

# Comprender y abordar la violencia contra las mujeres

## Consecuencias para la salud

**La violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de la mujer, que en algunos casos son mortales. Las consecuencias físicas, mentales y conductuales sobre la salud (1) también pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia.**

La violencia contra mujeres y niñas ocurre en todos los países y culturas y tiene sus raíces en actitudes y normas sociales y culturales que dan a los hombres supremacía sobre las mujeres, y a los niños varones sobre las niñas. Este maltrato adopta muchas formas, como las siguientes:

- violencia por parte de la pareja (a veces llamada violencia doméstica o intrafamiliar, o maltrato conyugal), que puede ser de tipo físico, sexual o emocional;
- violencia en citas amorosas;
- violencia sexual (incluida la violación) infligida por un desconocido, un conocido o la pareja;
- violaciones sistemáticas en situaciones de conflicto armado;
- prostitución forzada, trata de personas u otras formas de explotación sexual;
- mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas;
- violencia relacionada con la dote;
- matrimonio o cohabitación forzados, incluidos herencia forzada de esposas y “secuestro de esposas”;
- femicidio y asesinato de niñas o mujeres en nombre del “honor”; e
- infanticidio o descuido deliberado de niñas.

Si bien la prevalencia y las formas de violencia contra la mujer en los países de ingresos bajos y medianos pueden ser diferentes de las observadas en países de ingresos más altos, las consecuencias para la salud parecen ser similares en todos los entornos (**cuadro 1**). Sin embargo, la naturaleza o la gravedad de los efectos de la violencia pueden verse afectadas por factores que dependen del contexto, tales como: la pobreza, la desigualdad por razón de género, las prácticas culturales o religiosas, el acceso a servicios de salud, jurídicos y de otro tipo de apoyo, los conflictos o desastres naturales, la prevalencia de la infección por el VIH/sida y el entorno legal y de las políticas.

CUADRO 1

**Consecuencias frecuentes para la salud de la violencia contra la mujer (2-5)**

<b>Físicas</b>	<b>Sexuales y reproductivas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• lesiones físicas agudas o inmediatas, por ejemplo hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes</li> <li>• lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad, por ejemplo lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen</li> <li>• afecciones del aparato digestivo, problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico</li> <li>• muerte, por ejemplo por femicidio o en relación con el sida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• embarazo no planeado o no deseado</li> <li>• aborto o aborto inseguro</li> <li>• infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH</li> <li>• complicaciones del embarazo o aborto espontáneo</li> <li>• hemorragias o infecciones vaginales</li> <li>• infección pélvica crónica</li> <li>• infecciones de las vías urinarias</li> <li>• fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro)</li> <li>• relaciones sexuales dolorosas</li> <li>• disfunción sexual</li> </ul>
<b>Mentales</b>	<b>Conductuales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• depresión</li> <li>• trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios</li> <li>• estrés y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno por estrés posttraumático)</li> <li>• autoagresión e intentos de suicidio</li> <li>• baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uso nocivo de alcohol u otras sustancias</li> <li>• múltiples compañeros sexuales</li> <li>• elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida</li> <li>• tasas bajas de uso de anticonceptivos y de condones</li> </ul>

**Efectos sobre la salud física**

Las consecuencias de la violencia para la salud pueden ser inmediatas y agudas, duraderas y crónicas o mortales. Las investigaciones sistemáticamente encuentran que cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus repercusiones sobre la salud física y mental de las mujeres. Además, las consecuencias negativas para la salud pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado el maltrato. Las consecuencias de la violencia tienden a ser más graves cuando las mujeres sufren más de un tipo de violencia (por ejemplo, física y sexual) o episodios repetidos con el transcurso del tiempo (6,7).

**Lesiones físicas agudas o inmediatas**

En comparación con los hombres, es mucho más probable que las mujeres sufran lesiones físicas como consecuencia de la violencia infligida por sus parejas.(6) En el *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* se encontró que entre 19% (Etiopía) y 55% (Perú) de las mujeres que alguna vez habían sido víctimas de violencia física infligida por sus parejas informaron que habían resultado lesionadas (4).

**Problemas crónicos de salud**

En la mayoría de los entornos es considerablemente más probable que, en comparación con otras mujeres, las que han informado violencia física o sexual infligida por sus parejas en algún momento después de los 15 años de edad

digán que sufren mala salud general, dolores crónicos, pérdida de memoria o problemas para caminar o realizar actividades cotidianas (4). Los estudios también han descubierto que es más probable que las mujeres con antecedentes de maltrato señalen que tienen una variedad de problemas crónicos de salud como cefaleas, dolor pélvico crónico, dolor de espalda, dolor abdominal, síndrome de colon irritable o trastornos del aparato digestivo (2,3).

## Femicidio<sup>1</sup>

A nivel mundial, las mujeres tienen más probabilidades de morir a manos de alguien cercano a ellas; los compañeros íntimos varones cometen entre 30% y 70% del total de asesinatos de mujeres en lugares tan diversos como los Estados Unidos de América, Israel y Sudáfrica (7). En ciertas partes de Oriente Medio y Asia meridional, las mujeres son a veces asesinadas por parientes cercanos en nombre del “honor” a causa de supuestas transgresiones sexuales (8), mientras que en entornos tales como el subcontinente indio las recién casadas son a veces matadas por miembros de la familia de sus esposos debido a conflictos relacionados con la dote (9).

Sin embargo, al igual que los hombres, las mujeres son también asesinadas por criminales integrantes de la comunidad. Tales muertes pueden ser aleatorias, pero hay ejemplos perturbadores de asesinatos sistemáticos de mujeres, en particular en América Latina.

## Mutilación genital femenina<sup>2</sup>

La mutilación genital femenina tiene graves implicaciones, y ningún beneficio para la salud. Implica resección y daño de tejido genital femenino normal y sano e interfiere con las funciones naturales del organismo de las niñas y las mujeres. Todas las formas de mutilación genital femenina pueden causar hemorragia y dolor inmediatos y se asocian con riesgos de infección. La mutilación genital femenina aumenta los riesgos de complicaciones obstétricas y de muerte perinatal (10). Las formas más graves de mutilación genital femenina causan mayores daños. Los problemas sexuales son también más comunes en las mujeres que han sido sometidas a mutilación genital femenina; hay una probabilidad 1,5 veces mayor de que estas sufran dolor durante las relaciones sexuales y experimenten considerablemente menos satisfacción sexual y es dos veces más probable que informen falta de deseo sexual (11).

## Efectos sobre la salud sexual y reproductiva

### Trastornos y traumatismos ginecológicos

Las mujeres víctimas de violencia sexual presentan tasas mayores de problemas ginecológicos que otras mujeres, por ejemplo infecciones vaginales, dolor durante las relaciones sexuales, dolor pélvico crónico o infecciones de las vías urinarias (3,5). Por ejemplo, en investigaciones basadas en la población efectuadas en los Estados Unidos se encontró que las mujeres víctimas de violencia por parte de una pareja tenían un riesgo de padecer problemas ginecológicos tres veces superior al de las no maltratadas (12). No obstante, aun sin abuso sexual, las mujeres que sufren violencia por parte de una pareja

<sup>1</sup> Para más información, véase la hoja informativa sobre *femicidio* que forma parte de esta serie.

<sup>2</sup> Para más información, véase la hoja informativa sobre *mutilación genital femenina* que forma parte de esta serie.

parecen estar expuestas a mayores riesgos de problemas ginecológicos, pero no se conocen bien las razones de esto (2).

La violencia sexual a veces produce traumatismos ginecológicos, particularmente en caso de violación con objetos, o cuando una niña se ve obligada a tener relaciones sexuales y da a luz antes de que su pelvis esté plenamente desarrollada (13,14). Los traumatismos ginecológicos pueden incluir desgarramiento de la vagina, fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro), hemorragias, infecciones o ulceraciones y otras lesiones genitales o complicaciones durante el parto.

### Embarazo no planeado o no deseado

Las mujeres víctimas de violencia infligida por las parejas o de relaciones sexuales forzadas por cualquier agresor parecen correr un riesgo mayor de embarazos no intencionales o no deseados que las mujeres sin antecedentes de abuso, tanto a corto plazo como en el transcurso de su vida reproductiva (1). En estudios se han documentado tasas de embarazo posterior a una violación por alguien distinto de la pareja que oscilan entre 5% en mujeres estadounidenses (15) y 17% en adolescentes de Etiopía, y entre 15% y 18% en niñas y mujeres que buscan ayuda en los centros de atención de casos de violación en México, la República de Corea y Tailandia (16). El riesgo de embarazo no deseado puede obedecer directamente a un coito forzado o a la dificultad de negociar el uso del condón o de métodos anticonceptivos en una relación de maltrato, o indirectamente a comportamientos sexuales de alto riesgo vinculados con antecedentes de abuso sexual en la niñez o la adolescencia (5).

### Aborto o aborto inseguro

Las niñas y las mujeres que quedan embarazadas como resultado de una relación sexual forzada a menudo interrumpen su embarazo independientemente de que tengan o no acceso a un aborto sin riesgos. La violencia infligida por la pareja, la violación por hombres distintos de la pareja y las relaciones sexuales de carácter transaccional se asocian con tasas más elevadas de interrupción del embarazo. Por ejemplo, el Estudio multipaís de la OMS descubrió que, en casi todos los entornos, las mujeres que habían informado violencia física o sexual infligida por su pareja también informaron tasas de abortos provocados considerablemente mayores que otras mujeres (4).

Por ejemplo, en el sur de Nigeria, donde el aborto es a menudo inseguro, era mucho más probable que las mujeres jóvenes que habían tenido relaciones sexuales de carácter transaccional o forzadas informaran haber tenido alguna vez un aborto, en comparación con otras mujeres (17). En un estudio efectuado en 1996 en los Estados Unidos, 32,2% de las embarazadas supervivientes de violación conservaron a su bebé, 50% se sometieron a un aborto provocado y porcentajes más pequeños dieron a sus hijos en adopción o tuvieron un aborto espontáneo (5,9% y 11,8%, respectivamente) (15).

### La infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

En estudios realizados en muchos entornos de ingresos altos y bajos se ha descubierto que las mujeres seropositivas al VIH tienen mayores probabilidades que otras mujeres de haber sido víctimas de violencia física y sexual (18). En investigaciones realizadas en la India y Sudáfrica, por ejemplo, la violencia infligida por la pareja resultó estar estrechamente asociada con el riesgo de que la mujer contrajera la infección por el VIH (19,20). La violencia puede aumentar

la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual por vías directas e indirectas, por ejemplo:

- La violencia infligida por la pareja dificulta que la mujer pueda rechazar una relación sexual o negociar el uso de un condón (18);
- Las relaciones sexuales forzadas pueden desgarrar la vagina, con lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH (18);
- El abuso sexual en la niñez puede aumentar las tasas de comportamientos sexuales de alto riesgo en etapas posteriores de la vida, por ejemplo un menor uso de condones, múltiples parejas y experiencias adicionales de violencia (21); y
- El temor a la violencia puede impedir que las mujeres soliciten pruebas de detección del VIH, orientación o servicios, entre ellos los destinados a prevenir la transmisión del VIH a los lactantes (18).

Es importante observar que la violencia contra la mujer no solo es un posible factor de riesgo de infección por el VIH sino que puede ocurrir como consecuencia de la revelación del estado de seropositividad al VIH (18).

### Mortalidad materna y otras consecuencias relacionadas con el embarazo

Los datos vinculan la violencia física y sexual durante el embarazo con muchas complicaciones, entre ellas escaso aumento de peso materno, aborto espontáneo, mortinatalidad (3,21,22) e insuficiencia ponderal al nacer. Por ejemplo, en un estudio efectuado en Nicaragua se descubrió que casi la cuarta parte de las madres de lactantes de bajo peso al nacer habían sido víctimas de violencia física infligida por sus parejas durante el embarazo, en comparación con 5% de las madres que no habían sufrido maltrato (23).

Otra consecuencia de la violencia durante el embarazo a menudo pasada por alto es la muerte materna. En entornos tan diversos como Bangladesh (24), la India (25) y los Estados Unidos (26), la violencia infligida por la pareja es la causa de una proporción considerable de defunciones de embarazadas. Por ejemplo, un estudio en 400 poblaciones de zonas rurales de la India encontró que 16% de las defunciones de mujeres durante el embarazo eran resultado de la violencia infligida por la pareja (25) y el femicidio era la principal causa de muerte asociada con el embarazo en el estado de Maryland, Estados Unidos, entre 1993 y 1998 (27). En el Reino Unido, más de 14% de las defunciones maternas corresponden a mujeres que han dicho a los profesionales de salud que las asisten que están involucradas en una relación de maltrato (28).

### Efectos sobre la salud mental y conductual

Tanto la violencia física como la sexual se han vinculado con un riesgo mayor de resultados de salud mental adversos en las mujeres (3). Los más frecuentes son la depresión (14), intentos de suicidio, el trastorno por estrés postraumático, otros trastornos de estrés y ansiedad, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios y trastornos psicosomáticos (5,6). Los malos tratos físicos y el abuso sexual en la niñez también se han asociado con un sinnúmero de comportamientos de riesgo posteriores, como actividad sexual precoz, uso indebido de alcohol, consumo de tabaco y de drogas, múltiples compañeros sexuales, elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida y tasas más bajas de uso de anticonceptivos y de condones (21,29). Las mujeres que informan sobre una historia de abuso sexual temprano a menudo indican que sienten menosprecio por sí mismas y tienen dificultades para distinguir el comportamiento sexual del comportamiento afectuoso, para mantener límites

personales apropiados y rechazar insinuaciones sexuales no deseadas. Algunos estudios sistemáticamente han vinculado los antecedentes de abuso sexual en la niñez con un riesgo mayor de sufrir violencia sexual en etapas posteriores de la vida (21,29).

### Mayor uso y costos de los servicios de salud

Las mujeres que sufren violencia infligida por sus parejas tienen más necesidades de salud y solicitan servicios de salud con mayor frecuencia que la población en general; su utilización de estos servicios crece a medida que aumentan la frecuencia y la gravedad de la violencia (30). Un estudio amplio realizado en los Estados Unidos descubrió que la utilización de los servicios de salud era más alta entre las mujeres involucradas en relaciones de maltrato continuo (31).

En cambio, es menos probable que las mujeres víctimas de violencia de pareja busquen servicios de atención preventiva, como mamogramas, exámenes para medir colesterol y presión arterial y pruebas de detección de cáncer. Esto tiene implicaciones claras para la salud general de las mujeres víctimas de violencia y también para los costos sanitarios ya que la prevención es generalmente más eficaz en función de los costos que el tratamiento (30). En un estudio de más de 3.000 mujeres efectuado en los Estados Unidos, los costos sanitarios anuales eran 42% más elevados en las que informaban violencia física infligida por sus parejas en el momento del estudio y entre 19% y 24% más altos en las que habían sido víctimas de violencia en los cinco años precedentes (31).

### Referencias

1. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999.
2. Campbell J et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162(10):1157-63.
3. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359(9314):1331-36.
4. Garcia-Moreno C et al. *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
5. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. La violencia sexual. En: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2002, 159-198.
6. Johnson MP, Leone JM. The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: findings from the national violence against women survey. *Journal of Family Issues*, 2005, 26(3):322-49.
7. Heise L, Garcia Moreno C. La violencia en la pareja. En: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2003, 95-131.
8. Burney S. *Crime or custom: violence against women in Pakistan*. Nueva York, NY, Human Rights Watch, 1999.
9. Bloch F, Rao V. *Terror as a bargaining instrument: a case study of dowry violence in rural India*. Washington, DC, World Bank Development Research Group PaHD, 2000.
10. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 2006, 367(9525):1835-41.

11. Berg R, Denison E, Fretheim A. *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*. Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2010.
12. McCauley J et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123(10):737–46.
13. Addis Ababa Fistula Hospital, EngenderHealth/The ACQUIRE Project, Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists, Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles. *Traumatic gynecologic fistula: a consequence of sexual violence in conflict settings*. Nueva York, NY, EngenderHealth, 2006.
14. Asamblea General de las Naciones Unidas. *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2006.
15. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1996, 175(2):320–25.
16. de Bruyn M. *Violence, Pregnancy and abortion – issues of women’s rights and public health*, 2nd ed. Chapel Hill, Ipas, 2003.
17. Murray N et al. Factors related to induced abortion among young women in Edo State, Nigeria. *Studies in Family Planning*, 2006, 37(4):251–68.
18. WHO Department of Gender, Women and Health, Global Coalition on Women and AIDS. *Intimate partner violence and HIV/AIDS: information sheet. Violence against women and HIV/AIDS - critical intersections*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
19. Silverman et al. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300(6):703–10.
20. Jewkes RK et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, 376(9734):41–48.
21. Dube SR et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(5):430–38.
22. Pallitto C. *Domestic violence and maternal, infant, and reproductive health: a critical review of the literature*. Trabajo presentado a la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 2004.
23. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100(4):700–05.
24. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–85. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66(5):643–51.
25. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76(6):591–98.
26. Martin SL et al. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2007, 135–48.
27. Horon IL, Cheng D. Enhanced surveillance for pregnancy-associated mortality – Maryland, 1993–1998. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(11):1455–59.
28. Taskforce on the health aspects of violence against women and children. *Responding to violence against women and children – the role of the NHS*. Londres, Department of Health, 2010.
29. Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S, eds. *Sex without consent: young people in developing countries*. Londres, Zed Books, 2005.
30. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2011, 5:428–39.
31. Bonomi AE et al. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research*, 2009, 44:1052–67.

La serie completa de hojas informativas titulada “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres” puede bajarse del sitio web del Departamento de Salud Reproductiva de la OMS, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>, y del sitio web de la Organización Panamericana de la Salud, [www.paho.org/violence](http://www.paho.org/violence)

Se puede encontrar más información en otras publicaciones de la OMS, como las siguientes:

- *Summary of the expert meeting on health-sector responses to violence against women*, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500630\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500630_eng.pdf).
- *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*, [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf).
- *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*, <http://www.paho.org/violence>
- *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*, <http://www.paho.org/violence>
- *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, <http://www.paho.org/violence>

## Agradecimientos

Esta hoja informativa fue preparada por Claudia García-Moreno, Alessandra Guedes y Wendy Knerr como parte de una serie producida por la OMS y la OPS para reseñar la base de evidencia sobre aspectos de la violencia contra la mujer. Mary Ellsberg y Sarah Bott actuaron como revisoras externas de esta hoja informativa. Sarah Ramsay es la editora de la serie.

---

Organización Panamericana de la Salud.

Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington, DC : OPS , 2013.

WHO/RHR/12.43

1. Violencia contra la Mujer. 2. Género y Salud. 3. Violencia Sexual. 4. Impactos en la Salud. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

Clasificación NLM: WA309

© Organización Mundial de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. ([pubrights@paho.org](mailto:pubrights@paho.org)). El Departamento de Familia, Género y Curso de Vida podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, 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 Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.