible en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/leymodelofemicidio-es.pdf>.
69. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual: manual para gerentes de salud. Washington, DC: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52483>.
70. República del Perú, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Portal estadístico. Programa Nacional Aurora. Bases de datos del registro de casos del Centro de Emergencia Mujer. Año 2020. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2020 [fecha de consulta: 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/bases-de-datos-2020/>.
71. Incháustegui Romero T, Olivares Ferreto E. Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género. Ciudad de México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres; 2011. Disponible en: <http://ce-doc.inmujeres.gob.mx/lgamv/MoDecoFinalPDF.pdf>.
72. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas. Washington, D.C.: CIDH; 2017. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mujeresindigenas.pdf>.
73. Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. Hay futuro si hay verdad: informe final. Bogotá: Comisión de la Verdad de Colombia; 2022. Disponible en: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2022/06/report/hay-futuro-si-hay-verdad-informe-final/Informe-Final.pdf>.
74. Watson-Singleton NN, Florez IA, Clunie AM, Silverman, AL, Dunn SE, Kaslow NJ. Psychosocial mediators between intimate partner violence and alcohol abuse in low-income African American women. *Violence Against Women*. 2020;26(9):915-934. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801219850331>.
75. Lacey KK, Mouzon DM. Severe physical intimate partner violence and the mental and physical health of U.S. Caribbean Black Women. *Journal of Women's Health*. 2016;25(9):920-929. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5293>.
76. Paz Ramírez M. Mujeres guaraníes, violencia sexual y búsqueda de justicia. *Tinkazos. Revista Boliviana de Ciencias Sociales*. 2016;19(39). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426146435004>.
77. Fulchiron A. La violencia sexual como genocidio. Memoria de las mujeres mayas sobrevivientes de violación sexual durante el conflicto armado en Guatemala. *Rev Mex Cienc Polit Soc* 2016;61(228):391-422. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182016000300391.
78. Briceño-León R, Perdomo G. Violence against indigenous children and adolescents in Venezuela. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(3):e00084718. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084718>.
79. Tutty LM, Radtke HL, Ateah CA, Ursel EJ, Thurston, WEB, Hampton M et al. The Complexities of intimate partner violence: mental health, disabilities, and child abuse history for white, indigenous, and other visible minority Canadian women. *J Interpers Violence*. 2021;36(3-4):1208-1232. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260517741210>.
80. Azziz-Baumgartner E, McKeown L, Melvin P, Dang Q, Reed J. Rates of femicide in women of different races, ethnicities, and places of birth: Massachusetts, 1993-2007. *J Interpers Violence*. 2011;26(5):1077-1090. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260510365856>.
81. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Estudio sobre la incidencia de la violencia contra las mujeres y las niñas Indígenas teniendo presente lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 22 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas [documento E/C.19/2013/9]. 12.º período de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas; del 20 al 31 de mayo del 2013. Nueva York: Naciones Unidas; 2013. Disponible en <https://documents.un.org/access.nsf/get?OpenAgent&DS=E/C.19/2013/9&Lang=S>.
82. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. El caso Sepur Zarco: las mujeres guatemaltecas que exigieron justicia en una nación destrozada por la guerra. Nueva York: ONU-Mujeres; 2018 [fecha de consulta: 24 de junio del 2024]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2018/10/feature-sepur-zarco-case>.

Apéndices

Apéndice A. Forma de medir la pertenencia a grupos étnicos en las encuestas de violencia contra las mujeres incluidas en el informe, por país

País	Distribución por grupos étnicos ^a		Forma de medición de la pertenencia a grupos étnicos en las encuestas ^b
	Indígena	Afrodescendiente	
Argentina	X		Pertenece o es descendiente de algún Pueblo Indígena.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X		Pertenece a algún Pueblo Indígena.
Canadá	X		Por identidad (indígena, no indígena) y por grupos etnoculturales.
Cuba		X	Raza: "¿Cuál es su color de piel?". Se establecen las siguientes opciones: blanca, negra y mestiza.
Ecuador	X		Autoidentificación étnica. Se establecen las siguientes opciones: indígena, afrodescendiente, negra, mulata, montubia, mestiza, blanca, otra.
El Salvador	X	X	Autodeterminación étnica. Se establecen las siguientes opciones: indígena, afrodescendiente y mestiza.
Estados Unidos de América	X		Autoidentificación racial. Se establecen las siguientes opciones: hispanos y no hispanos (negros, blancos, asiáticos o islas del Pacífico, indios americanos o nativos de Alaska, multirracial).
Guatemala	X		Autoidentificación indígena y no indígena.
Guyana	X	X	Raza o grupo étnico al que pertenece. Se establecen las siguientes opciones: afro, indias orientales, indígenas/ otros, mezclada.

México	X		Se considera que una mujer es indígena si habla una lengua indígena o pertenece a un hogar indígena, que es aquel donde el jefe o la jefa del hogar, su cónyuge o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo/a, bisabuelo/a, tatarabuelo/a) del jefe o su cónyuge hablan una lengua indígena.
Panamá	X	X	Grupo étnico o racial al que pertenece. Se establecen las siguientes opciones: grupos originarios (ngöbe-buglé, guna, emberá, wounaan, naso, bri bi); afrodescendientes (negro colonial, negro antillano, negro general) y otro.
Perú	X		Autoidentificación étnica. Se establecen las siguientes opciones: origen nativo, negro, moreno, zambo, blanco, mestizo, otro/no sabe.
Suriname		X	Raza o grupo étnico al que pertenece. Se establecen las siguientes opciones: afro, indias orientales, maroon, amerindios/indígenas, javaneses, chinos, caucásicos mixta, otra, no responde.
Trinidad y Tabago		X	Raza o grupo étnico al que pertenece. Se establecen las siguientes opciones: africano, caucásico, chino, indios orientales, indígenas, mixta (africanos e indios del este), mezclado/otras, libaneses, otras, no responde
Uruguay		X	Ascendencia. Se establecen las siguientes opciones: afro o negra, asiática o amarilla, blanca, indígena, otra.

Notas:

a A partir de la información del último censo de cada país se establece si la proporción porcentual es mayor en el caso de los Pueblos Indígenas o de los afrodescendientes.

b Información extraída del cuestionario.

Apéndice B. Características de las encuestas nacionales sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres con datos desglosados por grupos étnicos incluidas en el informe, por país y año

País, año	Encuesta	Población de referencia (edad en años)					Tipos de violencia				Período de referencia	
		Mayor de 15	Mayor de 18	15 a 49	15 a 64	15 a 74/75	Física	Sexual	Psicológica y verbal	Otras	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2013/2014	Encuesta nacional de discriminación y exclusión social					✓	✓	✓	✓		✓	
Canadá, 2018	Encuesta de seguridad en espacios públicos y privados	✓					✓	✓			✓	
Cuba, 2016	Encuesta nacional sobre igualdad de género					✓	NE	NE	NE			✓
Ecuador, 2019	Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres	✓					NE	NE	NE	Violencia ginecobs-tétrica	✓	✓
El Salvador, 2017	Encuesta nacional de violencia contra las mujeres	✓					NE	NE	NE		✓	✓
Estados Unidos de América, 2010-2012	Encuesta nacional sobre violencia sexual y de pareja		✓				✓	✓		Victimización por acoso	✓	✓

País, año	Encuesta	Población de referencia (edad en años)					Tipos de violencia				Período de referencia	
		Mayor de 15	Mayor de 18	15 a 49	15 a 64	15 a 74/75	Física	Sexual	Psicológica y verbal	Otras	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Guatemala, 2014-2015	VI Encuesta nacional de salud materno infantil	✓					✓	✓	✓	Violencia física durante el embarazo	✓	✓
Guyana, 2018	Experiencia de vida y salud de la mujer				✓		✓	✓	✓	Económica	✓	✓
México, 2016	Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares	✓					✓	✓	✓	· Económica · Patrimonial · Maltrato obstétrico	✓	✓
Panamá, 2014-2015	Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva			✓			✓	✓		Violencia física durante el embarazo	✓	✓
Perú, 2020	Encuesta demográfica y de salud familiar			✓			✓	✓	✓		✓	✓
Suriname, 2018	Encuesta nacional de salud de la mujer				✓		✓	✓	✓		✓	✓
Trinidad y Tabago, 2017	Encuesta nacional de salud de la mujer				✓		✓	✓	✓		✓	✓
Uruguay, 2019	Segunda Encuesta nacional sobre prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones	✓					NE	NE	NE	Violencia ginecobs-tétrica	✓	✓

NE: no especificado en los datos de prevalencia desglosados por grupos étnicos.

Apéndice C. Análisis de la prevalencia de las mujeres indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos en la Región de las Américas

Cuadro C.1. Prevalencia de la violencia física y sexual ejercida por la pareja actual o anterior, por condición étnico-racial, país y año

País, año	Grupo étnico	Violencia física				Violencia sexual				Total (no ponderado)
		A lo largo de la vida		En los últimos 12 meses		A lo largo de la vida		En los últimos 12 meses		
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Canadá, 2018 ^a	Indígena	41,7		ND		21,2		ND		ND
	No Indígena	22,3		ND		11,1		ND		ND
Guatemala, 2014-2015 ^b	Indígena	17,8	16,3-19,3	ND		4,9	4,1-5,7	ND		2624
	No indígena	17,0	15,7-18,2	ND		5,4	4,6-6,2	ND		3114
Guyana, 2018 ^b	Indígena / otra	33,0	25,6-40,4	11,0	6,1-15,9	13,0	7,7-18,3	5,0	1,6-8,4	157
	Africanas	35,0	30,2-39,8	7,0	4,4-9,6	15,0	11,4-18,6	3,0	1,3-4,7	378
	Indias orientales	32,0	27,9-36,1	9,0	6,5-11,5	12,0	9,1-14,9	2,0	0,8-3,2	496
	Mezcladas	41,0	35,9-46,1	12,0	8,6-15,4	16,0	12,2-19,8	6,0	3,5-8,5	360
México, 2016 ^b	Indígena	23,7	22,8-24,6	ND		8,3	7,7-8,9	ND		7728
	No Indígena	17,6	17,4-17,8	ND		6,5	6,3-6,7	ND		98 490
Perú, 2020 ^b	Indígena	ND		9		ND		2,7		ND
	Negra, morena, zamba	ND		7,2		ND		1,8		ND
	Mestiza	ND		8,3		ND		1,6		ND
	Blanca	ND		7,9		ND		0,9		ND
Suriname, 2018 ^b	Africana	34,0	27,4-40,6	1,5	0,0-3,2	13,0	8,3-17,7	2,2	0,2-4,2	198
	Indostán	27,6	23,2-32,0	3,7	1,8-5,6	14,3	10,8-17,8	2,7	1,1-4,3	392
	Maroon	26,1	20,6-31,6	5,3	2,5-8,1	14,6	10,2-19,0	3,7	1,3-6,1	244
	Javanés	19,6	14,7-24,5	3,6	1,3-5,9	12,0	8,0-16,0	1,3	0,0-2,7	254
	Mezclada	22,8	17,4-28,2	3,4	1,1-5,7	15,3	10,7-19,9	5,2	2,3-8,1	233
	Otra	30,4	17,8-43,0	7,0	0,0-14,0	10,1	1,8-18,4	2,0	0,0-5,8	51
Trinidad y Tabago, 2017 ^b	Africanas	30,3	26,0-34,6	5,2	3,1-7,3	12,6	9,5-15,7	0,9	0,0-1,8	446
	Indias orientales	27,6	22,9-32,3	5,3	2,9-7,7	8,8	5,8-11,8	0,6	0,0-1,4	341
	Mezclada	23,7	16,9-30,5	1,3	0,0-3,1	15,8	10,0-21,6	2,6	0,0-5,1	151
	Otra	26,5	16,6-36,4	6,6	1,0-12,2	6	0,7-11,3	0,7	0,0-2,6	76

Estos son ejemplos de datos disponibles en los países, los datos no son comparables entre países.

IC: intervalo de confianza; N: números naturales; ND: no disponible.

Notas:

- a Se refiere a la violencia desde los 15 años.
- b Se indaga por pareja actual, última o anterior.

Cuadro C.2. Prevalencia de la violencia física y sexual ejercida por personas distintas a la pareja, por condición étnico-racial, país y año

País, año	Grupo étnico	Violencia física				Violencia sexual				Total (no ponderado)
		A lo largo de la vida		En los últimos 12 meses		A lo largo de la vida		En los últimos 12 meses		
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2013-2014 ^a	Indígena	55,1	52,7-57,5	ND		19,8		ND		1690
	No indígena	44,9	41,7-48,1	ND		12,8		ND		923
Canadá, 2018 ^b	Indígena	42,7		ND		43,2		ND		ND
	No indígena	25,6		ND		29,9		ND		ND
Estados Unidos, 2010-2012 ^c	Indias americanas o de Alaska	ND		ND		28,9	21,3-37,9	EE >30		ND
	Negra	ND		ND		20,7	18,5-23,2	1,8	1,2-2,7	ND
	Blanca	ND		ND		19,9	18,0-20,9	1,0	0,8-1,3	ND
	Isla asiática o pacífica	ND		ND		9,5	6,3-14,1	EE >30		ND
	Hispana	ND		ND		15,0	12,8-17,6	1,8	1,0-3,1	ND
	Multirracial	ND		ND		31,8	26,5-37,5	EE >30		ND
Guatemala, 2014-2015 ^d	Indígena	19,2	18,0-20,4	5,3		6,8	6,0-7,6	2,0	1,6-2,4	3956
	No indígena	20,4	12,9-21,6	5,0		9,8	8,9-10,7	1,9	1,5-2,3	4639
Guyana, 2018 ^e	indígena/otra	ND		ND		21,0	14,9-27,1	ND		174
	Africana	ND		ND		19,0	15,2-22,8	ND		406
	Indias orientales	ND		ND		7,0	4,8-9,2	ND		533
	Mezclada	ND		ND		22,0	17,9-26,1	ND		385
Panamá, 2014-2015 ^f	Indígena	4,8	4,6-5,0	8,3		8,4	8,2-8,6	ND		63 055
	No indígena	7,0	6,9-7,1	4,0		4,5	4,5-4,5	ND		903 806

Estos son ejemplos de datos disponibles en los países, los datos no son comparables entre países.

IC: intervalo de confianza, EE: error estándar, N: números naturales, ND: no disponible.

Notas:

a La población de referencia es la constituida por mujeres de 15 a 75 años.

b Se refiere a la violencia desde los 15 años.

c Se incluye solo la violación.

d La población de referencia es la constituida por mujeres de 15 a 49 años; en la prevalencia de la violencia física a lo largo del tiempo se consideró la información desde los 15 años; en los últimos 12 meses únicamente se incluyó la frecuencia "algunas/raras veces".

e Incluye todo tipo de violencia sexual.

f En el grupo "no indígena" solo se incluyen datos de la zona urbana.

Cuadro C.3.: Prevalencia de la violencia contra las mujeres en ámbitos educativos, laborales y sociales, por condición étnico-racial, país y año

País, año	Grupo étnico	Ámbito educativo						Ámbito laboral						Ámbito social				Total (no ponderado)
		A lo largo de la vida			En los últimos 12 meses			A lo largo de la vida			En los últimos 12 meses			A lo largo de la vida		En los últimos 12 meses		
		%	N	IC95%	%	N	IC95%	%	N	IC95%	%	N	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Ecuador, 2019	Afro	21,9	182	17,8-26,0	CV >15%			21,4	76	17,4-25,4	CV >15%			33,7	29,0-38,4	14,5	11,0-18,0	395
	Indígena	21,0	1107	19,3-22,7	CV >15%			CV >15%	288		CV >15%			20,2	18,5-21,9	7,0	5,9-8,1	2112
	Mestiza	19,2	7662	18,5-19,9	CV >15%			20,6	2854	19,9-21,3	CV >15%			33,7	32,9-34,5	14,2	13,6-14,8	13 689
	Montubia	14,8	234	11,3-18,3	CV >15%			CV >15%	86		CV >15%			26,6	22,2-31,0	CV >15%		385
	Otra	18,7	20	5,0-32,4	CV >15%			CV >15%	9		CV >15%			37,0	20,0-54,0	CV >15%		31
México, 2016 ^a	Indígena	24,5	6161	23,6-25,4	10,0	628	9,3-10,7	15,2	4261	14,4-16,0	8,6	2244	8,0-9,2	20,5	19,6-21,4	10,9	10,2-11,6	8150
	No indígena	25,3	96-122	25,0-25,6	17,7	12.997	17,5-17,9	16,6	75-058	16,4-16,8	10,3	44-566	10,0-10,6	39,9	39,6-40,2	24,1	23,8-24,4	103-100
Uruguay, 2019	Afro	18,6	ND	ND	10,0	ND	ND	24,0	ND	ND	9,9	ND	ND	62,9	ND	26,2	ND	ND
	No afro	12,5	ND	ND	8,8	ND	ND	16,9	ND	ND	8,3	ND	ND	52,9	ND	20,2	ND	ND

Estos son ejemplos de datos disponibles en los países, los datos no son comparables entre países.

CV: coeficiente de variación, IC: intervalo de confianza, N: números naturales, ND: no disponible.

Notas:

a El ámbito social se define como ámbito comunitario.

Cuadro C.4. Prevalencia total de la violencia contra las mujeres, por condición étnico-racial, país y año

País, año	Grupo étnico	Algún tipo de violencia				Total (no ponderado)
		A lo largo de la vida		En los últimos 12 meses		
		%	IC95%	%	IC95%	
Cuba, 2016 ^a	Negra	ND	ND	26,8	ND	ND
	Mestiza	ND	ND	28,2	ND	ND
	Blanca	ND	ND	26,1	ND	ND
Ecuador, 2019	Afro	71,8	67,4-76,2	40,8	36,0-45,6	395
	Indígena	64,0	62,0-66,0	26,1	24,2-28,0	2112
	Mestiza	65,1	64,3-65,9	31,9	31,1-32,7	13 689
	Montubia	58,4	53,5-63,3	29,1	24,6-33,6	385
	Otra	61,6	44,5-78,7	29,8	13,7-45,9	31
El Salvador, 2017	Indígena	67,6	61,5-73,7	26,6	20,8-32,4	223
	Afrodescendiente	75,3	64,4-86,2	43,6	31,3-56,1	60
	Mestiza	67,2	65,5-68,9	34,1	32,4-35,8	3013

Estos son ejemplos de datos disponibles en los países, los datos no son comparables entre países.

IC: intervalo de confianza, N: números naturales, ND: no disponible.

Notas:

^a Comprende a las mujeres de 15 a 74 años.

Apéndice D. Síntesis de la bibliografía sobre factores de riesgo, consecuencias de la violencia y uso de servicios en las mujeres por grupo étnico en la Región de las Américas

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Tutty LM, Radtke HL, Ateah CA, Ursel EJ, Thurston WEB, Hampton M et al. (2021) ¹	Canadá (provincias occidentales: Alberta, Saskatchewan y Manitoba)	Mujeres indígenas, blancas y minoría visible	Longitudinal	El historial de cualquier abuso sexual en la infancia fue mayor en las mujeres indígenas (61,9%, $p < 0,05$). En la escala compuesta de maltrato emocional y la escala compuesta de maltrato físico, las Indígenas se clasificaron por encima del promedio, lo cual evidenció un mayor maltrato emocional y físico en la violencia de pareja.
Edeby A, San Sebastián M (2021) ²	Ecuador	Mujeres indígenas, afroecuatorianas, mulatas, montubias, mestizas, blancas y otras	Transversal	En las mujeres afroecuatorianas, mulatas y montubias, el riesgo de sufrir violencia sexual fue 10 veces mayor en comparación con las indígenas (ORaj = 10,15; IC 95%: 4,62-15,68). En mujeres residentes en zonas urbanas, el riesgo de sufrir violencia fue 6 veces mayor que en las mujeres de las zonas rurales (ORaj = 5,85; IC 95%: 2,98 - 8,72).
Lacey KK, Shahid HR, Jeremiah RD (2021) ³	Estados Unidos	Mujeres afroamericanas, negras caribeñas, blancas no hispanas	Transversal	La tasa de maltrato infantil en las mujeres negras (afroamericanas y negras caribeñas) fue mayor en quienes habían denunciado alguna vez violencia de pareja (13,5%) frente a quienes no lo habían hecho (3,9%) ($p < 0,05$). En las mujeres que presenciaron violencia en el hogar cuando eran niñas, la violencia física grave por parte de la pareja fue casi el doble que en las que no la habían presenciado (36,3% vs. 17,6%, $p < 0,05$). La probabilidad de ser objeto de violencia física grave por parte de la pareja en las mujeres que vivían en la pobreza era casi 2 veces mayor que en aquellas que vivían por encima del umbral de la pobreza (ORaj = 1,77; IC 95%: 1,13 - 2,77).
Watson- Singleton NN, Florez IA, Clunie AM, Silverman, AL, Dunn SE, Kaslow NJ (2020) ⁴	Estados Unidos	Mujeres afroamericanas	Transversal	La violencia física de pareja y otros tipos de violencia se asociaron con el abuso de alcohol, problemas económicos, vergüenza social, apoyo social escaso y miedo a sufrir daños. El abuso de alcohol se relacionó con un apoyo social deficiente ($p < 0,05$).

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Briceño-León R, Perdomo G (2019) ⁵	República Bolivariana de Venezuela	Mujeres indígenas	Mixto: se utilizaron tres fuentes secundarias (Encuesta de Condiciones de Vida [ENCOVI], informes del Observatorio Venezolano de Violencia e informes periodísticos) y, como fuentes primarias, entrevistas con actores clave	En la República Bolivariana de Venezuela, en el 2017, la tasa promedio de muertes violentas era de 89,8 por cada 100 000 habitantes. De los tres estados con mayor porcentaje de población indígena, solo Amazonas superó la tasa promedio nacional, con 96,8 homicidios por cada 100 000 habitantes. La violencia sexual ha sido una práctica tradicional; el intercambio de mujeres se ha empleado como forma de establecer alianzas y relaciones sociales, práctica posiblemente ligada a las reglas de la exogamia que se ha transformado en la trata de niñas y adolescentes, y en la prostitución forzada con el aval de los padres.
Holliday CN, Miller E, Decker MR, Burke JG, Documet PI, Borrero SB et al. (2018) ⁶	Estados Unidos (Pensilvania)	Mujeres negras no hispanas, mujeres blancas no hispanas	Cualitativa, entrevistas semiestructuradas con enfoque narrativo de historia de vida	La coerción reproductiva por parte de la pareja comprendió el uso de preservativos y su manipulación, y la interferencia en el uso de anticonceptivos con el objeto de embarazar a la mujer en contra de sus deseos. La coerción fue más común en los relatos de las mujeres negras, presente en el 60%, en comparación con el 24% de las mujeres blancas. La coerción reproductiva y sexual entre las mujeres blancas a menudo se refería a relaciones sexuales forzadas y bajo presión, y al temor de dejar a la pareja por los efectos que ello pudiese tener en la crianza de sus hijos. Las parejas masculinas de mujeres negras eran más propensas a engañarlas sobre el uso de preservativos, o simplemente rechazarlos o quitárselos durante el coito, para intentar embarazar a su pareja en contra de sus deseos.
Preiser B, Assari S (2017) ⁷	Estados Unidos	Mujeres afroamericanas, hispanas	De cohorte longitudinal	Alrededor del 5% de las mujeres indicaron haber experimentado violencia física de pareja, y entre el 2 y el 3%, algún grado de violencia sexual. En las mujeres negras, la depresión en la pareja masculina aumentó el riesgo de violencia sexual ($p < 0,05$).
Lipsky S, Kernic M, Qiu Q, Hasin D (2016) ⁸	Estados Unidos	Mujeres negras no hispanas, blancas no hispanas y mujeres hispanas	Transversal	Las mujeres negras e hispanas fueron más propensas a sufrir violencia de género traumática y otras formas de violencia interpersonal ($p < 0,05$). La presencia de estrés postraumático se asoció con antecedentes de violencia de pareja y agresión sexual. En las mujeres negras no hispanas se encontró un riesgo 4 veces mayor de desarrollar trastorno de estrés postraumático (ORaj = 3,72, IC 95%: 2,26 – 6,14), riesgo que fue mayor en las mujeres blancas no hispanas (ORaj = 5,03, IC 95%: 3,41 – 7,41). El haber sufrido depresión grave y violencia de pareja, así como algún trauma infantil aumentaron la probabilidad de sufrir trastorno de estrés postraumático.

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Cheng, TT, Lo CC (2016) ⁹	Estados Unidos	Mujeres afroamericanas	Transversal	Solo el 20,1% de las mujeres le comentó a algún amigo, amiga o familiar que había sido sobreviviente de violencia de pareja; el 4,8% se lo comunicó a profesionales de la salud mental y el 3,9%, al personal médico. Entre las sobrevivientes de violencia de pareja, el 42,0% consumían alcohol dos o menos días a la semana, porcentaje que, entre sus parejas, ascendía al 74,1% .
Lacey KK, West CM, Matusko N, Jackson JS (2016) ¹	Estados Unidos	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y africanas del Caribe)	Transversal	El 17,9% de las mujeres afroamericanas fueron sobrevivientes de violencia de pareja; esta prevalencia fue menor entre las mujeres negras del Caribe (12,0%). En las mujeres afroamericanas y negras del Caribe, las tasas de violencia física grave ejercida por la pareja fueron más altas en las mujeres sin educación secundaria, las mujeres que recibían menos ingresos y las que no eran propietarias de una vivienda. El desempleo también se ha asociado con tasas de violencia más altas.
Fulchiron A (2016) ¹¹	Guatemala	Mujeres indígenas mayas (q'eqchi', mam, chuj, y kaqchikel) sobrevivientes de violaciones sexuales durante el conflicto armado interno en Guatemala (1960-1996)	Cualitativa, se utilizó como fuente secundaria una revisión histórica y como fuente primaria historias de vida	La violación sexual fue una práctica generalizada y sistemática por parte de agentes del Estado en el marco de la estrategia contrainsurgente. Este tipo de violencia fue el <i>modus operandi</i> en el contexto de las masacres que se llevaron a cabo principalmente en zonas rurales e indígenas del país. Se documentaron violaciones múltiples, colectivas y públicas como acto inaugural de las masacres, violaciones de mujeres en sus casas frente a sus familiares. La política de guerra se sustentó en un sistema ideológico colonial sexista, racista y clasista que ya existía en el sustrato social guatemalteco y que históricamente ha deshumanizado a las mujeres mayas calificándolas como inútiles, desechables, animales, sirvientas y peligrosas. A través de la imagen de la "sirvienta", las mujeres mayas han sido convertidas en cuerpos u objetos al servicio doméstico y sexual de cualquier hombre desde la colonia. Las violaciones de las mujeres kaqchikeles de Chimaltenangos ocurrieron en sus casas, en ausencia de sus esposos; las viudas q'eqchi'és del Polochic fueron esclavizadas sexualmente en los destacamentos militares que durante años ocuparon sus comunidades.

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Briseño-Maas ML, Bautista-Martínez E (2016) ¹²	México (estado de Oaxaca)	Actores clave del Estado y organizaciones de la sociedad civil	Mixto: se utilizaron dos fuentes secundarias (la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH] e informes de organizaciones de la sociedad civil) y, como fuentes primarias, grupos focales y entrevistas a actores clave gubernamentales	Ante los vacíos de información, se realizó una aproximación a las “cifras negras” u ocultas a partir de datos provenientes de ciudadanos, actores clave de instituciones gubernamentales e integrantes de organizaciones de la sociedad civil. La violencia se inicia en los hogares como un asunto íntimo, pero se extiende a otros ámbitos de la vida cotidiana y, como consecuencia, a otros integrantes de la familia, siempre en contextos de desigualdad y marginación. Por ello, se asume que existe una estrecha relación entre la pobreza, la desigualdad y la violencia de género en las mujeres indígenas del estado de Oaxaca. Se detectaron obstáculos institucionales para la denuncia, como la falta de sensibilización, de traductores y de personal capacitado.
Paz Ramírez M (2016) ¹³	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Mujeres indígenas guaraníes	Cualitativa. Se emplearon las siguientes fuentes secundarias: expedientes judiciales, cuadernos de investigación fiscal y el registro de denuncias de la Defensoría de la Niñez; y fuentes primarias: entrevistas, grupos focales y talleres comunales con mujeres	Se intenta comprender la violencia sexual en contextos culturales Indígenas. La falta de acceso a la tierra o el territorio de las mujeres guaraníes ha incidido en su autonomía, lo cual ha generado violencia patriarcal. Las condiciones de vulnerabilidad, desprotección y sometimiento llevan a que la violencia se agudice. La pobreza está relacionada con la desigualdad social, la dominación de clase y la discriminación, y se manifiesta en explotación, maltrato y engaño en las relaciones laborales. Aunque no existen datos sobre la violencia sexual contra niñas y mujeres en el contexto del trabajo doméstico, algunos casos emblemáticos evidencian el problema. El acceso a los servicios de justicia ha estado condicionado a procesos de capacitación para dotar a las mujeres de mayores conocimientos. Sin embargo, no todas las mujeres tienen esta oportunidad, aquellas que han asumido cargos directivos tienen mayor acceso a los conocimientos y mayores destrezas en la capacidad de agencia social y gestión de la justicia. Los testimonios de las mujeres hacen alusión constante al hecho de que “son guaraníes” y a la diferencia de trato que reciben por parte de operadores de la justicia. El miedo provoca en muchos casos que las mujeres no pregunten, no reclamen, no expresen su sentir y sus problemas.

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Baboolal AA (2016) ¹⁴	Estados Unidos (Richmond Hill, Queens)	Mujeres indocaribeñas (con ascendencia india de Trinidad, Guyana u otra nación caribeña, o descendientes de exsirvientes indios del Caribe) y estadounidenses (ciudad de Nueva York, distrito de Queens)	Cualitativa	<p>Las mujeres fueron aisladas de sus familias debido a acusaciones de maltrato hacia sus cónyuges; mientras los esposos ganaban simpatía, las esposas se convertían en marginadas. Buscar ayuda era en sí mismo perjudicial para ellas. Algunas mujeres religiosas y tradicionales todavía creen que la violencia es normal, y es posible que las mujeres no hablen sobre el tema por temor a que sus esposos las golpeen. Existe un estigma en torno a las mujeres divorciadas, se las ve como carentes de un componente importante de sí mismas (esposo, familia, hijos o hijas), mientras que aquellos que respaldan la violencia se exaltan por mantener la unidad familiar. Parte del problema de la violencia de género dentro de la comunidad indocaribeña se relaciona con el silencio, la falta de diálogo por parte de los miembros de la comunidad, el silenciamiento de sobrevivientes y el aislamiento. La mayoría de las mujeres señalaron que no conocían ninguna organización que brindara servicios de apoyo a mujeres sobrevivientes de violencia sexual.</p> <p>Las mujeres inmigrantes sufren maltratos relacionados con su condición, que obstaculizan su capacidad para finalizar la relación con su pareja. Se las amenaza con deportarlas, con retirarles la documentación que se ha presentado para legalizar su condición, negarles el acceso a la documentación necesaria para los trámites de legalización u ocultar avisos de comparecencia ante el tribunal de inmigración, entre otras cuestiones. La tolerancia con respecto al alcohol también se señaló como uno de los factores que influyen en la violencia de los hombres contra las mujeres.</p>
Montalvo-Liendo N, Grogan-Kaylor A, Graham-Bermann S (2016) ¹⁵	Estados Unidos	Mujeres afroamericanas, latinas, blancas, birraciales (principalmente afroamericanas y blancas)	Transversal	<p>Las mujeres latinas tenían el doble de probabilidades de presentar síntomas de depresión grave (83%) que las mujeres afroamericanas (45%), birraciales (36%) y blancas (46%).</p>
Stockman JK, Hayashi H, Campbell JC (2015) ¹⁶	Estados Unidos (población nativa de Alaska, población asiática o isleña del Pacífico)	Mujeres afroamericanas y afrocaribeñas	Revisión bibliográfica	<p>En las mujeres afroamericanas, afrocaribeñas, hispanas o latinas y del sur de Asia, la violencia de pareja se asoció con resultados negativos de salud física, entre los que se incluyen patrones de alimentación desordenados, lesiones físicas (huesos rotos, lesiones faciales, lesiones en la cabeza) y mala percepción y salud en general. En las mujeres inmigrantes afroamericanas, latinas, indias americanas o nativas de Alaska y del sur de Asia, la violencia de pareja se asoció con varios trastornos de salud mental, como depresión, tendencias suicidas, trastorno de estrés postraumático, problemas de salud mental y trastornos del estado de ánimo. Finalmente, en las mujeres inmigrantes afroamericanas, latinas y del sur de Asia, se asoció con ardor al orinar, embarazos no deseados, irregularidad menstrual, así como la asunción de riesgos sexuales (múltiples parejas sexuales, uso inconsistente de preservativos) y, en consecuencia, una mayor probabilidad de infección por el VIH/sida.</p>

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Anderson JC, Stockman JK, Sabri B, Campbell DW, Campbell JC (2015) ¹⁷	Estados Unidos (Baltimore e Islas Vírgenes)	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Casos y controles	Las mujeres maltratadas de las Islas Vírgenes estadounidenses tenían un 43% menos de probabilidades de recurrir al Departamento de Emergencias (ORaj = 0,57, IC 95%: 0,41 – 0,78) que las mujeres de Baltimore. El consumo de drogas se asoció con hospitalizaciones (ORaj = 2,04, IC 95%: 1,22 – 3,43) y lesiones múltiples (ORaj = 2,15, IC 95%: 1,27 – 3,65), mientras que el empleo tuvo un efecto protector contra las lesiones múltiples (ORaj = 0,68, IC 95%: 0,50 – 0,93).
Lacey KK, Sears KP, Matusko N, Jackson JS (2015) ¹⁸	Estados Unidos	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Transversal	En las mujeres que experimentaron violencia física grave por parte de la pareja hubo mayor riesgo de sufrir algún tipo de trastorno del estado de ánimo (ORaj = 2,5, IC 95%: 2,00 – 3,22); episodios de depresión mayor (ORaj = 2,7, IC 95%: 2,10 – 3,44); distimia (ORaj = 3,4; IC 95%: 1,86 – 6,32); trastorno depresivo mayor (ORaj = 2,7; IC 95%: 2,10 – 3,44); trastorno bipolar (ORaj = 2,1; IC 95%: 1,19 – 3,70; ideas de suicidio (ORaj = 2,8, IC 95%: 2,13 – 3,79) e intentos de suicidio (ORaj = 3,4; IC 95%: 2,07 – 5,51). Asimismo, se asocia con algún tipo de trastorno por sustancias psicoactivas (ORaj = 4,5, IC 95%: 2,73 – 7,26); abuso de bebidas alcohólicas (ORaj = 4,9, IC 95%: 3,14 – 7,66); adicción al alcohol (ORaj = 5,1; IC 95%: 2,80 – 9,28); drogadicción (ORaj = 4,2, IC 95%: 2,24 – 7,70) y drogodependencia (ORaj = 6,6, IC 95%: 2,77 – 15,53). Las mujeres estadounidenses también eran vulnerables a algún tipo de trastorno alimentario (salvo a la anorexia) (ORaj = 1,9, IC 95%: 1,26 – 2,97), como la bulimia (ORaj = 2,9, IC 95%: 1,52 – 5,42) y los atracones (ORaj = 2,0, IC 95%: 1,28 – 2,99). En general, se encontró una asociación entre la violencia de pareja y la mala percepción de la salud física general (ORaj = 3,0, IC 95%: 1,97 – 4,71).
Lacey KK, Parnell R, Mouzon DM, Matusko N, Head D, Abelson JM et al. (2015) ¹⁹	Estados Unidos	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Transversal	Las mujeres que habían sufrido maltratos físicos graves por parte de la pareja tenían el doble de probabilidades de presentar un trastorno de ansiedad (ORaj = 2,46, IC 95%: 1,92 – 3,15). La probabilidad de sufrir un trastorno alimentario aumentaba casi 3 veces (ORaj = 2,69, IC 95%: 1,38 – 5,22) cuando las mujeres experimentaban discriminación cotidiana. La probabilidad de tener ideas de suicidio llegó casi a triplicarse (ORaj = 2,65, IC 95%: 1,86 – 3,75) en las sobrevivientes de violencia física grave en comparación con aquellas que no sufrían violencia.
Cavanaugh CE, Messing JT, Eyzarovitch E, Campbell JC (2015) ²⁰	Estados Unidos	Mujeres afroamericanas, latinas y europeas americanas	Transversal	Las mujeres latinas que recibían algún tipo de atención o apoyo por ser víctimas de violencia de pareja (servicios de refugio para violencia doméstica, órdenes de protección, atención en departamentos de emergencia de hospitales o asistencia de centros de llamadas al 911) eran más propensas a un comportamiento suicida ($p < 0,5$) en comparación con las afroamericanas y euroamericanas.

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Postmus J (2015) ²¹	Estados Unidos (Medio Oeste)	Mujeres caucásicas, afroamericanas y latinas.	Transversal	<p>Las mujeres caucásicas y afroamericanas eran más propensas a experimentar violencia física de pareja; sin embargo, en las caucásicas se señalaron más tipos de experiencias de maltrato ($p < 0,05$). Entre el 50 y el 68% de las mujeres latinas, caucásicas y afroamericanas tenían antecedentes de maltrato infantil. En las latinas se encontró el mayor porcentaje de violaciones (77%). En las mujeres caucásicas, la violencia física de pareja fue mayor en comparación con las afroamericanas y latinas ($p < 0,05$). El uso de servicios y apoyo sociales como trabajo, bonos para vivienda y readaptación profesional era más común en las mujeres afroamericanas ($p < 0,05$). Las mujeres caucásicas informaron sobre el uso de servicios profesionales en contraste con las mujeres afroamericanas y latinas. Más mujeres caucásicas recurrieron a asesoramiento profesional, medicamentos, grupos de apoyo, proveedores médicos o servicios legales y medicación psicotrópica ($p < 0,05$); las afroamericanas accedieron con más frecuencia a refugios para mujeres y hogares de paso.</p>
Lacey KK, Mouzon DM (2015) ²²	Estados Unidos	Mujeres negras caribeñas	Transversal	<p>En las mujeres negras caribeñas que indicaron haber experimentado violencia física grave por parte de la pareja, se encontró un nivel de educación universitaria menor e ingresos familiares más bajos. Los trastornos del estado de ánimo; los episodios de depresión mayor; el trastorno bipolar; todo tipo de ansiedad; el trastorno de estrés postraumático; el trastorno de angustia; el trastorno obsesivo compulsivo; el trastorno de ansiedad generalizada y la agorafobia fueron mayores en las mujeres con antecedentes de violencia física por parte de la pareja ($p < 0,05$). Del mismo modo, se detectaron prácticas como el abuso de alcohol y drogas, intentos e ideas de suicidio en mujeres con antecedentes de violencia física grave por parte de la pareja. Las mujeres con antecedentes de violencia tenían dos veces más probabilidades de presentar una enfermedad física (ORaj = 2,07, IC 95%: 1,02 – 4,19).</p>
Sabri B, Stockman JK, Campbell JC, O'Brien S, Campbell D, Callwood GB et al. (2014) ²³	Estados Unidos (Baltimore e Islas Vírgenes)	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Casos y controles	<p>El antecedente de convivencia con la pareja maltratadora aumentó la probabilidad de las mujeres de Baltimore de ser sobrevivientes de violencia letal (ORaj = 5,28, IC 95%: 1,33 – 20,99). El miedo a sus parejas se asoció con un aumento de la violencia letal (ORaj = 1,51; IC 95% 1,03 – 2,22). En las mujeres de las Islas Vírgenes, los problemas de salud mental aumentaron la probabilidad de sufrir violencia letal (ORaj = 1,55, IC 95%: 1,21 – 1,98). La gran mayoría de las mujeres no buscaron ningún tipo de ayuda a pesar de estar en situación de alto riesgo de violencia letal. En las mujeres que tenían órdenes de restricción u otra asistencia legal frente a sus parejas maltratadoras, el riesgo de violencia letal fue mayor (ORaj = 4,20, IC 95%: 2,38 – 7,40).</p>

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Stockman JK, Lucea MB, Bolyard R, Bertrand D, Callwood GB, Sharps PW et al. (2014) ²⁴	Estados Unidos (Baltimore e Islas Vírgenes)	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Casos y controles	Las mujeres que experimentaron maltrato psicológico por parte de la pareja a lo largo de la vida también sufrieron maltrato físico y sexual. El 7,5% de las mujeres de Baltimore indicaron que la violencia de pareja era aceptable en determinadas situaciones (el 11% de las mujeres maltratadas frente al 4% de las que nunca había sufrido maltrato; $p < 0,05$); en las mujeres de las Islas Vírgenes, el 21% manifestó haber aceptado personalmente el uso de violencia de pareja (el 28% de las mujeres maltratadas frente al 2% de las que nunca había sufrido maltrato; $p < 0,05$).
Stockman JK, Lucea MB, Draughon JE, Sabri B, Anderson JC, Bertrand D et al. (2013) ²⁵	Estados Unidos (Baltimore e Islas Vírgenes)	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Casos y controles	En Baltimore, las mujeres con una experiencia reciente de violencia de género manifestaron con mayor frecuencia tener hijos o hijas que las mujeres que no habían sufrido maltrato ($p < 0,05$). Las mujeres con una pareja que había tenido parejas sexuales concurrentes durante la relación tenían más probabilidades de sufrir violencia de pareja. Las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de las Islas Vírgenes se asociaron con la violencia de pareja (ORaj = 2,68, IC 95%: 1,25 – 5,72), al igual que se encontraron vínculos entre el uso de preservativos y los antecedentes de violencia de pareja.
Sabri B, Stockman JC, Bertrand D, Campbell D, Callwood GB, Campbell JC (2013) ²⁶	Estados Unidos (Baltimore e Islas Vírgenes)	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Casos y controles	Las experiencias de maltrato físico grave y maltrato psicológico aumentaron la probabilidad de feminicidio por parte de la pareja en las mujeres afroamericanas. En las afrocaribeñas, solo la gravedad del maltrato psicológico se asoció con un alto riesgo de feminicidio por la pareja (ORaj = 1,04, IC 95%: 1,02 – 1,05). Las mujeres con trastorno de estrés postraumático comórbido y depresión estaban expuestas a un alto riesgo de feminicidio por parte de su pareja (56,1% y 23,1%, respectivamente, $p < 0,05$).
Sabri B, Bolyard R, McFadgion AL, Stockman JK, Lucea MB, Callwood GB et al. (2013) ²⁷	Estados Unidos (Baltimore e Islas Vírgenes)	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Casos y controles	El 34,1% de las mujeres maltratadas informaron problemas de depresión; el 6%, problemas de estrés postraumático; y el 18%, problemas de depresión y trastorno de estrés postraumático concurrentes. Más de la mitad de las mujeres afroamericanas maltratadas con trastorno de estrés postraumático concurrente y problemas de depresión no utilizaron los servicios de salud mental para hacer frente a sus relaciones de maltrato ($p < 0,05$).
Carbone-Lopez K (2013) ²⁸	Estados Unidos	Mujeres blancas, negras, hispanas, asiáticas o de islas del Pacífico, indias americanas o nativas de Alaska y mixtas	Transversal	La violencia física de pareja fue mayor entre las parejas monorraciales de minorías étnicas que en las parejas monorraciales blancas ($p < 0,05$). Por su parte, las agresiones verbales como el control coercitivo fueron más frecuente entre las mujeres en las relaciones monorraciales e interraciales de minorías étnicas ($p < 0,05$). Se relacionó el hecho de que las mujeres tuviesen un nivel educativo superior con un aumento del riesgo de violencia emocional por parte de sus parejas.

Autores, año	Ubicación geográfica	Población	Tipo de estudio	Hallazgos principales
Lucea MB, Stockman JK, Mana-Ay M, Bertrand D; Callwood GB, Coverston CR et al. (2013) ²⁹	Estados Unidos (Baltimore e Islas Vírgenes)	Mujeres negras afroamericanas o afrocaribeñas, españolas o hispanoamericanas, de otra raza mixta con ascendencia africana	Casos y controles	<p>En la pareja, la violencia psicológica fue la más prevalente seguida por la combinación de violencia física y/o sexual. El 57% de las mujeres utilizaron algún servicio debido a la violencia ejercida por su pareja; el 41% accedió a la justicia penal; el 37% se lo contó a algún compañero o compañera de trabajo, un jefe, un consejero y/o alguien de la iglesia; el 18% utilizó la línea de violencia o un refugio para sobrevivientes, y el 13% recibió atención médica. Las mujeres de entre 35 y 44 años tenían casi tres veces más probabilidades de acceder a recursos médicos que las mujeres más jóvenes (ORaj = 2,65, IC 95%: 1,19 – 5,89); el estar empleadas reducía la probabilidad de utilizar recursos de atención médica (ORaj = 0,30, IC 95%: 0,16 – 0,56).</p> <p>Los trastornos de estrés postraumático y el ser sobreviviente de violencia física o sexual aumentaron la probabilidad de utilizar servicios comunitarios e institucionales; cuantos más tipos de violencia se ejercía sobre la mujer mayor era el uso de servicios. Las mujeres que sentían que sus comunidades eran más permisivas con la violencia de pareja tenían menos probabilidades de acceder a servicios de justicia penal (ORaj = 0,52, IC 95%: 0,31 – 0,87) y servicios de atención (ORaj = 0,53, IC 95%: 29 – 0,99).</p> <p>El desconocimiento de los servicios incide en su uso, y el no tener acceso disminuye la confianza en la respuesta estatal. De las mujeres que no buscaron ayuda, el 65% pensaba que no había refugios ni líneas telefónicas de emergencia disponibles. Las mujeres universitarias tenían casi cuatro veces más probabilidades que las mujeres con educación primaria de saber que había recursos de atención primaria disponibles.</p>
Lucea MB, Francis L, Sabri B, Campbell JC Campbell DW (2012) ³⁰	Estados Unidos (Baltimore e Islas Vírgenes)	Mujeres afrodescendientes (afroamericanas y afrocaribeñas)	Casos y controles	Una de cada dos mujeres maltratadas fueron víctimas de violencia física. Las mujeres maltratadas eran significativamente más propensas a informar patrones de trastornos de la conducta alimentaria (ORaj = 4,28, IC 95%: 1,78 – 10,34).
Holden KB, McKenzie R, Pruitt V, Aaron K, Hall S (2012) ³¹	Estados Unidos (condado de Richmond)	Indio americano/nativo de Alaska, asiático, afroamericano, multirracial, nativo de Hawái de las islas del Pacífico, blanco, hispano	Transversal	La depresión se asoció con la violencia de pareja durante el embarazo y después del parto ($p < 0,05$). El abuso de sustancias por parte de la pareja se señaló como un riesgo de violencia hacia la embarazada ($p < 0,05$).
Azziz-Baumgartner E, McKeown L, Melvin P, Dang Q, Reed J (2011) ³²	Estados Unidos (Massachusetts)	Mujeres asiáticas, negras, nativas americanas, blancas	Transversal	Las mujeres negras presentaron un mayor riesgo de morir por violencia de pareja (16,2 muertes por cada 1 000 000 de personas al año), seguidas de las americanas nativas (8,7 muertes por cada 1 000 000 de personas al año). Se determinó que los principales perpetradores eran los novios o esposos. Con relación al mecanismo, las mujeres blancas murieron con mayor frecuencia por heridas de arma de fuego y las mujeres negras, por cortes o perforaciones ($p < 0,05$).

IC: intervalo de confianza; ORaj: razón de posibilidades u *odds ratio* ajustada.

Fuentes:

- 1 Tutty LM, Radtke HL, Ateah CA, Ursel EJ, Thurston, WEB, Hampton M et al. The Complexities of Intimate Partner Violence: Mental Health, Disabilities, and Child Abuse History for White, Indigenous, and Other Visible Minority Canadian Women. *J Interpers Violence*. 2021;36(3-4):1208-1232. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260517741210>.
- 2 Edeby A, San Sebastián M. Prevalence and sociogeographical inequalities of violence against women in Ecuador: a cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2021;20(130):2-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01456-9>.
- 3 Lacey KK, Shahid HR, Jeremiah RD. Intimate partner violence and the role of child maltreatment and neighborhood violence: a retrospective study of African American and US Caribbean black women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2245. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052245>.
- 4 Watson-Singleton NN, Florez IA, Clunie AM, Silverman, AL, Dunn SE, Kaslow NJ. Psychosocial mediators between intimate partner violence and alcohol abuse in low-income African American women. *Violence Against Women*. 2020;26(9):915-934. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801219850331>.
- 5 Briceño-León R, Perdomo G. Violence against indigenous children and adolescents in Venezuela. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(3):e00084718. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084718>.
- 6 Holliday CN, Miller E, Decker MR, Burke JG, Documet PI, Borrero SB et al. Racial differences in pregnancy intention, reproductive coercion, and partner violence among family planning clients: a qualitative exploration. *Women's Health Issues*. 2018;28(3):205-211. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.02.003>.
- 7 Preiser B, Assari S. Psychological predictors of sexual intimate partner violence against black and hispanic women. *Behav Sci (Basel)*. 2017;8(1):3. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/bs8010003>.
- 8 Lipsky S, Kernic MA, Qiu Q, Hasin DS. Traumatic events associated with posttraumatic stress disorder: the role of race/ethnicity and depression. *Violence Against Women*. 2016;22(9):1055-1074. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801215617553>.
- 9 Cheng TC, Lo CC. Racial disparities in intimate partner violence examined through the multiple disadvantage model. *J Interpers Violence*. 2016;31(11):2026-2051. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260515572475>.
- 10 Lacey KK, West CM, Matusko N, Jackson JS. Prevalence and factors associated with severe physical intimate partner violence among U.S. black women: a comparison of African American and Caribbean blacks. *Violence Against Women*. 2016;22(6):651-670. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801215610014>.
- 11 Fulchiron A. La violencia sexual como genocidio. Memoria de las mujeres mayas sobrevivientes de violación sexual durante el conflicto armado en Guatemala. *Rev. mex. cienc. polít. soc*. 2016;61(228):391-422. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182016000300391.
- 12 Briseño-Maas ML, Bautista-Martínez E. La violencia hacia las mujeres en Oaxaca. En los caminos de la desigualdad y la pobreza. *LiminaR*. 2016;14(2):15-27. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-80272016000200015&script=sci_abstract.
- 13 Paz Ramírez M. Mujeres guaraníes, violencia sexual y búsqueda de justicia. Tinkazos. *Revista Boliviana de Ciencias Sociales*. 2016;19(39). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426146435004>.
- 14 Baboolal AA. Indo-Caribbean immigrant perspectives on intimate partner violence. *International Journal of Criminal Justice Sciences*. 2016;11(2):159-176. Disponible en: <https://www.ijcjs.com/article-detail.php?id=185#>.
- 15 Montalvo-Liendo N, Grogan-Kaylor A, Graham-Bermann S. Ethnoracial variations in depression symptoms. *Hispanic Health Care International* 2016;14(2):81-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1540415316647033>.
- 16 Stockman JK, Hayashi H, Campbell JC. Intimate partner violence and its health impact on ethnic minority women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24(1):62-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4879>.
- 17 Anderson JC, Stockman JK, Sabri B, Campbell DW, Campbell JC. Injury outcomes in African American and African Caribbean women: the role of intimate partner violence. *J Emerg Nurs*. 2015;41(1):36-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.01.015>.
- 18 Lacey KK, Sears KP, Matusko N, Jackson JS. Severe physical violence and Black women's health and well-being. *Am J Public Health*. 2015;105(4):719-724. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301886>.
- 19 Lacey KK, Parnell R, Mouzon DM, Matusk N, Head D, Abelson JM et al. The mental health of US black women: the roles of social context and severe intimate partner violence. *BMJ Open* 2015;5:e008415. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e008415>.

- 20 Cavanaugh CE, Messing JT, Eyzerovich E, Campbell JC. Ethnic differences in correlates of suicidal behavior among women seeking help for intimate partner violence. *Crisis*. 2015;36(4):257-266. Disponible en: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000321>.
- 21 Postmus J. Women from different ethnic groups and their experiences with victimization and seeking help. *Violence Against Women*. 2015;21(3):376-393. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25680802/>.
- 22 Lacey KK, Mouzon DM. Severe physical intimate partner violence and the mental and physical health of U.S. Caribbean Black Women. *Journal of Women's Health*. 2016;25(9):920-929. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5293>.
- 23 Sabri B, Stockman JK, Campbell JC, O'Brien S, Campbell D, Callwood GB et al. Factors associated with increased risk for lethal violence in intimate partner relationships among ethnically diverse black women. *Violence Vict*. 2014;29(5):719-741. Disponible en: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00018>.
- 24 Stockman JK, Lucea MB, Bolyard R, Bertand D, Callwood GB, Sharps PW et al. Intimate partner violence among African American and African Caribbean women: prevalence, risk factors, and the influence of cultural attitudes. *Glob Health Action*. 2014;7:24772. Disponible en: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24772>.
- 25 Stockman JK, Lucea MB, Draughon JE, Sabri B, Anderson JC, Bertrand D et al. Intimate partner violence and HIV risk factors among African-American and African-Caribbean women in clinic-based settings. *AIDS Care*. 2013;25(4):472-480. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.722602>.
- 26 Sabri, B.; Stockman, J.; Bertrand, D.; Campbell, D.; Callwood, G.; Campbell, J. Victimization experiences, substance misuse, and mental health problems in relation to risk for lethality among African American and African Caribbean women. *J Interpers Violence*. 2013 Nov;28(16):3223-3241. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260513496902>.
- 27 Sabri B, Bolyard R, McFadgion AL, Stockman JK, Lucea MB, Callwood GB ET AL. Intimate partner violence, depression, PTSD, and use of mental health resources among ethnically diverse black women. *Soc Work Health Care*. 2013;52(4):351-369. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00981389.2012.745461>.
- 28 Carbone-Lopez K. Across racial/ethnic boundaries: investigating intimate violence within a national sample. *Journal of Interpersonal Violence*. 2013;28(1):3-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260512448850>.
- 29 Lucea MB, Stockman JK, Mana-Ay M, Bertrand D; Callwood GB, Coverston CR et al. Factors influencing resource use by African American and African Caribbean women disclosing intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2013;28(8):1617-1641. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260512468326>.
- 30 Lucea MB, Francis L, Sabri B, Campbell JC Campbell DW. Disordered eating among African American and African Caribbean women: the influence of intimate partner violence, depression, and PTSD. *Issues Mental Health Nurs*. 2012;33(8):513-521. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.687037>.
- 31 Holden KB, McKenzie R, Pruitt V, Aaron K, Hall S. Depressive symptoms, substance abuse, and intimate partner violence among pregnant women of diverse ethnicities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2012;3(1): 226-241. Disponible en: <https://doi.org/10.1353/hpu.2012.0022>.
- 32 Azziz-Baumgartner E, McKeown L, Melvin P, Dang Q, Reed J. Rates of femicide in women of different races, ethnicities, and places of birth: Massachusetts, 1993-2007. *J Interpers Violence*. 2011;26(5):1077-1090. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260510365856>.

Comprender la magnitud, los factores de riesgo y de protección y las consecuencias de la violencia contra las mujeres es el primer paso hacia la prevención de la violencia y la respuesta a ella. Aproximadamente una de cada tres mujeres y niñas mayores de 15 años han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de su vida. Tanto el riesgo de violencia como los obstáculos a la hora de acceder a la atención y al apoyo son mayores para ciertos grupos de población, entre los que se encuentran las mujeres afrodescendientes, indígenas y de otros grupos étnicos en la Región. Cuando se genera evidencia, es necesario asegurarse de recopilar y analizar datos sobre estratificadores de la igualdad, como es la etnicidad, con el propósito de aumentar los conocimientos acerca del modo en que los determinantes sociales influyen en la violencia contra la mujer. Esta necesidad se reitera en la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer*. En respuesta, la Organización Panamericana de la Salud inició un estudio de alcance regional que recopiló la información disponible sobre la violencia contra mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos de la Región de las Américas, e inició un diálogo sobre la información que se conoce y la que no. Este informe es fruto de dicho esfuerzo y busca avanzar hacia una respuesta integral que tenga en cuenta los distintos tipos de violencia, los factores que condicionan los actos de violencia, así como las diferentes dimensiones de la discriminación que afecta a las mujeres y niñas en toda su diversidad.



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas



En colaboración con
Canada

