



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROGRAMAS DE USAID ALUDEN A VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

GUÍA PARA FUNCIONARIOS DE PROGRAMAS DE SALUD



SEGUNDA EDICIÓN, SEPTIEMBRE 2008

Citación sugerida: IGWG de USAID. 2008. *Programas de USAID Aluden Violencia Basada en Género: Guía para Funcionarios de Programas de Salud*. 2d. ed. Washington, D.C.

Este documento fue posible con fondos del Proyecto POLICY de la Agencia de los Estados Unidos para Desarrollo Internacional (USAID) bajo el contrato número GPO-I-01-05-00040-00 del Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género (IGWG, por sus siglas en inglés) y ha sido implementado por Futures Group International en colaboración con The Centre for Development and Population Activities (CEDPA) y Research Triangle Institute (RTI). El Orden de Trabajo I de la USAID | Iniciativa de Políticas en Salud pagó por imprimir el mismo bajo el contrato número GPO-I-01-05-00040-00, desde 30 de septiembre, 2005. El Orden de Trabajo I fue implementada por Futures Group International en colaboración con CEDPA, White Ribbon Alliance, Futures Institute y Religions for Peace.

Foto en la portada de *broken bodies, broken dreams: violence against women exposed*, IRIN/OCHA, 2005. Fotógrafa: Georgina Cranston. Para pedir el libro, comuníquese con: brokenbodies@irinnews.org



IGWG

PROGRAMAS DE USAID ALUDEN VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

GUÍA PARA FUNCIONARIOS DE PROGRAMAS DE SALUD

SEGUNDA EDICIÓN, SEPTIEMBRE 2008

Agradecimientos

El Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género (IGWG por sus siglas en inglés) le agradece a **Alessandra Guedes** y a **Sarah Bott**, cuyo trabajo sirvió de base para esta guía. Le agradecemos sus profundas perspicacias e implacable compromiso por ver que este documento se realizara.

Así mismo, el IGWG agradece a las siguientes personas por tener la amabilidad de revisar este documento durante las diferentes etapas de su desarrollo: Amy Bank, Gary Barker, Deborah Caro, Mary Ellsberg, Stacey Gage, Claudia García-Moreno, Rachel Jewkes, Julia Kim, Mary Kincaid, Sunita Kishor, Lori Michau, Margarita Quintanilla, Marcos Nascimento, Sonia Navani, Julie Pulerwitz, Esca Scheepers, Beth Vann, Jeanne Ward y Ellen Weiss.

Además, quisiéramos agradecer a los críticos por sus comentarios y asistencia en desarrollar estos principios: Vathani Amirthanayagam, Michal Avni, Sarah Harbison, Kent Hill, Virginia Lampert, Ann Lion, Trish MacDonald, Mahua Mandal, Rose McCullough, Margaret Neuse, Diana Prieto, Lois Schaefer, Jim Shelton, Mary Ellen Stanton, Ellen Starbird y Gloria Steele.

También debemos agradecer a las siguientes personas que participaron en las reuniones de consulta:

Trish Ahern	Mary Kincaid
Sharon Arscott-Mills	Sunita Kishor
Michal Avni	Heidi Lary
Amy Bank	Philippa Lawson
Gary Barker	Reshma Mahendra
John Berman	Manisha Mehta
Myra Betron	Pauline Muchina
Jacquelyn Campbell	Marcos Nascimento
Deborah Caro	Sonia Navani
Gloria Coe	Elizabeth Neason
Linda Dahlberg	Diana Prieto
Nata Duvvury	Jane Schueller
Anne Eckman	Susan Settergren
Mary Ellsberg	Ritu Singh
Leah Freij	Kiersten Stewart
Claudia Garcia-Moreno	Rachel Sturke
Julie Hanson-Swanson	John Townsend
Sarah Harbison	Beth Vann
Mai Hijazi	Marijke Velzeboer
Mihira Karra	Susan Zimicki

Índice

Parte I. Estableciendo el Contexto

A. Prólogo	3
B. Violencia Basada en Género: Definición, Prevalencia y Factores de Riesgo	4
C. La Relación entre Violencia Basada en Género, Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA	9
D. Principios para Guiar la Programación de VBG	12

Parte II. Fundamentos y Acciones

A. Programas de Movilización Comunitaria	17
B. Programas de Comunicación para el Cambio Social y de Conducta	22
C. Programas de Provisión de Servicios de Salud	25
D. Programas de Políticas de Salud	32
E. Programas para Jóvenes	35
F. Programas Humanitarios	38
G. Monitoreo y Evaluación	42

Parte III. Recursos Clave y Citaciones

Recursos Clave	49
Citaciones	51

PARTE I

ESTABLECIENDO EL CONTEXTO

Prólogo

Esta guía tiene como propósito a ayudar funcionarios de programas de USAID integrar actividades contra la violencia basada en género (VBG) en su carpeta del sector de salud durante el diseño, la implementación y la evaluación de proyectos. La guía se enfoca en lo que el sector de salud puede hacer, teniendo en cuenta que prevenir y responder a VBG requiere un esfuerzo multisectorial. Para cada tipo de programa de salud—desde la movilización comunitaria hasta las políticas de salud—la guía explora las razones por las que estos programas deberían aludir a la VBG y cómo apoyar las actividades sobre la VBG conforme a lo antes citado en revisiones bibliográficas prometedoras ya existentes, (por ejemplo, Heise et al., 1999; Guedes, 2004; Bott et al.,

2005), las opiniones de expertos, la reacción de USAID y del personal de las agencias de cooperación.

Como este documento se concentra en una orientación del diseño y la implementación específica, no contiene ejemplos programáticos profundos. Para obtener información más detallada sobre intervenciones y ejemplos de países específicos, vea los recursos enumerados en la Parte III—específicamente la revisión bibliográfica realizada por Guedes titulada, “Addressing Gender-based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis.” Vea la revisión bibliográfica ingresando en <http://www.prb.org/pdf04/AddressGendrBasedViolence.pdf>.

Nota sobre la traducción: El español, igual a muchas otras lenguas, no es una lengua neutral y refleja la relación de los sexos en la sociedad. Por lo tanto, en esta traducción hemos intentado mantener un lenguaje que observa la perspectiva de género en el texto. Sin embargo, en ciertos casos, para mantener un lenguaje claro y sencillo, se usa el plural masculino para referirse a profesionales de ambos sexos (como por ejemplo “proveedores” y “administradores”).

Violencia Basada en Género

DEFINICIÓN, PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Las investigaciones demuestran que la violencia basada en género tiene consecuencias en el desarrollo de casi todos los aspectos de las políticas y programas de salud, desde la atención primaria hasta los programas de salud reproductiva (Heise et al., 1999; Guedes, 2004). La violencia física y sexual no solo produce morbilidad y mortalidad significativas en las mujeres, sino que exacerba otras condiciones de salud, incluyendo la transmisión del VIH. A medida que pasa el tiempo, donantes aluden con más frecuencia a la violencia contra las mujeres en sus carpetas de políticas y programación de salud. Recientemente USAID reveló en una evaluación estratégica del trabajo global que ya está invirtiendo una cantidad de recursos sustancial en prevenir y responder a la violencia basada en género como asunto inherente a la salud pública—aunque en forma descentralizada (Bott y Betron, 2005). Además, el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA apoya la reducción de violencia y coacción como uno de las cinco prioridades altas de sus estrategias de género.

¿Qué es la violencia “basada en género”?

Violencia basada en género es violencia que incluye hombres y mujeres en la cual, la hembra es usualmente la víctima y se deriva de relaciones de desigualdad de poder entre hombres y mujeres. Violencia que se dirige específicamente contra la mujer por ser mujer o afecta a mujeres desproporcionadamente. Incluye, pero no se limita a, daños físicos, sexuales y psicológicos... Incluye violencia perpetuada o tolerada por el Estado. [Grupo Temático de Género del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés)]

Incluidas entre las formas de violencia basada en género están: violencia física, sexual y psicológica/emocional dentro de la familia; violencia sexual hacia niños; violencia relacionada con el síndrome-dote; violación sexual; violación matrimonial; acoso sexual en lugar de trabajo y en instituciones educativas; prostitución forzada; tráfico de niñas y mujeres y mutilación genital femenina. Sin embargo, con el fin de limitar el alcance de este documento, el enfoque será limitado en dos áreas comunes de violencia basada en género: violencia contra la mujer por parte del compañero íntimo (física, sexual y emocional) y violencia

sexual por cualquier perpetrador. Para obtener más información acerca del tráfico de mujeres y de la mutilación genital femenina, refiérase a las pautas oficiales de USAID sobre estos dos temas.

Para obtener más información sobre la mutilación genital femenina, ingrese en: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/fgc/index.html.

Para obtener más información sobre el tráfico de mujeres, ingrese en: http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/wid/pubs/pd-abx-358-final.pdf.

A pesar de que los hombres también pueden ser víctimas de violación y de violencia por su compañero/a íntimo/a, este tipo de violencia afecta a la mujer desproporcionadamente. Por ejemplo, tanto los hombres como las mujeres informan ser víctimas de coerción sexual, pero la mayoría son mujeres (CDC, 2003), y la gran mayoría de los perpetradores son hombres (Heise et al., 1995). En cuanto a los homicidios cometidos por el/la compañero/a íntimo/a del sexo opuesto, el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (Krug et al., 2002) demuestra que entre el 40 y el 70 por ciento de los asesinatos de todas las mujeres son perpetrados por compañeros íntimos. En contraste, entre el 4 y el 8.6 por ciento de los asesinatos de hombres son perpetrados por sus compañeras íntimas. Además, es posible que un gran parte de estos homicidios pudieran haber sido cometidos por mujeres en defensa propia, o en respuesta a un situación abusiva crónica por parte de su compañero íntimo. En resumen, es más probable que un hombre sufra de un ataque a causa de un extraño que por un conocido, mientras que la mujer sufra de un ataque por alguien cercano, como su esposo o compañero íntimo.

¿Por qué violencia “basada en género”?

La violencia contra la mujer no se puede comprender sin tener en cuenta las normas de género y estructuras sociales que influyen la vulnerabilidad de la mujer ante la violencia. Por ejemplo, es más probable que una mujer sea atacada sexual o físicamente o sea asesinada por una

persona conocida—menudo, su propia pareja. Es más difícil para la mujer obtener ayuda una vez el hecho de violencia ha ocurrido por la condición subordinada que tiene en el aspecto social, económico y legal. Porque violencia contra la mujer tiene raíces en la desigualdad de género (Jewkes, 2002), “violencia basada en género” se ha convertido en una frase aceptada internacionalmente para referirse a la violencia física, sexual y psicológica contra la mujer. De la misma manera, la violencia basada en género puede dirigirse a hombres y niños aunque se consideran fuera de las normas de género que pautan ideas rígidas de masculinidad (Barker y Ricardo, 2005; Betron y Gonzalez, por publicarse). Datos sobre la violencia basada en género relacionado con hombres y niños son limitados. Además, existen pocos recursos, conocimiento de respuestas programáticas, y recomendaciones enfocadas en las vulnerabilidades de este grupo a VBG. Esta guía,

se concentra más en las mujeres y niñas por ser afectadas desproporcionadamente por la violencia basada en género, porque hay más información disponible, y por el consenso sobre las recomendaciones programáticas en cómo dedicar a VBG contra las mujeres y niñas.

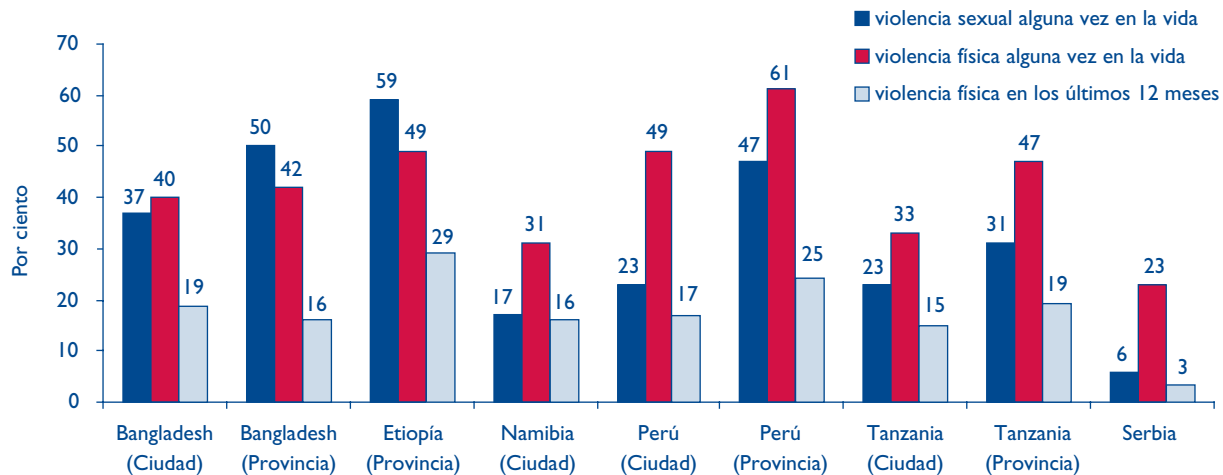
¿Qué tan común es?

Resulta muy difícil obtener información comparativa sobre la prevalencia de la violencia basada en género ya que los estimados varían de acuerdo a cómo los investigadores definen violencia, formulan preguntas, el período y las características del grupo que se estudia (Bott et al., 2005). Además, muchas encuestas subestiman la prevalencia porque las mujeres sobrevivientes no informan los hechos de violencia basada en género por temor, vergüenza o por falta de servicios adecuados—entre otras causas. Sin embargo, un

Tabla I. Estimados de prevalencia de diferentes formas de violencia basada en género

Violencia física	Entre el 10 y el 69 por ciento de las mujeres en todo el mundo afirman haber sido golpeadas o lastimadas físicamente por un compañero íntimo en algún tiempo en sus vidas (WHO, 2002).
Violencia sexual	Aproximadamente una de cada cuatro mujeres es agredida sexualmente por un compañero íntimo durante su vida (Ellsberg et al., 2000; Mooney, 1993; Hakimi et al., 2001).
Iniciación sexual forzada	Los índices de iniciación sexual "forzada" varían entre el 7 por ciento en Nueva Zelanda al 46 por ciento en el Caribe (Heise y García Moreno, 2002).

Figura I: Mujeres afectadas por la violencia basada en género



Fuente: WHO multi-country study, García-Moreno et al., 2005.

Nota: La violencia física se define como: recibió bofetadas; se le arrojó algo que la podía lastimar; fue empujada; golpeada con puños o algo que podía lastimar; fue pateada, arrastrada o azotada; estrangulada o quemada a propósito; fue amenazada o sufrió el uso de una pistola, cuchillo u otra arma. La violencia sexual se define como: fue forzada físicamente a mantener relaciones sexuales a pesar de que no deseaba hacerlo; tuvo relaciones sexuales por temor a lo que su compañero le pudiera hacer; fue forzada a realizar cualquier acto sexual que ella considere degradante o humillante (García-Moreno et al., 2005).

estudio realizado sobre la prevalencia de violencia basada en género por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en varios países confirma la tendencia global de que la violencia afecta más a niñas y mujeres en todos los grupos y clases sociales (Ver la Tabla I y Figura I).

En varios países en desarrollo, la información sobre violencia contra la mujer también se obtiene mediante las Encuestas de Demografía y Salud (DHS por sus siglas en inglés) financiadas por USAID. La información de DHS posee varias ventajas programáticas y políticas: son reconocidas a nivel nacional, estandarizadas a través de los países y son inherentes a datos disponibles para cada persona, incluyendo datos sobre antecedentes y características demográficas de nutrición y de salud. Por medio de la información sobre violencia proporcionada por las Encuestas de Demografía y Salud se permite comprender tanto los factores de riesgo de la violencia como los datos correlatos demográficos y de salud producidos por la violencia.

A pesar de estas ventajas, debe tenerse en cuenta que los estudios que tienden a concentrarse en VBG solamente tienden a reflejar estimaciones más precisas sobre la prevalencia de la violencia (Ellsberg et al., 2001). (Una comparación de los resultados de tres estudios sobre violencia contra la mujer, basados en población y realizados en Nicaragua, reveló que los estudios menores que se concentran en la violencia tienden a revelar índices de prevalencia más altos). En la Tabla 2 se enumeran los índices de prevalencia en países en los que la Encuesta de Demografía y Salud ya está disponible. En breve, estarán disponibles los datos nuevos y actualizados sobre violencia en otros países como por ejemplo: Bangladesh, La República Democrática del Congo, Ghana, Jordania, Liberia, Malí, Turkmenistán, Ucrania y Zambia.

Ejemplos de factores asociados con altos niveles de violencia contra la mujer a nivel de comunidad

- Normas tradicionales que respaldan superioridad y privilegios de los hombres
- Normas de género que toleran o justifican violencia contra la mujer
- Sanciones comunitarias débiles en contra de perpetradores
- Pobreza
- Altos índices de delito y conflicto en la sociedad en forma más general

¿Cuáles son los factores de riesgo a perpetrar y ser víctima de la violencia basada en género?

Para comprender por qué la violencia física y sexual contra la mujer es más común o grave en algunos ambientes, los investigadores han identificado *factores de riesgo a nivel comunitario y social* que aparentan estar relacionados con mayores índices de violencia basada en género. Este cuerpo de investigación es incompleto y provisional, pero la Organización Mundial de la Salud (Krug et al., 2002) destaca una serie de factores sustentados con evidencias.

La evidencia sugiere que los índices de VBG son más altos en aquellos escenarios donde las normas sociales apoyan desigualdad basada en género, en aquellas sociedades que no sancionan a hombres que ejercen violencia física o sexual contra la mujer y en donde violencia contra la mujer se considera normal o justificada (ver, por ejemplo, Counts, Brown y Campbell). Aún cuando una sociedad no apoya abiertamente violencia masculina contra la mujer, las normas sociales pueden impedir que ésta solicite

Ejemplos de factores individuales asociados con un mayor riesgo de convertirse en perpetrador

- Alcoholismo o drogadicción
- Ingresos bajos o poca instrucción académica
- Ser testigo o haber sido víctima de violencia durante la infancia
- Actitudes que justifican violencia contra la mujer

Ejemplos de factores individuales asociados con un mayor riesgo de sufrir VBG

- Consumo de alcohol o drogas
- Antecedentes de abusos anteriores
- Fortalecimiento a través de avances educacionales o económicos cuando se vive en escenarios tradicionales
- Pobreza (especialmente en el caso de violencia sexual)

Tabla 2. Porcentajes de mujeres entre 15 y 49 años alguna vez casadas que sufrieron violencia conyugal (física o sexual) alguna vez y en los 12 meses anteriores a la encuesta realizada, por país

Fuente: Diferentes Encuestas de Demografía y Salud (DHS), 1998-2007

País	Mujeres que alguna vez se casaron/formaron pareja	
	Porcentaje que alguna vez sufrieron hechos de violencia de parte del marido/compañero íntimo	Porcentaje de mujeres que durante los últimos 12 meses sufrieron hechos de violencia de parte de su marido/compañero íntimo
Azerbaián 2006	13.5 (n=3,847) ²	10.2 (n=3,691) ³
Bolivia 2003	53.3 (n=12,005)	nd
Camboya 2005	13.7 (n=2,037)	8.7 (n=2,037)
Camerún 2004	43.4 (n=2,160)	28,0 (n=2,160)
Colombia 2005 ¹	39.0 (n=25,279)	nd
República Dominicana 2007	17.2 (n=7,719)	11.7 (n=7,719)
Egipto 2005	33.7 (n=5,613)	21.7 (n=5,613)
Haití 2005	20.0 (n=2 420)	16.8 (n=2,420)
India 2005-06	37.2 (n=66,658) ²	23.9 (n=63,966) ³
Kenia 2003	42.9 (n=3,856)	28.2 (n=3,856)
Malawi 2004	28.4 (n=8,054)	18.5 (n=8,054)
Moldova 2005	24.3 (n=4,209)	14.6 (n=4,209)
Nicaragua 1998	30.2 (n=8,507)	13.2 (n=8,507)
Perú 2004	42.3 (n=2,861)	14.5 (n=2,861)
Ruanda 2005	33,8 (n=2 338)	25.6 (n=2 338)
Uganda 2006	59.1 (n=1,598) ²	45.0 (n=1,518) ³
Zambia 2001-2002	48.4 (n=3,792)	26.5 (n=3,792)
Zimbabwe 2005-2006	38.2 (n=4,658) ²	30.5 (n=4,188) ³

nd: No disponible.

¹ No pregunta sobre violencia sexual en forma explícita.

² Incluye las viudas.

³ No incluye las viudas.

Fuente para los datos de violencia de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS): Informes nacionales de países de las Encuestas de Demografía y Salud; sitio en Internet www.measuredhs.com; y Kishor, Sunita y Kiersten Johnson, 2004. *Profiling Domestic Violence — A Multi-country Study*. Calverton, Maryland: ORC Macro.

ayuda, por ejemplo, reforzando la idea de que la violencia familiar es un asunto privado que otras personas no deberían intervenir o que la violencia sexual es un tema vergonzoso para la víctima. Un elemento importante hallado en muchos estudios es que la violencia contra la mujer puede incrementarse en las comunidades cuando la mujer comienza a romper normas tradicionales de género a través de su fortalecimiento educativo o económico—por lo menos, hasta que obtenga una condición suficientemente importante para protegerla contra las reacciones violentas que puedan producir estos cambios (Krug et al., 2002).

Existe mucha evidencia de que, por lo general, el índice de delitos y conflictos en la sociedad no solo está relacionado sino que está causalmente ligado con mayores niveles de violencia contra la mujer. Por ejemplo, la violencia física y sexual contra la mujer tiende a aumentar durante o después de conflictos armados (Human Rights Watch, 2004; IRC, 2004). Así mismo, la violencia contra la mujer tiende a aumentar después de desastres naturales—quizás debido a la erosión de estructuras legales y sociales que normalmente funcionarían como factores de protección (Enarson, 1998).

Un cuerpo importante de la investigación ha explorado los factores de riesgo individuales asociados con la probabilidad mayor de que un hombre se convierta en un perpetrador o que una niña o mujer pueda ser víctima de abuso físico o sexual. Por ejemplo, los estudios han demostrado regularmente que los varones que presenciaron o fueron víctimas de hechos de violencia en su infancia, presentan un mayor riesgo de ejercer violencia contra la mujer en su adultez—uno de los muchos hallazgos que apoyan que violencia contra la mujer es una conducta aprendida. La Organización Mundial de la Salud cita otros factores de riesgo individuales asociados con la perpetración de violencia o la vulnerabilidad hacia ella.

Sin embargo, cabe destacar que no siempre se ha demostrado en el cual los factores de riesgo **asociados o correlacionados** con un mayor riesgo de perpetración o de victimización tengan una **conexión causal**. Por ejemplo, el alcoholismo está muy relacionado con la perpetración y experiencia de hechos violentos, pero a veces, los perpetradores utilizan el alcohol para prepararse para cometer hechos de violencia premeditados y las víctimas de hechos de violencia pueden utilizar el alcohol para automedicarse por las secuelas emocionales producidas por el abuso (Jewkes, 2002). En estos casos, la violencia (o la intención de cometer un hecho violento) pueden preceder al consumo de alcohol, confundiendo la causa y el resultado. Otros factores de riesgo individuales cuestionados incluyen la pobreza, experiencias de sexo transaccional, estrés económico y otros. Desafortunadamente, la mayoría de los estudios en esta área han sido encuestas transversales que no pueden determinar si el factor de riesgo precedió al hecho de violencia, ni tampoco proporcionar indicios cualitativos acerca de las complejas dinámicas sociales. Las relaciones causales entre los factores de riesgo y la violencia no deben asumirse sin antes comprender profundamente en qué medida influyen la propensión del hombre a usar violencia contra la mujer.

Desde una perspectiva de salud pública, los factores de riesgo a nivel comunitario pueden ser más útiles para identificar estrategias promisorias para reducir violencia contra la mujer. Mucho enfoque en los factores de riesgo individuales puede oscurecer el hecho de que los actos de violencia contra la mujer tienden a ocurrir a través de toda sociedad y en todos los grupos demográficos y socioeconómicos y, aparentemente, están muy influenciados por las normas y las respuestas de la comunidad.

La Relación entre Violencia Basada en Género, Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA

Violencia basada en género puede producir muchos resultados negativos para la salud y el bienestar de la mujer. Las consecuencias de violencia basada en género pueden resultar fatales, como en homicidio, suicidio y muerte relacionada con el SIDA, o no fatales tales como síndromes de dolor crónico, lesiones traumáticas o fístulas ginecológicas traumáticas. Los efectos de violencia basada en género en salud sexual y reproductiva de la mujer están bien documentados y pueden producirse a través de caminos directos, como cuando las mujeres son forzadas a tener relaciones sexuales, así como a través de caminos indirectos, como el abuso sexual en la niñez que a veces puede hacer que la persona enfrente mayores riesgos

sexuales durante la adolescencia y la adultez. Al examinar violencia basada en género, los programas de salud podrán incrementar su eficacia; podrán equipar las mujeres sobrevivientes para que se beneficien de los programas existentes; y podrán evitar el aumento de violencia.

Aún no se ha investigado en gran medida la relación entre violencia basada en género y enfermedades infecciosas, con excepción de las infecciones de transmisión sexual tal como el VIH. Sin embargo, considerando lo que se sabe sobre la relación entre el VIH y las enfermedades tales como la tuberculosis, es posible que exista tal relación. Es necesario ampliar las investigaciones en esta área.

Tabla 3. Impacto documentado de la violencia basada en género sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA, de acuerdo con los elementos programáticos de salud global de USAID

Los elementos programáticos de salud global de USAID	Área clave	Cómo se relaciona la violencia basada en género a los logros de elementos programáticos de USAID
<p>Elemento de USAID de planificación familiar/salud reproductiva – Impulsar y apoyar la planificación familiar voluntaria y programas de salud reproductiva en todo el mundo</p>	<p>Menos embarazos no planeados</p>	<p>Es más probable que aquellas mujeres que hayan sido víctimas de hechos violentos en relaciones con la pareja o hayan sufrido abuso sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilicen algún método de planificación familiar en forma clandestina; • Sean impedidas por sus compañeros íntimos de utilizar algún método de planificación familiar; • Tengan compañeros íntimos que se nieguen a utilizar condones (García-Moreno, 2002); • Presenten un mayor índice de embarazos no planeados (Gazmararian et al., 1995; Morrison y Orlando, 2004); • Sean víctimas de una mayor incidencia de abortos inseguros (Campbell, 2002); y • Queden embarazadas durante la adolescencia (Heise et al., 1999).
<p>Elemento de USAID de salud materna e infantil – Mayor uso de intervenciones clave con respecto a salud y nutrición materna</p> <p>– Mayor uso de intervenciones clave con respecto a salud y nutrición infantil</p>	<p>Menor índice de mortalidad materna</p> <p>Mejorar la supervivencia infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El abuso físico sucede en aproximadamente el 4 y el 15 por ciento de los embarazos (Campbell, 2002; Jewkes et al., 2001; Muhajarine, 1999). • El abuso durante el embarazo implica un riesgo directo para la madre y el bebé debido a los traumas físicos y el incremento a las enfermedades crónicas, así como riesgos indirectos tales como depresión, drogadicción, tabaquismo, anemia, aborto durante el primer y segundo trimestre, atención prenatal tardía y poco aumento de peso de la madre (Campbell et al., 2004; Amaro et al., 1990; Campbell et al., 1992; Goodwin et al., 2000; McFarlane et al., 1996; Heise et al., 1999). • Las mujeres que han sufrido violencia física por el compañero íntimo son más propensas a tener complicaciones durante el parto (Morrison y Orlando, 2004). • Entre mujeres embarazadas, la violencia por parte del compañero íntimo es más común que la pre-eclampsia o la diabetes gestacional—condiciones que habitualmente se detectan en la atención prenatal (Gazmararian et al., 1996; Campbell et al., 2004). • El abuso durante embarazo ha sido relacionado con un leve significado al peso bajo del bebé al nacer (Murphy et al., 2001). • Infantes de mujeres abusadas tienen mayor probabilidad de morir antes de los cinco años (Asling-Monemi et al., 2003). • Infantes de mujeres maltratadas muestran tasas más elevadas de desnutrición, mostrado a través de tasas más elevadas de diarrea e anemia y bajas alturas para su edad (Morrison and Orlando, 2004).

Tabla 3. Impacto documentado de la violencia basada en género sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA, de acuerdo con los elementos programáticos de salud global de USAID

Los elementos programáticos de salud global de USAID	Área clave	Cómo se relaciona la violencia basada en género a los logros de elementos programáticos de USAID
<p>Elemento de USAID de VIH/SIDA – Mayor uso de respuestas mejoradas, eficaces y sostenibles para reducir la transmisión del VIH y para mitigar el impacto epidémico del VIH/SIDA.</p>	<p>Menos ITS/VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La violación puede resultar en la transmisión del VIH. No solo la mayoría de actos de violencia sexual se llevan a cabo sin protección, sino que lastimaduras y traumas vaginales aumentan el riesgo de transmisión del virus (Jansen et al., 2002). • Es más probable que las víctimas de violencia basada en género tengan conductas de riesgo, tales como el uso de drogas inyectables, que puede aumentar el riesgo a la exposición al VIH (Abdool, 2001; Choi et al., 1998; Gilbert et al., 2002; Heise et al., 1999; Wyatt et al., 2002). • Se ha demostrado que la violencia por parte de un compañero íntimo implica un factor de riesgo para las ITS que, a su vez, pueden aumentar el índice de transmisión del VIH (Bogart et al., 2005; Fonck et al., 2005; Lichtenstein, 2005; Thompson et al., 2002). • Con frecuencia, víctimas de violencia basada en género no pueden negociar el uso de condones (Campbell y Soeken, 1999; Davila, 2002; Davila y Brakley, 1999; Wingood y Clemente, 1997). • El hecho de sugerir el uso de condones puede aumentar el riesgo de un hecho de violencia contra la mujer (Gielen et al., 2000; Heise et al., 1999). • La violencia o el temor a ser víctima de un hecho de violencia pueden impedir que la mujer se haga una prueba de VIH o el hecho que se lo haga puede desencadenar hechos de violencia (Gielen et al., 2000; Heise et al., 1999; Maman et al., 2001; Maman et al., 2002; Zierler et al., 2000). • La violencia basada en género afecta negativamente la capacidad de mujeres con SIDA a tener una vida positiva,¹ tener acceso a atención, tratamiento y apoyo (Gruskin et al., 2002; Lichtenstein, 2006; Liebschutz et al., 2005; Sowell et al., 1999; Stevens y Richards, 1998). • El abuso de alcohol por hombres y mujeres se relaciona con la mujer teniendo el mayor riesgo de sufrir violencia basada en género, así como infección de VIH (Ashley et al., 2006; Dunkle et al., 2004; Mackenzie et al., 2007; McDonnell et al., 2003; Morris et al., 2006; Phorano et al., 2005).

¹ “Tener una vida positiva” se refiere a la capacidad de personas a ser positiva, mantener y promover su salud física, psicológica y emocional junto con promover la salud y bienestar de las personas que estén a su alrededor.

Principios para Guiar la Programación de VBG

Al igual que ocurre con los servicios de planificación familiar, de salud maternal y de VIH, el trabajo en el área de violencia basada en género requiere prestar especial atención a la confidencialidad, privacidad, consentimiento informado y a temas relacionados con la divulgación de información. Ya que las consecuencias son grandes para las mujeres sobrevivientes, la información que existe acerca de “buenas prácticas” en este campo sugiere que las organizaciones deben seguir principios básicos al diseñar e implementar las iniciativas de VBG. En general, todas las decisiones deben basarse en el principio de “no causar daños.” Entre los principios más específicos se incluyen:

Garantizar que, por encima de todo, todas las actividades respeten la seguridad y la autonomía de las sobrevivientes

- Alentar a los profesionales de salud que aborden los temas relacionados con la VBG con sus clientes únicamente después de tomar las medidas necesarias (sensibilización, capacitación continuada, monitoreo) para garantizar que los proveedores exhiban actitudes y comportamientos apropiados y para asegurar la privacidad y la confidencialidad de las clientes.
- Estimular a los programas y al personal a informar a las mujeres de opciones con las que cuentan para que tomen sus propias decisiones sin que éstos influyan en forma indebida.
- Si las organizaciones de salud no están equipadas para tratar directamente los temas de violencia basada en género durante una consulta (por ejemplo, por falta de espacios privados), deben encontrar otro modo para asistir a las sobrevivientes. Por ejemplo, promoviendo y proveyendo información en salas de espera y en baños sobre los servicios de referencia para víctimas de violencia.
- Cuando sea posible, mujeres y comunidades deben participar en el diseño, la implementación y la evaluación de las intervenciones.

Garantizar la relevancia y lo adecuado de las intervenciones para escenarios locales

- Llevar a cabo un análisis de la localidad antes de diseñar cualquier intervención.
- Garantizar la relevancia cultural de las intervenciones, especialmente cuando se adaptan actividades implementadas originalmente en otros contextos.
- Apoyar la obtención y divulgación de datos locales para utilizar en la sensibilización y abogacía de políticas (aplicando los lineamientos éticos de la OMS, WHO 2001).

Aplicar una perspectiva de salud pública y de derechos humanos

- Utilizar información actualizada para resaltar la magnitud y los efectos que violencia basada en género produce en la salud.
- No permitir el uso de “cultura” o de “tradición” para justificar violencia basada en género; reformular el tema como problema de salud pública y violación de derechos humanos.
- Cuestionar normas que consideran violencia del compañero íntimo aceptable (tales como el derecho de hombres a “disciplinar a sus esposas”) o que es un asunto privado.
- Promover que los derechos humanos son inalienables e indivisibles; la mujer debe tener derecho a vivir sin violencia basada en género bajo cualquier circunstancia.
- Fortalecer a comunidades para que desafíen normas que condonan violencia basada en género.

Promover intervenciones multisectoriales que actúen en diversos niveles

- Llevar a cabo un análisis de la localidad para identificar organizaciones locales que sean activas en el área de violencia basada en género y tomar una decisión estratégica sobre acciones a adoptar.

- Trabajar conjuntamente con organizaciones de distintos sectores (policía, poder judicial, apoyo social, etcetera) y con programas que se concentran en otras áreas tales como el tema del embarazo en adolescencia, drogadicción, etcetera.
- Apoyar actividades, tanto a nivel local, como nacional.

Invertir en evaluación tanto para monitorear los resultados como para proteger la seguridad de las mujeres sobrevivientes

- Garantizar que programas se basen en lecciones aprendidas en el campo sobre mejores prácticas (para obtener más información sobre actividades promisorias sobre violencia basada en género, remítase a Bott et al., 2005 y Guedes, 2004).

- Monitorear y evaluar las actividades sobre VBG en forma más rigurosa.
- Cuando sea posible, promover participación de mujeres y beneficiarios de otros programas en el proceso de evaluación.
- Documentar y difundir lecciones aprendidas lo más ampliamente posible.

PARTE II

FUNDAMENTOS Y ACCIONES

NOTA :

La siguiente sección se trata “por qué” y “cómo” diferentes enfoques (movilización comunitaria, servicios de salud, etcetera) deberían abordar la violencia basada en género. Se basa en información actualmente disponible sobre intervenciones promisorias en este campo. A pesar de no tratar programas específicos en forma detallada, se puede obtener información adicional sobre intervenciones promisorias en la revisión bibliográfica comisionada por USAID, titulada “*Addressing GBV from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis*” (Guedes, 2004). (Cómo abordar la violencia basada en género desde el sector de salud reproductiva/VIH: revisión y análisis bibliográfico) en: <http://www.prb.org/pdf04/AddressGendrBasedViolence.pdf>.

Los programas que ofrecen servicios de salud tienen un rol preponderante en la respuesta a la VBG y en mitigar sus efectos. Otros enfoques—tales como la movilización comunitaria y la comunicación para cambio social y de conducta—pueden resultar más apropiados para evitar la violencia contra la mujer en primer lugar y reducir los niveles generales de VBG a largo plazo. Con este fundamento, **la secuencia en que se presentan los temas tiene como objetivo llamar atención hacia estrategias que demuestran ser más prometedoras en prevención.**

Programas de Movilización Comunitaria

Razones POR QUÉ los programas de movilización comunitaria deberían abordar violencia basada en género

Los estudios sugieren que normas sobre género y aceptación de violencia influyen en gran medida en la prevalencia de violencia basada en género. Por ejemplo, en varios países, la información proporcionada por Encuestas de Demografía y Salud demuestran que los hombres y las mujeres creen que los maridos están justificados al golpear a sus esposas si éstas desobedecen y/o se niegan a tener relaciones sexuales (Kishor y Johnson, 2004). Aún en aquellos entornos donde violencia contra la mujer no cuenta con tal apoyo, con frecuencia, la sociedad culpa y estigmatiza a la mujer—en lugar de a los perpetradores—por hechos de violencia física y sexual. Las estrategias de movilización comunitaria ofrecen medios promisorios para evitar VBG modificando normas comunitarias sobre género y sobre aceptación de violencia.

Las estrategias de movilización comunitaria también ofrecen un importante medio para mejorar la respuesta comunitaria ante violencia basada en género una vez que esta ocurre. En primer lugar, en muchos países, violencia familiar se considera un asunto privado en el cual extraños no deben intervenir. Estas normas impiden que profesionales puedan ofrecer asistencia adecuada a mujeres sobrevivientes; así mismo, impiden que la mujer solicite ayuda a familiares, amigos y de la comunidad. Otra razón por qué la movilización comunitaria es esencial para mejorar la respuesta a violencia es que las organizaciones que prestan servicios deben colaborar entre ellas y con el resto de la comunidad para garantizar que redes de derivación a especialistas estén en su lugar y que las mujeres puedan acceder a una serie de servicios de calidad adecuada, tales como refugios de emergencia, atención médica, consejería, protección policial y ayuda económica, entre otros.

Razones seleccionadas POR LAS QUÉ los programas de movilización comunitaria deberían abordar violencia basada en género

- La prevención de VBG depende del cambio de las normas comunitarias sobre la igualdad de género y la aceptación de la violencia contra la mujer; las intervenciones destinadas a individuos no son suficientes.
- Los programas de movilización comunitaria pueden modificar las actitudes y las conductas relacionadas con la violencia y promover relaciones más equitativas entre hombres y mujeres.
- Para prevenir VBG es necesario que los perpetradores sean considerados responsables en lugar de culpar a las víctimas.
- Por lo general, para garantizar una respuesta integral a las sobrevivientes se requiere la movilización de coaliciones y de prestadores de servicios de las redes de referencia en la comunidad para que trabajen en forma conjunta.
- El cambio de las normas es esencial para ayudar a que las mujeres sobrevivientes puedan tener ayuda de sus familiares y de los servicios comunitarios.
- Los programas de movilización comunitaria tienen el potencial para mejorar el fortalecimiento económico de la mujer—otra estrategia a largo plazo para evitar VBG.

CÓMO los programas de movilización comunitaria pueden abordar violencia basada en género

1) **Apoyar actividades que integren la movilización comunitaria en lo que respecta a VBG en programas de salud y desarrollo existentes.** Como la vulnerabilidad a violencia es consecuencia de condición social, económica y política de la mujer, los programas que trabajan en salud y en fortalecimiento de la mujer pueden contribuir en prevenir violencia basada en género o, por lo menos, mejorar la respuesta comunitaria ante VBG. Cada vez

mayor cantidad de pruebas sugiere que programas de VIH deberían tomar en cuenta explícitamente violencia basada en género de modo de tratar ambos temas (ver, por ejemplo, Dunkle et al., 2004; Garcia-Moreno y Watts, 2000; Maman et al., 2000), y existen oportunidades para incorporar intervenciones sobre violencia basada en género dentro de programas de salud materna y de salud reproductiva.

2) Apoyar actividades que buscan reducir la tolerancia a violencia basada en género a nivel comunitario a través del trabajo con niños y hombres. Los datos sugieren que una forma más promisorio para reducir la tolerancia de las comunidades con respecto a violencia basada en género es promover normas de género más equitativas junto con niños y hombres. Actividades promisorias en esta área (tales como, *Men as Partners*, *Raising Voices* y *Stepping Stones*, todas descritas en Guedes 2004) señalan varias lecciones (para una evaluación de los programas, remítase a Barker, Ricardo y Nascimento, 2007). Por ejemplo, el cambio de normas puede resultar más fácil entre niños y hombres jóvenes cuando no están aún profundamente arraigadas. En segundo lugar, aparentemente, los programas son más exitosos cuando acentúan los beneficios positivos de la equidad de género en lugar de basarse únicamente en mensajes negativos. Algunos programas de movilización comunitaria de escala reducida resultaron exitosos en el cambio de las conductas violentas de los hombres a través de sanciones sociales impuestas por la comunidad. Por ejemplo, el programa *Stepping Stones* en Gambia (Shaw y Jawo, 2000) y *ReproSalud* en Perú (Rogow y Bruce, 2000), revelaron datos cualitativos de programas que habían producido reducción en violencia por parte del compañero íntimo en ciertas comunidades. Sin embargo, estos programas lograron dichos resultados—no a través de mensajes negativos exclusivamente—sino mediante un trabajo cuidadoso para obtener apoyo entre hombres para eliminar violencia y crear oportunidades en la comunidad para que mujeres y hombres dialogasen sobre temas que les preocupaban.

3) Apoyar programas que movilicen amplia representación de bases de la comunidad. Es muy posible que los programas de movilización comunitaria sean eficaces cuando alcanzan a todas partes de la comunidad (mujeres, hombres, jóvenes y niños/as) así como a diferentes organizaciones comunitarias (consejos de salud, líderes religiosos y tradicionales, grupos

deportivos, policía, escuelas, ONG, organizaciones basadas en la fe, etcetera). En lugar de imponer soluciones desde afuera, los programas pueden trabajar con comunidades de modo que puedan comprender los patrones y consecuencias de violencia contra la mujer y desarrollen sus propias estrategias para evitar y responder a VBG.

4) Apoyar esfuerzos para crear alianzas entre líderes de la comunidad, profesionales del gobierno y ONG para abordar VBG al nivel comunitario. Experiencias de los programas llevados a cabo en diversos escenarios destacan la importancia de que líderes locales participen (formal e informalmente) y desarrollen estrategias comunitarias para tratar el tema de VBG. La colaboración entre la sociedad civil y gobiernos locales puede resultar esencial tanto para mejorar la respuesta comunitaria ante violencia, como para ayudar a reducir niveles de violencia a largo plazo (Michau y Naker, 2004). En algunos escenarios (por ejemplo, Costa Rica, Sudáfrica y Uganda), unos programas arrojaron resultados prometedores gracias al desarrollo de redes, coaliciones y fuerzas de tareas formales e informales (por ejemplo, Bott et al., 2005). Dichas redes pueden producir o abogar por reformas legislativas y políticas, aumentar la inversión pública y privada para programas sobre VBG, desarrollar redes de derivación a especialistas, lograr apoyo para reformas institucionales, garantizar que los servicios presten una atención integrada a mujeres sobrevivientes y aumentar la conciencia de la comunidad en general.

5) Apoyar esfuerzos de movilización comunitaria para mejorar el acceso de mujeres sobrevivientes a los servicios. Los programas comunitarios pueden facilitar acceso de la mujer a los servicios, en primer lugar, las organizaciones comunitarias se movilicen de modo que puedan proporcionar una mejor respuesta a violencia basada en género (por ejemplo, refugios, consejería, atención médica, protección policial, ayuda económica u otros tipos de servicios sociales) y, en segundo lugar, lograr que la comunidad tome conciencia sobre servicios existentes para sobrevivientes de violencia. Campañas de gran envergadura para alentar a las mujeres a buscar ayuda no deben lanzarse antes de asegurar que existan recursos comunitarios adecuados para que las mujeres sobrevivientes de VBG no sean estigmatizadas o culpadas en lugar de recibir apoyo. Pasos para mejorar la respuesta comunitaria incluyen:

- Desarrollar un entorno comunitario solidario que la mujer se sienta segura cuando solicita ayuda;
- Identificar los recursos comunitarios existentes, incluyendo las carencias;
- Mejorar la capacidad de instituciones existentes—informales y formales (incluyendo ONGs)—para responder a mujeres que han sido víctimas de hechos de violencia;
- Fortalecer la relación entre organizaciones; y
- Difundir información sobre servicios existentes a través de grupos comunitarios, campañas publicitarias y mecanismos de derivación a especialistas (incluyendo líneas telefónicas “hotline” en aquellos lugares donde la infraestructura lo permite).

6) Proporcionar apoyo financiero a largo plazo para permitir actividades de movilización comunitaria que cuenten con tiempo suficiente para producir cambios y documentar resultados. Movilizar la comunidad para reducir violencia contra la mujer requiere un compromiso a largo plazo para cambiar

creencias y conductas muy arraigadas. Para lograr un cambio significativo, donantes deben destinar fondos suficientes durante varios años. Asimismo, programas de movilización comunitaria requieren tiempo para evaluar su progreso y documentar pruebas de lo que funciona. Estimación de un plazo adecuado para dichos programas constituye un desafío ya que existen muchos factores que influyen en el tiempo necesario para producir un cambio sostenible, incluyendo la extensión geográfica del área del programa, la cantidad de habitantes, el número de personas que trabajan en el proyecto, su capacidad para implementar el programa, el nivel de resistencia de la comunidad, la existencia de financiación interrumpida y adecuada, el interés por parte de instituciones locales y de miembros de la comunidad para colaborar, la fuerza de líderes gubernamentales y de ONG, etcetera. Sin embargo, considerando estas variables, Lori Michau, coordinadora de Raising Voices (una ONG con mucha experiencia en el tema), estima que el plazo mínimo para un programa de movilización de la comunidad debería ser de dos años y de tres a cuatro años sería un plazo más adecuado (comunicación personal).

Iniciativas promisorias: *Raising Voices*

El Proyecto para la Prevención de Violencia Doméstica se estableció en el año 2000 como asociación entre Raising Voices (Levantando las Voces), la *National Association of Women's Organizations in Uganda* (La Asociación Nacional de Organización de Mujeres, NAWOU por sus siglas en inglés) y ActionAid con el fin de probar el enfoque establecido en “*Mobilizing Communities to Prevent Domestic Violence: A Resource Guide for Organizations in East and Southern Africa*” (“Movilizando comunidades para prevenir la violencia doméstica: manual de referencia para organizaciones en el Este y Sur de África”). Como consecuencia del éxito del proyecto, en 2003 se convirtió en una entidad independiente junto con *Raising Voices* y cambió su nombre a *Center for Domestic Violence Prevention* (Centro para la prevención de la violencia doméstica, CEDOVIP por sus siglas en inglés).

Actividad comunitaria tiene por objeto impedir violencia doméstica trabajando estrechamente y durante un largo plazo de tiempo con una muestra representativa de miembros y líderes comunitarios para modificar actitudes y conductas que perpetúan violencia contra la mujer. El programa tiene como fundamento un marco de derechos humanos. No solo se basa en la noción de que la mujer tiene derecho a vivir sin violencia, sino que también se concentra en la responsabilidad colectiva para conservar y respetar este derecho.

La propuesta del proceso de movilización comunitaria para el proyecto se compone en cinco etapas:

- Etapa 1: *Evaluación de la comunidad* para recaudar información básica sobre actitudes y creencias sobre violencia doméstica. En esta etapa, más de 400 miembros de la comunidad participaron en entrevistas, discusiones de grupos focales y cuestionarios.
- Etapa 2: *Lograr que gente tome conciencia* sobre violencia doméstica y consecuencias negativas en la comunidad en general y entre sectores profesionales clave tales como servicios de atención médica, agentes del orden público, etcetera.
- Etapa 3: *Desarrollo de redes* de apoyo, acción y fuerza para fortalecer a individuos para que tomen medidas y realicen cambios.
- Etapa 4: *Integrando acciones* en contra la violencia familiar en la vida diaria y sistemáticamente en las instituciones.
- Etapa 5: *Consolidación de esfuerzos* para garantizar sostenibilidad, crecimiento continuo y progreso.

Fuente: Guedes, 2004.

En Síntesis...

Los programas de movilización comunitaria DEBERÍAN	Los programas de movilización comunitaria NO DEBERÍAN
<p>Fomentar participación de cada sector de la comunidad en un esfuerzo para comprender violencia basada en género, diseñar soluciones e implementar y evaluar programas.</p>	<p>Imponer soluciones y normas desde afuera sin la adecuada participación y contribución comunitaria.</p>
<p>Movilizar estructuras existentes (consejos locales, grupos femeninos, uniones de madres, tribunales tradicionales, comités de líderes, etcetera) y organizaciones de la comunidad para que colaboren y brinden una respuesta integral a mujeres sobrevivientes.</p>	<p>Lanzar campañas para alentar a mujeres a que busquen ayuda antes de establecer recursos comunitarios para garantizar una respuesta adecuada a mujeres sobrevivientes.</p>
<p>Involucrar a hombres como aliados para promover beneficios provenientes de igualdad de género para toda la comunidad y promover modelos masculinos positivos.</p>	<p>Subestimar la importancia, el reto y el tiempo necesarios para cambiar creencias de hombres respecto a normas de género y eliminar violencia.</p>
<p>Alentar a comunidades que responsabilicen a perpetradores y desafíen las normas que toleran violencia contra la mujer como una práctica aceptable.</p>	<p>Aplicar estrategias basadas únicamente en acentuar mensajes positivos sobre la igualdad de género y las relaciones saludables.</p>
<p>Integrar estrategias de movilización comunitaria contra VBG en proyectos de salud y desarrollo existentes como los proyectos de salud reproductiva y VIH.</p>	<p>Subestimar desafíos que presenta lograr asociaciones eficaces con organizaciones que trabajan en temas diferentes, pero relacionados.</p>
<p>Considerar la necesidad de adaptar estrategias comunitarias importadas de otros contextos.</p>	<p>Pasar por alto normas socio-culturales, costumbres religiosas y prácticas locales.</p>
<p>Emplear diferentes estrategias para cambiar normas comunitarias, incluyendo medios de comunicación locales y abogacía política, activismo, capacitación y materiales de comunicación.</p>	<p>Concentrarse en una única estrategia que llegará solamente a un segmento limitado a la comunidad.</p>
<p>Realizar inversiones a largo plazo en actividades promisorias destinadas a cambiar normas comunitarias.</p>	<p>Esperar cambios inmediatos de normas y actitudes con respecto al género y violencia.</p>

Programas de Comunicación para el Cambio Social y de Conducta

Razones POR QUÉ los programas de Comunicación para el Cambio Social y de Conducta (CSBC, por sus siglas en inglés) deberían abordar la violencia basada en género

La CSBC abarca una serie de estrategias con los medios de comunicación masivos e interpersonales tales como la radio, televisión, teatro comunitario, talleres, revistas, campañas para la toma de conciencia, afiches, volantes y folletos. Muchos programas de salud han aplicado la CSBC con éxito para tratar otros temas de salud pública y el movimiento femenino tiene una larga experiencia en aplicación de estrategias de comunicación para abordar violencia basada en género (ver Drezin, 2001 y Drezin y Lloyd-Laney, 2003). En adición, como VBG está estrechamente relacionada con otros temas de la salud, la evidencia sugiere que muchas campañas existentes de comunicación en el área de salud podrían ser más eficaces si incluyeran temas relacionados con VBG en su trabajo, especialmente aquellos que tratan de prevención de embarazos no planeados y transmisión del VIH. Por último, el trabajo de comunicación también es una parte importante para otras estrategias utilizadas para abordar la VBG, incluyendo la abogacía política ante las autoridades, sensibilización y capacitación de proveedores y estrategias de movilización comunitaria.

DE QUÉ MODO los programas de Comunicación para el Cambio Social y de Conducta pueden abordar el tema de VBG

1) Apoyar actividades destinadas a reducir aceptación de violencia y promover un modelo de normas y conductas consistentes con la equidad de género. El primer paso para reducir los niveles de violencia basada en género consiste en modificar normas y actitudes que alientan o toleran VBG. Estrategias de comunicación pueden contribuir a cambiar normas y actitudes, por lo menos en tres niveles:

Razones seleccionadas POR LAS QUÉ los programas de CSBC deberían abordar violencia basada en género

- Para prevenir y responder a violencia basada en género es fundamental aumentar conciencia y cambiar actitudes, normas culturales y sociales y conductas.
 - Programas de CSBC pueden ayudar a mejorar respuestas comunitarias a VBG y desarrollar sistemas de apoyo para que mujeres sobrevivientes puedan acceder dicha ayuda.
 - Iniciativas de CSBC podrían ser más efectivas si reconocieran que muchas áreas de salud—tales como VIH y planificación familiar—están relacionadas con VBG y, por ello, deberían abordarse en forma simultánea.
 - Las estrategias de CSBC complementan otras actividades de prevención y respuesta a VBG modificando el entorno social y haciendo que mujeres tomen conciencia de servicios disponibles.
- A nivel individual, CSBC puede brindar información, aumentar conciencia y modificar actitudes. Estrategias de CSBC también pueden influir en conductas, incluyendo: comportamiento violento de perpetradores (por ejemplo, promoviendo hombres no violentos como modelos positivos); búsqueda de ayuda de mujeres sobrevivientes; y la respuesta compasiva de familiares, amigos y proveedores de servicios.
 - A nivel comunitario, CSBC puede influir en el entorno social y político, generar diálogo y debate e influir en iniciativas de políticas públicas.
 - A nivel social o nacional CSBC puede influir en discurso público y entorno político a nivel nacional e internacional.
- 2) Apoyar esfuerzos para integrar el tema de VBG a programas de CSBC existentes. Muchos programas que ya están aplicando estrategias de CSBC para tratar temas relacionados con violencia basada en género, incluyendo VIH y planificación familiar, pueden incorporar

mensajes y componentes sobre violencia basada en género en actividades del programa en general. Los programas de comunicación también pueden diseñar campañas focalizadas principalmente en violencia basada en género, tal como coerción sexual entre jóvenes, violencia del compañero íntimo o violación.

3) Apoyar esfuerzos para asociar actividades de comunicación con otros tipos de actividades relacionadas con VBG. Las alianzas entre esfuerzos de CSBC y otros tipos de programas son esenciales. Por ejemplo, pueden ayudar al público encontrar servicios en la comunidad y promover apoyo para cambios de políticas. En este sentido, es importante que los programas de CSBC establezcan relaciones con otras organizaciones en la comunidad o en el país, y que consideren la posibilidad de llevar a cabo actividades conjuntas tales como campañas que publiciten servicios o distribuyan material educativo en clínicas, escuelas y otros medios.

4) Apoyar actividades que buscan mejorar normas y actitudes entre niños y hombres. Solo se podrá eliminar violencia basada en género a largo plazo promoviendo normas de género más equitativas y no violentas junto con niños y hombres. Las actividades de CSBC pueden contribuir en este sentido, a) desafiando creencias y normas que favorecen aceptación y perpetuación de violencia basada en género y b) influyendo en tomar

conciencia, actitudes y conductas en niños y hombres, inclusive a través de los medios de comunicación masivos para promover modelos positivos de hombres que no ejercen violencia y que tienen valores y comportamientos más equitativos con respecto a papeles de género. En este escenario, puede resultar importante colaborar con líderes tribales y tradicionales, así como con las organizaciones basadas en la fe.

5) Apoyar actividades que utilizan múltiples formatos de medios de comunicación para dirigirse a una audiencia vasta, incluyendo jóvenes y hombres.

Las experiencias de varias actividades promisorias de CSBC señalan la importancia de utilizar diversos formatos en medios de comunicación—tales como, dramatizaciones en televisión en horas primordiales, dramatizaciones en radio, la prensa—aprovechando lo mejor de cada uno de éstos medios y llegar a diferentes audiencias. Así mismo, destacan el potencial del ‘edutenimiento’ (ver la tabla más abajo) para influir sobre las normas sociales entre jóvenes antes de que se apropien profundamente de las actitudes con respecto a género y violencia como los adultos.

6) Apoyar inversiones en rigurosos estudios que evalúen actividades de CSBC. A pesar de que la evaluación rigurosa es importante para todos los tipos de programas sobre violencia basada en género, las actividades de CSBC ofrecen un desafío específico debido a la dificultad que

Iniciativas promisorias: “Edutenimiento”

“**Puntos de Encuentro**” en Nicaragua y “**Soul City**” en Sudáfrica son dos de los mejores ejemplos del uso del “edutenimiento” para abordar violencia basada en género—estrategia que combina el entretenimiento y educación a través de programas en la radio o durante horarios primordiales en televisión, complementados con muchas otras estrategias de comunicación. Estas organizaciones han diseñado campañas para fomentar conciencia, establecer modelos de conducta, cambiar normas y actitudes sociales y demostrar consecuencias de resultados relacionados con diversos temas de salud y desarrollo.

Una evaluación reciente del proyecto de Puntos de Encuentro titulado “*Somos Diferentes, Somos Iguales*” (SDSI) revela que la exposición intervenciones fue generalizada. Esta exposición resultó en una reducción significativa en la desigualdad de género y en actitudes estigmatizantes, un incremento de conocimiento y uso de servicios relacionados con VIH y aumento significativo en la comunicación interpersonal sobre la prevención de VIH y el comportamiento sexual. Además, resultados indican que SDSI desempeñó un papel importante a través de promover diálogos al nivel comunitario sobre temas claves y fomentó alianzas entre organizaciones.

Fuente: Solórzano et al., 2008 y Guedes, 2004.

implica medir el cambio social a largo plazo. Por lo tanto, es importante apoyar evaluaciones diseñadas que identifiquen estrategias de comunicación que funcionan mejor para abordar diferentes tipos de violencia basada

en género a largo plazo, así como medir los resultados que se planificaron. (Para obtener más información sobre la evaluación de actividades de CSBC, diríjase a la sección G sobre monitoreo y evaluación).

En Síntesis...

Los programas de CSBC DEBERÍAN	Los programas de CSBC NO DEBERÍAN
Apoyar actividades a largo plazo en lugar de corto plazo.	Esperar que campañas de corto plazo resulten en efectos profundos o sostenidos.
Integrar el tema de violencia basada en género a programas de comunicación en el área de salud pública ya existentes.	Ignorar relaciones entre violencia basada en género y otros temas de salud tales como embarazos no planeados y VIH y pasar por alto oportunidades para integrar el tema de VBG.
Combinar estrategias de comunicación de medios de comunicación masivos con otras estrategias tales como prestación de servicios y movilización comunitaria.	Subestimar el esfuerzo imprescindible al desarrollo de relaciones necesarias para implementación de estrategias en coordinación con otros actores y organizaciones sociales.
Asegurarse de que imágenes y mensajes permitan fortalecimiento y no refuercen estereotipos tales como que mujeres son “víctimas” y los hombres “agresores.”	Hacer caso omiso a la necesidad de llevar a cabo investigación formativa y validar materiales junto a integrantes de población objetivo para evitar interpretaciones accidentales/no deseadas.
Apoyar programas que utilizan diferentes tipos de canales y formatos de comunicación, incluyendo el “edutenimiento.”	Negar fondos suficientes para campañas en medios (tales como telenovelas educativas) ya que pueden requerir una inversión inicial significativa.
Promover asociación entre organizaciones con programas complementarios y buscar oportunidades para financiar “partes que faltan” o actividades que complementan otras.	Apoyar a organizaciones que no deseen o no puedan trabajar en forma conjunta.
Priorizar inversiones en evaluaciones rigurosas y a largo plazo de actividades de CSBC.	Subestimar el plazo requerido para producir cambios sociales complejos relacionados a VBG.
Apoyar actividades que promueven cambios en normas entre múltiples segmentos de población (incluyendo a hombres y mujeres, adolescentes y adultos) y otros públicos tales como maestros, la policía y el sistema judicial.	Utilizar un único conjunto de mensajes para diferentes poblaciones objetivo. La experiencia de programas existentes sugiere que “Un talle no le queda bien a todos.” Por el contrario, si la actividad apunta a diferentes poblaciones, debe desarrollarse estrategias y mensajes específicos para cada grupo.

Programas de Provisión de Servicios de Salud

Razones POR QUÉ los programas de provisión de servicios de salud deberían abordar violencia basada en género

Las organizaciones de atención de salud—particularmente aquellas que trabajan en el campo de salud sexual y reproductiva—no pueden brindar mejor atención médica a mujeres a menos que se abarquen necesidades y la seguridad de mujeres víctimas de violencia. Más aún, los programas de salud que no tienen en cuenta consecuencias de violencia sexual y por parte de compañeros íntimos entre sus clientes pueden colocar inadvertidamente a mujeres y niñas ante el riesgo de violencia adicional—por ejemplo, no prestando debida atención a confidencialidad.

CÓMO los programas de servicios de salud pueden abordar violencia basada en género

El rol principal de servicios de salud consiste en atender las necesidades de mujeres afectadas por VBG y ayudarlas a que no vuelvan a estar expuestas a otros hechos de violencia. A pesar de que la prevención primaria (impedir hechos de violencia antes de que estos ocurran) es tan importante como su tratamiento, otros enfoques descritos en este documento (movilización comunitaria, CSBC, etcetera) pueden ser más aptos para prevenir VBG.

1) **Utilizar un “enfoque sistémico” para mejorar la respuesta de servicios de salud ante VBG.** Muchas organizaciones de atención médica han intentado abordar violencia basado en género ofreciendo una capacitación especial a sus profesionales e implementando un cambio en las políticas (por ejemplo, solicitando a proveedores que preguntaran a mujeres sobre violencia). Las evaluaciones de programas sugieren que, por lo general, estos esfuerzos limitados no mejoran la respuesta del sistema de salud o no producen cambios a largo plazo y perdurables. Más aún, en escenarios de bajos recursos en que los sistemas legales son débiles y no existen servicios de derivación

Razones seleccionadas POR LAS QUÉ los servicios de salud deberían abordar violencia basada en género

- Violencia basada en género es una de las causas principales de incapacidad y muerte entre mujeres.
- Programas de salud—incluyendo aquellos dedicados a VIH—serían más eficaces si reconocieran consecuencias de violencia contra la mujer en salud reproductiva.
- Profesionales de salud que no preguntan sobre violencia basada en género pueden hacer un mal diagnóstico de víctimas u ofrecer tratamientos inadecuados.
- Organizaciones que prestan servicios de atención médica pueden ser el primer o el único punto de contacto fuera de la casa para mujeres víctimas de violencia.
- Proveedores de servicios de salud que asesoran y proporcionan información a mujeres pueden ocupar una posición estratégica para contribuir a que mujeres soliciten ayuda antes de que hechos de violencia adquieran mayor frecuencia o intensidad.
- Si proveedores no están bien informados o preparados pueden colocar inadvertidamente a la mujer en una situación de mayor riesgo, especialmente aquellos que trabajan en consejería y pruebas voluntarias (VCT por sus siglas en inglés) y en el diagnóstico de ITS/notificación a compañeros íntimos (ver, por ejemplo, USAID/Synergy, 2004).
- Es posible que al abordar violencia basada en género mejore la calidad de atención médica de mujeres ya que ésta será de acuerdo a necesidades médicas y psicológicas.
- Organizaciones de salud pueden fomentar la toma de conciencia de la sociedad de que VBG es un problema de salud pública.

Fuente: Adaptación de Bott et al., 2004.

a especialistas, las medidas limitadas pueden hacer más mal que bien. Una creciente cantidad de evidencias sugiere que la forma más eficaz de mejorar la calidad de atención médica prestada a sobrevivientes de violencia,

es realizando cambios amplios en toda la estructura de organizaciones de salud—una estrategia llamada “enfoque sistémico” (Heise et al., 1999). A través del enfoque sistémico la violencia basada en género tiene consecuencias en cada uno de los aspectos de servicios de atención médica, desde la infraestructura física de una clínica (por ejemplo, si los consultorios son privados), hasta el tráfico de clientes, el apoyo al personal, la supervisión y capacitación y las redes de servicios a los especialistas. En realidad, cambiar la cultura profesional de toda la organización puede resultar primordial para convencer a profesionales de salud de que violencia contra la mujer es un tema relacionado con salud que debería formar parte de sus trabajos.

Componentes del “enfoque sistémico”

(Para obtener más información sobre cada uno de estos puntos, diríjase a la Tabla 4 al final de la sección.)

- Compromiso institucional con VBG como tema de salud pública y derechos humanos
- Políticas sobre acoso sexual
- Políticas e infraestructura que protejan privacidad y confidencialidad de clientes
- Conocimiento sobre leyes locales sobre VBG
- Capacitación y apoyo continuo para personal
- Redes de referidos a especialistas para ayudar a mujeres sobrevivientes a acceder servicios legales, consejería, casas de albergue, etcetera
- Protocolos para atención de mujeres sobrevivientes
- Servicios de emergencia tales como profilaxis, profilaxis posterior a la exposición (PEP, por sus siglas en inglés), para las ITS y anticoncepción de emergencia (apoyado por el gobierno.)
- Material educativo sobre VBG para clientes
- Sistemas de recolección de datos
- Monitoreo y evaluación de la calidad de atención

2) **Apoyar esfuerzos para integrar totalmente la atención de casos de VBG dentro de programas de salud existentes.** Algunos programas de salud abordan VBG creando servicios paralelos para sobrevivientes y limitando el rol del médico en cuanto a identificación y referencia de casos de VBG. Creación de servicios independientes para casos de VBG puede parecer más fácil a corto plazo, pero solo se puede mejorar la calidad de la atención e implementar intervenciones perdurables si los programas integran totalmente la atención de los casos de VBG a

todos los servicios de salud. Si se brindan capacitación continua y apoyo institucional, los programas pueden alentar a proveedores a considerar las consecuencias de violencia basada en género en todo aspecto de su práctica. Entre los ejemplos de este enfoque integrado se incluye a proveedores que consideran la posibilidad de que la mujer sea vulnerable a hechos de violencia por parte de su compañero íntimo cuando se les asesora sobre métodos anticonceptivos, se discute el uso del condón en la prevención de ITS/VIH y atención prenatal; proveedores que consideran la VBG como una explicación posible para las condiciones tales como ITS recurrentes y la interrupción en la anticoncepción; proveedores que reconocen las señales físicas y emocionales de abuso cuando examinan a clientes y programas de VIH/VCT que tienen políticas que reconocen el riesgo de violencia que corren las mujeres después de revelar su condición de VIH. Así mismo, los programas de salud deberían proporcionar exámenes y tratamientos compasivos de emergencia médica a sobrevivientes de VBG, incluyendo provisión de profilaxis posterior a exposición de VIH y anticoncepción de emergencia cuando esté apoyado por el gobierno su uso para sobrevivientes de violencia sexual.

3) **Apoyar esfuerzos a largo plazo para sensibilizar y capacitar a profesionales de salud sobre VBG.** Tal como se especificó anteriormente, profesionales de salud requieren apoyo, supervisión, incentivos y capacitación institucional para abordar VBG en forma adecuada. Sin embargo, por varias razones, la capacitación de proveedores ha presentado desafíos específicos. Por ejemplo, muchos profesionales de salud no están entrenados para reconocer que violencia contra la mujer es un tema de salud pública y, con frecuencia, comparten los mismos prejuicios y conceptos erróneos sobre VBG que el resto de la sociedad. Programas de salud aún están aprendiendo como capacitar en forma eficaz en esta área, pero a continuación se detallan algunas lecciones claves:

- La capacitación debe estar acompañada por un compromiso institucional más amplio y por esfuerzos para mejorar el funcionamiento (retroalimentación, supervisión, expectativas claras, etcetera) para mejorar la respuesta de los servicios de salud a VBG como un asunto de salud pública y de derechos humanos.
- Por lo general, las capacitaciones breves no son suficientes para modificar las actitudes y las prácticas de proveedores. Los programas deberían brindar una capacitación continua, frecuente, incluyendo

la capacitación del personal nuevo a medida que se le contrata.

- Seleccionar la persona encargada de la capacitación es crucial y debe tener amplios conocimientos sobre la epidemiología de la violencia, poder presentar material sensitivo de un modo que no sea amenazante, al mismo tiempo tener conocimiento de la cultura local, tener credenciales profesionalmente entre profesionales médicos y tener un compromiso para apoyar la equidad de género y derechos humanos.
- La capacitación debería comenzar explorando las creencias, preocupaciones y experiencias de cada participante sobre violencia, teniendo en cuenta que el personal mismo puede haber sido víctima de hechos de violencia o haberlos cometido.
- El personal debería estar sensibilizado y capacitado—desde el nivel gerencial hasta el administrativo; los profesionales tales como médicos y de psicología posiblemente necesiten una capacitación especializada.
- Cuando sea posible y apropiado, el tema de VBG debería integrarse a la capacitación sobre otros temas tales como VIH y educación sexual.
- La mejor forma de preparar a las próximas generaciones de profesionales de la salud es que las instituciones educativas de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, etcetera, integren VBG a sus programas de estudio.

4) Apoyar políticas de “detección de rutina” o “tamizaje de rutina” sólo cuando programas hayan implementado protecciones básicas para la seguridad física y emocional de la mujer. Muchas organizaciones de atención médica han comenzado a promover que el personal pregunte a las mujeres sobre la violencia como rutina del historial clínico—una práctica denominada “detección rutinaria” o “tamizaje de rutina.” No se han realizado ensayos clínicos acerca de detecciones de rutinarias para establecer si sus beneficios son más que los riesgos. Mientras que los programas de salud puedan garantizar protecciones básicas para la seguridad y bienestar de mujeres, los beneficios potenciales de la identificación temprana de casos de violencia constituyen una razón importante para que las organizaciones de salud garanticen que proveedores tengan la capacidad y el apoyo institucional para ofrecer seguridad y oportunidades múltiples para reportar

hechos de violencia. **Pero existe consenso total que las organizaciones de salud deben poder garantizar precauciones básicas para proteger las vidas, salud y bienestar de mujeres antes de implementar la detección rutinaria.**

Antes de implementar la detección rutinaria, los programas de salud deben garantizar que:

- Pueden proteger privacidad y confidencialidad de la mujer.
- Profesionales de salud tienen conocimientos, actitudes y capacidades adecuadas.
- Proveedores tienen algo que ofrecer a mujeres víctimas de hechos de violencia, aún si se limita a una respuesta compasiva, atención médica adecuada, información sobre derechos legales y recursos en la comunidad y un plan de seguridad para la mujer que está en peligro.

5) Apoyar la participación de organizaciones de salud en esfuerzos más amplios de prevención, redes de referencia y en campañas de incidencia política. El rol principal de los servicios de salud en el área de violencia basada en género consiste en responder a mujeres que han sido víctima de hechos de violencia, mitigar las consecuencias negativas y ayudarles a encontrar la forma de evitar otros hechos de violencia. Sin embargo, los programas de salud también deberían de extender más allá de las paredes de su clínica de modo y por razones siguientes:

- El desarrollo de redes de referencia entre servicios de salud, sociales y legales en la comunidad puede ser esencial para facilitar el acceso a los servicios, reducir la duplicación de los mismos e identificar las carencias de servicios a la mujer para formulación de políticas y donaciones.
- La participación en campañas de apoyo de políticas públicas, talleres y otros foros públicos, profesionales y organizaciones de salud, pueden exhortar a los que formulan políticas y toman decisiones, de abordar violencia basada en género como un problema de salud pública.
- Las organizaciones de salud pueden elevar su perfil como un recurso para mujeres que son víctimas de violencia al establecer vínculos y alianzas con esfuerzos amplios de prevención de VBG, tales como los lanzados por otras ONG.

6) **Impulsar programas de salud que consideran la sostenibilidad económica antes de lanzar servicios sociales especializados para víctimas (por ejemplo, consejería, grupos de apoyo).** En escenarios en los que las comunidades no cuentan con los servicios sociales o legales adecuados para mujeres sobrevivientes, a veces los programas de salud consideran prestar servicios especializados tales como asesoramiento legal, psicológico, servicios de defensa de las víctimas, en adición a otros. Algunos programas de salud han documentado experiencias positivas en esta área (por ejemplo, ver Bott et al., 2004). Sin embargo, dichas inversiones deben realizarse con cuidado teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Los programas de salud deberían estar atentos de no duplicar los servicios existentes o competir con organizaciones que estén mejor equipadas. En algunos casos, es posible que sea mejor para un

programa de salud fortalecer otras organizaciones sociales o legales de la comunidad a través de alianzas, capacitación y recolección conjunta de fondos.

- Los programas de salud deberían intentar identificar servicios sociales que puedan prestar servicios de manera costo-efectiva, sostenible y factible. Por ejemplo, los servicios de psicoterapia individual y los albergues para mujeres golpeadas son enfoques muy caros que rara vez son factibles, costo-efectivos o sostenibles en escenarios de pocos recursos, resultando problemáticos por otras razones sociales o culturales. En los países con bajos ingresos, algunos programas de salud han encontrado alternativas de bajo costo tales como grupos de apoyo para sobrevivientes en lugar de psicoterapias individuales o estrategias para ayudar a mujeres a encontrar lugares seguros, informales en casas de familiares, amigos o voluntarios como alternativa a los albergues formales.

El debate actual sobre riesgos y beneficios comparativos de detección rutinaria

Algunos investigadores han planteado la inquietud de que las “detecciones rutinarias” podrían ocasionar más daños que beneficios en aquellos escenarios en que hay pocos servicios de referido a especialistas, donde los sistemas legales son débiles y donde actitudes negativas y falta de capacitación podrían impedir que proveedores de salud respondan compasivamente cuando la mujer revela sido abusada. Por otro lado, algunos dicen que las “detecciones rutinarias” son una forma esencial para garantizar atención de salud adecuada y de buena calidad para la mujer, y para identificar a mujeres que están en peligro de ser víctimas de otros hechos de violencia. Aún en los escenarios de bajos recursos, cuando no se dispone de servicios de referencias, el hecho de preguntar a las mujeres sobre la violencia y responder en forma humana podría producir beneficios al tranquilizarlas, ayudándoles a tomar conciencia de cómo violencia afecta la salud y la salud de los hijos, y ayudar a mujeres y niñas a solicitar ayuda antes de que los hechos de violencia adquieran mayor dominio. Por lo tanto, la evidencia sugiere que si programas de salud implementan precauciones básicas para proteger la seguridad de la mujer tal como se describió en el “enfoque sistémico,” es posible que los beneficios de la detección sean mayores que los riesgos.

En Síntesis...

Los programas de servicios de salud DEBERÍAN	Los programas de servicios de salud NO DEBERÍAN
Incluir VBG en programas de VIH/SIDA y de salud reproductiva en las actividades existentes.	Pasar por alto las consecuencias de VBG, especialmente de salud sexual y reproductiva dentro de la consejería sobre planificación familiar y durante pruebas voluntarias para VIH.
Apoyar los esfuerzos a nivel institucional para abordar VBG con “enfoque sistémico” (financiando todos los elementos o parte, colaborando con las agencias del sector público, organizaciones no gubernamentales y aquellas que aborden VBG en forma activa).	Apoyar capacitaciones limitadas a menos que formen parte de un esfuerzo institucional extensivo que integre VBG en la atención médica de la mujer.
Apoyar esfuerzos a largo plazo para sensibilizar y capacitar a profesionales de salud, incluyendo integración de VBG en programas de estudio de facultades de medicina, escuelas de enfermería, etcetera.	Utilizar capacitadores que no cuenten con experiencia adecuada o no estén comprometidos con VBG como tema inherente a salud pública y derechos humanos.
Garantizar que proveedores reconozcan y escuchen experiencias de mujeres sobre VBG sin juzgarlas y compasivamente.	Permitir que proveedores y personal de otros servicios de salud ignoren o culpen a mujeres víctimas de hechos de violencia.
Requerir que programas protejan la seguridad, privacidad y confidencialidad de la mujer antes de lanzar políticas de detección rutinarias.	Apoyar actividades de detección rutinaria a menos que programas de salud hayan establecido medidas básicas para proteger la seguridad de la mujer para ofrecerles ayuda.
Invertir en investigación para recaudar evidencia sobre intervenciones de salud eficaces.	Financiar programas que no tomen en cuenta la bibliografía existente sobre mejores prácticas o que no evalúen la seguridad y eficacia de sus esfuerzos.
Apoyar programas de salud que desean prestar ciertos tipos de servicios sociales a mujeres sobrevivientes en escenarios en que no existen dichas alternativas, en tanto sean apropiados, perdurables y no suplanten servicios prestados en otras partes de la comunidad.	Fomentar que programas de salud inviertan en servicios que no son económicamente sostenibles.

Tabla 4. Elementos clave de enfoque sistémico para mejorar la respuesta de servicios de salud ante violencia basada en género

La siguiente tabla es una adaptación de “Fortaleciendo la respuesta del sector de salud a VBG: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo” (Bott et al., 2004).

Elementos clave	Por qué este elemento es importante
<i>Fortalecer el compromiso institucional para abordar VBG</i>	El compromiso general de una institución puede influir en gran medida la cultura profesional de las organizaciones de salud. Idealmente, directores deberían reconocer que VBG es un problema de salud pública y una violación de derechos humanos y deberían apoyar el esfuerzo para mejorar la respuesta de servicios de salud ante hechos de violencia. El ambiente de trabajo debería promover respeto del personal, incluyendo mujeres y personas en cargos subordinados y demostrar un compromiso para eliminar violencia a través de una política que prohíba el acoso sexual en lugares de trabajo.
<i>Colaborar activamente con organizaciones que abordan VBG</i>	Aceptar que VBG requiere acciones multidisciplinarias. Una sola organización no puede llevar a cabo o financiar todos el proceso, cada institución debe colaborar para evaluar y decidir qué parte del rompecabezas adoptará. La incapacidad de realizar todos los pasos necesarios debería motivarles a colaborar y adoptar el tema.
<i>Mejorar la privacidad y confidencialidad de toda mujer que se acerque a obtener servicios de salud a través de cambios a infraestructura y políticas clínicas</i>	La privacidad y confidencialidad son esenciales para la seguridad de mujeres en cualquier caso que requiere atención médica. La violación de confidencialidad sobre embarazo, condición VIH y otros temas, expone involuntariamente a mujeres y niñas en riesgo de futuros hechos de violencia. Más aún, mujeres necesitan privacidad y confidencialidad para revelar hechos de VBG sin temor a represalias. Los programas deben garantizar privacidad, que los procedimientos clínicos no exijan que las mujeres revelen información personal en áreas públicas tales como en la recepción y que las políticas establezcan dónde y cuándo los proveedores pueden compartir información personal de las clientes.
<i>Mejorar la comprensión por parte del personal de salud y de legisladores locales y nacionales acerca de cómo violencia afecta la mujer y el sector de salud pública</i>	Tanto gerentes como proveedores de servicios deben conocer las leyes sobre VBG, incluyendo qué constituye un delito, cómo preservar las pruebas forenses, cómo denunciar hechos de VBG, de qué modo mujeres pueden obtener órdenes de protección, qué deben hacer las mujeres si desean separarse y qué tienen que hacer legalmente el personal de salud cuando identifican un caso de abuso sexual en menores. Estos conocimientos permiten que profesionales de salud provean información precisa a mujeres sobrevivientes y garanticen recolección de pruebas forenses cuando corresponde. Además, estos conocimientos también pueden aliviar la preocupación de proveedores sobre su rol en procedimientos legales.
<i>Mejorar conocimientos, actitudes y habilidades de proveedores a través de sensibilización y capacitación</i>	Todo personal de salud que atienda mujeres debe estar preparado para responder con capacidad y en forma compasiva ante la revelación de hechos de VBG. Aún cuando proveedores no pregunten acerca de violencia, la mujer puede revelar hechos de violencia en forma voluntaria. Aquellos proveedores que respondan en forma inadecuada pueden provocar un gran daño emocional o no prestar la atención médica esencial. Más aún, al ignorar la posibilidad de que una mujer viva con violencia basado en género puede hacer que sea imposible que el personal asesore eficazmente a mujeres sobre métodos anticonceptivos, prevención de VIH o el tratamiento para condiciones de salud tales como ITS recurrentes. Cada institución deberá decidir cuánta capacitación puede brindar a su personal. Como mínimo, el personal debería comprender la epidemiología de VBG y las necesidades de mujeres que sobreviven a estos hechos. Así mismo, las organizaciones deberían ofrecer apoyo emocional a profesionales de salud que trabajan en área de violencia basado en género.
<i>Fortalecer redes de referencia y facilitar acceso de mujeres sobrevivientes a recibir servicios</i>	Es difícil que una única organización atienda todas las necesidades de las mujeres sobrevivientes, así que los programas de salud deberían investigar a servicios legales y sociales locales, compilar esta información para el personal de salud y desarrollar redes de referencia para facilitar el acceso a mujeres sobrevivientes. Por otro lado, las organizaciones deberían considerar la implementación de servicios internos, incluyendo intervenciones de bajo costo tales como grupos de apoyo para mujeres y niñas que han sido identificadas como intervenciones importantes para sobrevivientes de VBG. Las redes y alianzas también permiten que el sector de salud desempeñe un rol importante debatiendo políticas y fomentando la toma de conciencia de cómo violencia contra la mujer es un problema de salud pública.

Tabla 4. Elementos clave de enfoque sistémico para mejorar la respuesta de servicios de salud ante violencia basada en género

La siguiente tabla es una adaptación de “Fortaleciendo la respuesta del sector de salud a VBG: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo” (Bott et al., 2004).

Elementos clave	Por qué este elemento es importante
<i>Desarrollar o mejorar políticas y protocolos institucionales para apoyar mujeres que han sido víctimas de hechos de violencia</i>	Los programas de salud deberían establecer protocolos escritos para el personal detallando cómo preguntar sobre violencia, cómo tratar a mujeres y niñas que revelan haber sido víctimas de hechos de violencia y cómo derivar los servicios especializados (ver, por ejemplo, Warsaw y Ganley, 1998; Bott et al., 2004). Las políticas claras por escrito pueden reducir el riesgo a perjudicar a clientes debido a actitudes negativas por parte del personal, especialmente si consisten con la participación de proveedores y directores que atienden mujeres personalmente. A pesar de que ya existen muchos prototipos, dichas políticas funcionan mejor si están adaptadas al contexto específico de cada institución.
<i>Garantizar suministro de servicios de emergencia y suministros</i>	Es posible que mujeres víctimas de violencia requieran servicios de emergencia, incluyendo primeros auxilios, profilaxis para ITS o VIH, exámenes forenses, anticonceptivos de emergencia (en aquellos lugares en los que el acceso recibe apoyo del gobierno) y otros. Los programas de salud deben contar con insumos necesarios y el personal debe estar capacitado para utilizarlos.
<i>Disponer de material educativo de temas relacionados con VBG para clientes</i>	La exhibición y distribución de carteles, panfletos y tarjetas sobre VBG pueden ser medios importantes para indicar el compromiso de la organización para combatir violencia y para la toma de conciencia del problema, educar a clientes e informar a mujeres sobre sus derechos legales y adónde pueden solicitar ayuda.
<i>Fortalecer registros médicos y sistemas de información para permitir que el personal documente y monitoree casos de VBG</i>	Los sistemas de información tienen un papel importante en la respuesta a VBG. La documentación en los registros médicos puede ser un medio importante para garantizar que historiales clínicos de mujeres estén completas y, en algunos casos, puede constituir una prueba para futuros procedimientos legales. Para proveer seguridad y bienestar a mujeres, los registros deben estar archivados en forma segura. Asimismo, sistemas de información son importantes para monitorear el trabajo de organizaciones de salud en área de VBG. Las organizaciones de salud pueden recaudar las estadísticas de la calidad de servicios a mujeres identificadas como víctimas de violencia para determinar la demanda de servicios.
<i>Garantizar el monitoreo y evaluación adecuada en lo que respecta a VBG</i>	El monitoreo y evaluación de la calidad de atención médica es esencial para garantizar que los servicios de salud respondan apropiadamente ante casos de violencia. Gerentes deberían solicitar la opinión constante del personal de modo de identificar problemas y formas de mejora a servicios. La opinión de mujeres que han sido víctimas de violencia puede resultar crucial para refinar exitosamente el diseño de servicios de atención médica. Así mismo, los programas deberían esforzarse por documentar consecuencias imprevistas.

Programas de Políticas de Salud

Razones POR QUÉ los programas de políticas de salud deberían abordar violencia basada en género

El sector de salud tiene un potencial enorme para influir en las leyes y políticas relacionadas con VBG. Si profesionales de salud pueden demostrar que VBG es una causa seria de morbilidad y mortalidad entre mujeres y menores, es posible que legisladores y otros segmentos de la sociedad, que no presten atención a los argumentos de defensores de los derechos de mujeres, se sientan motivados a modificar códigos penales y civiles. Más aún, muchas leyes y políticas afectan directa o indirectamente la capacidad de profesionales de salud para abordar VBG en su práctica diaria. Con mucha frecuencia dichas leyes y políticas están mal diseñadas o implementadas y la participación del sector de salud puede resultar esencial para desarrollar políticas públicas más eficaces.

CÓMO las políticas de salud pueden abordar violencia basada en género

En muchas partes del mundo, existe una necesidad urgente de reformar y fortalecer la legislación penal, los derechos legales de la mujer tal como están otorgados por los códigos civiles y los procedimientos policiales y judiciales en la medida en que estén relacionados con la violencia basada en género (ver Bott et al., 2005). En cierto modo, todas estas reformas legales y políticas tienen consecuencias sobre la salud y la seguridad de la mujer. Sin embargo, dado que este documento se concentra en la salud, la siguiente sección resalta áreas de reforma legal y política que son relevantes directamente al sector salud

1) **Apoyar la investigación y divulgación de los hallazgos sobre VBG.** La ampliación de los conocimientos básicos sobre la magnitud, patrones y consecuencias de VBG, así como de intervenciones promisorias, puede tener un impacto fuerte para convencer a los formuladores de políticas que la violencia contra la mujer es un problema

Razones seleccionadas POR LAS QUÉ los programas de políticas de salud deberían abordar violencia basada en género

- Políticas y protocolos operativos del sector salud pueden ayudar a estandarizar las intervenciones apropiadas sobre VBG a nivel institucional.
- Participación del sector salud en el discurso político es esencial para delinear políticas y enfoques sensibles y para movilizar recursos para que servicios de salud respondan a VBG.
- El sector salud tiene la capacidad de reformular el debate político sobre VBG como un tema altamente prioritario de salud pública y de derechos humanos, no sólo como una práctica social.
- Las organizaciones que formulan políticas de salud pueden utilizar la investigación epidemiológica sobre la magnitud de las consecuencias que produce VBG para convencer a formuladores de políticas que deberían abordar violencia basada en género.
- Los sectores de salud y judicial deben colaborar para garantizar una respuesta integrada de servicios a sobrevivientes de VBG.
- Los códigos civiles que presentan fallas y la incapacidad de ejercer derechos civiles pueden impedir que mujeres accedan a las herramientas legales que necesitan para proteger su propia salud y seguridad y de sus hijos.
- La legislación penal débil, o no reforzada, ayuda a perpetuar VBG ya que no responsabiliza a los perpetradores—produciendo consecuencias serias para la salud de mujeres.

serio de salud pública en su comunidad. En muchos entornos, es necesario investigar más a fondo; en otros, existen las pruebas pero no han sido adecuadamente informadas a formuladores de políticas. Temas prioritarios pueden incluir la investigación o el análisis de datos sobre:

- La prevalencia y el patrón de diferentes tipos de violencia contra la mujer;

- Las consecuencias de VBG y conductas para buscar ayuda por parte de mujeres y niñas víctimas de hechos de violencia;
- El análisis de la situación que documenten debilidades y fortalezas de políticas públicas; y
- La evaluación de intervenciones y programas y políticas públicas prometedoras recientemente implementadas.

Ejemplos de temas de políticas de salud relacionados (directa o indirectamente) con VBG

- Promover políticas institucionales que establezcan la calidad de atención que deben recibir mujeres sobrevivientes dentro de agencias públicas.
- Garantizar financiación adecuada por parte del gobierno en políticas y programas.
- Elaborar planes y políticas nacionales para promover una respuesta de servicio integral para VBG.
- Asegurar que políticas y leyes nacionales de salud reproductiva, de VIH y de salud materna aborden VBG.
- Especificar las obligaciones legales para profesionales de salud, incluyendo las leyes que estipulan aquellos que proveen PEP y CE y adquieren pruebas forenses.
- Mejorar el sistema médico-legal.
- Garantizar sanciones penales para perpetradores de hechos de violencia contra mujeres y niñas.
- Fortalecer los derechos de la mujer dentro del matrimonio.

2) **Apoyar coaliciones públicas y privadas que diseñan e implementan políticas públicas sobre VBG.** En muchos países (por ejemplo, Costa Rica, Sudáfrica y Estados Unidos) coaliciones multisectoriales han trabajado exitosamente para crear una mejor legislación sobre VBG, desarrollar políticas gubernamentales sensibles e integrales, promover la aplicación de leyes existentes y convencer al gobierno para que destine fondos para implementar políticas existentes. Estas coaliciones funcionan mejor cuando incluyen a ministerios del gobierno, agencias proveedoras de servicios, líderes comunitarios, agentes de orden público y a mujeres sobrevivientes.

3) **Apoyar esfuerzos para capacitar a grupos clave y a la población en general sobre VBG como un problema de salud pública.** Profesionales de salud están estratégicamente ubicados para capacitar a dichos sectores de la sociedad responsables de la implementación y del cumplimiento de las leyes y políticas, incluyendo a la policía, jueces, miembros del parlamento, administradores en el área de salud y otros ya que pueden reformular la violencia basada en género como un problema de salud pública. Además, las organizaciones de salud pueden promover un mejor entendimiento de la ley entre su clientela y demás integrantes de la comunidad. Entre ejemplos de estrategias promisorias se incluyen talleres de capacitación para agentes públicos (incluyendo policías, jueces y organismos tradicionales de mediación), conferencias para integrantes del parlamento, folletos y carteles para clientes y campañas en medios de comunicación (radio y televisión) para toda la población.

4) **Apoyar esfuerzos de incidencia política para modificar leyes y políticas específicas.** Entre las actividades se puede incluir el apoyo a grupos de la sociedad civil para que trabajen con formuladores de políticas para mejorar las leyes y políticas que tratan VBG. Los esfuerzos de incidencia pública también pueden incluir campañas comunitarias para cambios específicos en leyes y políticas. Además, las organizaciones no gubernamentales pueden investigar e informar la condición de las leyes y políticas y monitorear en qué medida los gobiernos signatarios han cumplido con los acuerdos internacionales sobre derechos humanos que han suscrito.

5) **Apoyar esfuerzos para reformar y fortalecer las políticas institucionales de organismos públicos.** Políticas internas de instituciones con fondos públicos pueden provocar un impacto positivo o negativo en la experiencia de sobrevivientes de VBG que solicitan ayuda a servicios asistenciales, a instituciones encargadas de aplicar la ley o a otras instituciones. Por lo tanto, fortalecer las políticas institucionales es otro modo de abordar VBG. Por ejemplo,

- *Dentro de servicios de salud pública financiados con fondos públicos:* Protocolos que exijan y ayuden a implementar una respuesta adecuada de servicios con respecto a VBG.

- *Dentro de instituciones encargadas de aplicar la ley:* Exigir a la policía que ayude a mujeres sobrevivientes a acceder a los exámenes forenses.
- *Dentro de sistemas educativos:* Exigir que maestros y administradores informen las autoridades casos de violencia emocional, física y sexual contra menores.

En Síntesis...

Los programas de políticas de salud DEBERÍAN	Los programas de políticas de salud NO DEBERÍAN
Apoyar la investigación y promover la divulgación eficaz de los hallazgos para convencer a tomadores de decisión que traten el tema de VBG.	Subestimar el potencial del sector salud para modificar las creencias tradicionales que condonan la VBG.
Apoyar coaliciones públicas y privadas para desarrollar una respuesta integral a VBG.	Excluir a las mujeres sobrevivientes y a otros grupos de la comunidad de los esfuerzos de defensa y abogacía política.
Abogar por cambios en el código penal y civil como una forma de apoyar el mejoramiento de salud pública.	Reproducir políticas que han probado ser dañinas en otras partes, tales como solicitar a profesionales de salud a que informen casos de VBG perpetrados contra mujeres adultas.
Capacitar a grupos clave y la población en general sobre VBG como un problema de salud pública.	Dejar de lado los aportes de profesionales de salud en el proceso de enmarcar la violencia contra las mujeres como un problema de salud grave y generalizado.
Aplicar estrategias de incidencia política para garantizar que todos cambios realizados en las políticas y programas gubernamentales estén respaldados con fondos adecuados.	No proporcionar fondos suficientes para la implementación de nuevas leyes y políticas.
Abogar por la mejora de políticas institucionales de agencias financiadas con fondos públicos, incluyendo a la policía, al poder judicial y a los ministerios de salud.	Pasar por alto la importancia de un “enfoque sistémico” para lograr cualquier tipo de reforma institucional. Cambiar las políticas escritas de una institución pública no producirá ningún cambio a menos que se lo respalde con esfuerzos más integrales para implementar la reforma en varias instituciones.

Programas para Jóvenes

Razones POR QUÉ los programas para jóvenes deberían abordar violencia basada en género

Una gran proporción de niñas y mujeres jóvenes son víctimas de violencia física y sexual en casi todas partes del mundo (Krug et al., 2002). Encuestas realizadas entre adolescentes con experiencia sexual en diferentes países del mundo han revelado índices de iniciación sexual forzada que van desde el 7 por ciento en Nueva Zelanda al 46 por ciento en el Caribe (Heise y Garcia-Moreno, 2002) y es posible que los datos en que se basan estos índices sean subestimados. Con frecuencia, violencia sexual por parte de un compañero íntimo comienza durante los primeros años de noviazgo o matrimonio y las jóvenes casadas son particularmente vulnerables en ciertos escenarios. Consecuencias por violencia y abuso en la salud y el desarrollo de niñas y jóvenes son considerables. Por ejemplo, la coerción y el abuso sexual se han relacionado con embarazos no planeados, partos prematuros, abortos, abuso de drogas, depresión, suicidio y transmisión de ITS/VIH. Desafortunadamente, la respuesta de familiares, escuelas, profesionales de salud, agentes de la ley y servicios sociales es a menudo escasa o inexistente.

Muchos programas de salud reproductiva para jóvenes—especialmente aquellos dedicados a evitar embarazos no planeados y la transmisión del VIH—con frecuencia, promueven la toma de decisiones "responsables" sin reconocer en qué medida la violencia y la coerción influyen en los comportamientos y resultados sexuales y reproductivos. Esto debería cambiar para mejorar la eficacia de estos programas.

Más aún, la adolescencia es un período en el que las actitudes y creencias se fomentan y, parece ser más fácil modificar normas y actitudes sobre la equidad de género y eliminar violencia entre jóvenes, que entre mujeres y hombres de más edad. Por ello, la juventud representa una oportunidad muy importante para prevenir la violencia basada en género.

Razones seleccionadas POR LAS QUÉ los programas para jóvenes deberían abordar la violencia basada en género

- Una gran cantidad de niñas y mujeres jóvenes tienen una iniciación sexual forzada, son víctimas de abuso sexual en la niñez y otras formas de violencia sexual en casi todas partes del mundo.
- Violencia física por parte de un compañero íntimo generalmente comienza durante los primeros años de noviazgo o de matrimonio.
- Abuso sexual durante la infancia y adolescencia se ha relacionado con mala salud, incluyendo embarazos no planeados, abortos, depresión y transmisión de ITS/VIH.
- Mujeres sobrevivientes de abuso sexual tienen mayor riesgo de: drogadicción, de tener muchos compañeros íntimos y de no poder acordar el uso de métodos anticonceptivos.
- Programas de salud reproductiva para jóvenes no pueden presuponer que la actividad sexual sea siempre voluntaria o consensuada.
- Ignorar la violencia basada en género puede poner en peligro la eficacia de las intervenciones, tales como la prevención de embarazos no planeados y de ITS/VIH.
- La juventud representa una oportunidad ideal para la prevención de la VBG ya que aún se están formando las actitudes y creencias sobre las normas y violencia basada en género.
- Resulta imperativo mejorar la respuesta institucional con respecto a niñas y mujeres jóvenes víctimas de hechos de violencia, especialmente de violencia sexual.

Fuente: Krug et al., 2002.

CÓMO los programas para jóvenes pueden abordar la violencia basada en género

1) Exigir que todos los programas de salud reproductiva para jóvenes aborden la coerción y el abuso sexual. Los programas de salud reproductiva para jóvenes no pueden presuponer que la actividad sexual sea siempre voluntaria y sin coerción. Proporcionar información, promover la toma de decisiones "responsable" o limitarse a alentar la

abstinencia no es suficiente, teniendo en cuenta lo que se conoce sobre la prevalencia de violencia sexual entre jóvenes y patrones de la misma. Los programas de salud sexual y reproductiva deben abordar normas equitativas de género, la desigualdad de poder en las relaciones, eliminación de violencia y las habilidades de negociación entre muchachas y muchachos. Específicamente, los programas deberían tener en cuenta el poder limitado de las niñas en las relaciones sexuales con varones de distinta generación y las condiciones que las impulsan a tener relaciones sexuales transaccionales.

2) Apoyar actividades que mejoren entornos familiar, entre pares y comunitario. Tanto para evitar la violencia basada en género entre jóvenes, como para mejorar la respuesta de la comunidad a mujeres sobrevivientes una vez producido el hecho de violencia, es necesario trabajar con jóvenes y con sus familias, escuelas, organizaciones de salud, organizaciones basadas en fe y otras instituciones para mejorar el entorno general en que viven jóvenes adultos. Por ejemplo, educar a la sociedad en general sobre violencia y acoso sexual puede resultar crítico para reducir la tolerancia a violencia y al acoso sexual en la comunidad. Dentro de este escenario, es importante realizar esfuerzos para llegar a jóvenes que no asisten a la escuela.

3) Apoyar los esfuerzos para promover normas equitativas de género y la no violencia entre los hombres jóvenes. Como violencia basada en género es una conducta aprendida, las acciones enfocadas en niños y jóvenes permiten influir en las actitudes y conductas masculinas antes de que se hayan arraigado profundamente. Una estrategia promisorio consiste en promover modelos de conducta y de relación que resalten beneficios positivos de equidad de género tanto para hombres como para mujeres. Asimismo, es necesario apoyar la investigación de acciones para determinar: a) cuál es la mejor forma de dirigirse a los niños más pequeños con mensajes sobre la equidad de género y la no violencia y, b) cuál es la mejor forma de evitar que jóvenes en riesgo (por ejemplo, aquellos que fueron testigos o sufrieron hechos de violencia durante la infancia) se conviertan en agresores.

4) Apoyar esfuerzos para que permitan la equipar niñas mejorando su autoestima, su capacidad de negociación, sus oportunidades económicas y otras destrezas. Los

programas para que niñas mejoren su autoestima, capacidad de negociación y otras destrezas presentan otra manera de evitar la violencia basada en género y proporcionar a mujeres otros recursos que necesitan para solicitar ayuda cuando se producen hechos de violencia. Estos programas podrían incluir “destrezas para la vida”, educación sexual que incluya el desarrollo de la capacidad de negociación o programas destinados a proporcionar destrezas y oportunidades para generar ingresos.

5) Apoyar esfuerzos para mejorar la respuesta institucional hacia jóvenes sobrevivientes de hechos de VBG. Es necesario realizar esfuerzos para mejorar la respuesta de profesionales de salud, legisladores, escuelas, servicios sociales para niñas y jóvenes que hayan sido víctimas de actos de violencia. A pesar de que, con frecuencia, una respuesta institucional inadecuada también es un problema para las sobrevivientes adultas, los programas destinados a jóvenes pueden requerir que se focalice la situación única de adultos jóvenes, por ejemplo, a) la incomodidad de prestadores de servicios con respecto a la sexualidad en la adolescencia, b) la dependencia económica y emocional con los padres y suegros quienes pueden o no comprender las necesidades de adolescentes y c) las barreras financieras que impiden recibir atención, entre otras.

6) Apoyar esfuerzos para aumentar la seguridad de niñas y jóvenes en entornos educativos. Existe una necesidad urgente de abordar violencia sexual en colegios y universidades, incluyendo:

- Las políticas y mecanismos para su aplicación que prohíben el acoso y el abuso sexual de estudiantes, incluyendo cero tolerancia para el personal que lleva a cabo estos actos;
- Los esfuerzos para educar al personal de la institución educativa (desde maestros hasta administradores) sobre género y la violencia;
- Los cambios en programas de estudio de modo que se incorpore el tema de equidad de género y violencia basada en género; y
- Otras medidas para incrementar la seguridad de niñas y jóvenes en el trayecto hacia y desde la escuela.

En Síntesis...

Los programas para jóvenes DEBERÍAN	Los programas para jóvenes NO DEBERÍAN
Exigir que los programas de salud reproductiva para jóvenes traten VBG, especialmente la violencia sexual.	Diseñar programas para jóvenes asumiendo que la conducta sexual es voluntaria, aún en el matrimonio.
Trabajar con familiares y organizaciones comunitarias para mejorar las actitudes en la comunidad con respecto a la violencia.	Pasar por alto la importancia de los pares y adultos en las vidas de los jóvenes.
Trabajar con jóvenes para influir en sus actitudes y normas sobre género y la no violencia.	Concentrarse exclusivamente en los mensajes negativos sobre los hombres jóvenes, en lugar de acentuar los beneficios positivos globales sobre la equidad de género.
Fortalecer a jóvenes, reforzando su autoestima, su capacidad de negociación y las oportunidades económicas y promover estructuras institucionales para apoyarles.	Trabajar exclusivamente con niños y niñas porque es esencial influir en las actitudes de hombres y mujeres mayores.
Mejorar la respuesta institucional frente a VBG tratando la situación específica de jóvenes (por ejemplo, la dependencia social y económica).	Presuponer que profesionales de salud responderán compasivamente a jóvenes sobrevivientes de hechos de VBG sin haber sido capacitados sobre las necesidades específicas de esta población.
Apoyar esfuerzos para reducir la violencia y el acoso sexual en escuelas y universidades.	Ignorar la aplicación de políticas sobre el acoso sexual, aún si esto significa tomar acciones en contra de administradores y maestros que hayan perpetrado dichos actos de violencia.

Programas Humanitarios

Razones POR QUÉ los programas humanitarios deberían abordar violencia basada en género

Los conflictos armados y desastres naturales (tales como huracanes y tsunamis) aumentan el riesgo de violencia física y sexual contra mujeres y niñas ya que se deterioran las estructuras legales y sociales de una sociedad en la que normalmente actúan como un factor de protección para las niñas y mujeres, aumentando el estrés y la ruptura social (por ejemplo, ver Enarson, 1998). La violencia sexual, incluyendo violación, abuso y la explotación sexual, se ha visto favorecida en conflictos armados y se ha utilizado en gran medida como un arma de guerra organizada en entornos tales como la ex Yugoslavia, Ruanda y Chechenia (Human Rights Watch, 2004; IRC, 2004). Además, el abuso y explotación sexual dentro del escenario de emergencias humanitarias (a veces perpetrados por trabajadores de ayuda humanitaria y por personas encargadas de mantener la paz) es un tema emergente y grave.

Las consecuencias de violencia contra niñas y mujeres en situaciones de conflicto y desastre son graves y ponen en peligro su vida, como resultado de traumas físicos y emocionales hasta embarazos no planeados, fístulas ginecológicas traumáticas e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Por lo tanto, el acceso a servicios de emergencias médicas, psico-sociales y legales es de prioridad urgente, además de otras formas tradicionales de ayuda humanitaria tales como albergue y alimentos. Más aún, las sobrevivientes de actos violentos durante un conflicto armado pueden enfrentar estigmatización y les hace difícil retornar a sus familias y comunidades—un tema que los programas humanitarios también deberían considerar. Así mismo, las organizaciones humanitarias tienen la obligación de reducir la vulnerabilidad de niñas y mujeres a violencia basada en género, dando prioridad a su seguridad física durante la etapa de ayuda e incorporando la prevención y respuesta a violencia basada en género, a planificación para la fase aguda de emergencia, y también a esfuerzos de reconstrucción a largo plazo.

Razones seleccionadas POR LAS QUÉ los programas humanitarios deberían abordar violencia basada en género

- Durante la mayoría de los conflictos armados, una gran proporción de mujeres y niñas son víctimas de violencia sexual.
- El nivel de violencia física y sexual contra la mujer es significativo durante y después de conflictos armados y de desastres naturales ya que estos hechos traen aparejado el desplazamiento de comunidades y ruptura de estructuras legales, tradicionales y sociales.
- Mujeres y niñas están dentro de poblaciones más vulnerables en conflictos y desastres naturales y, como tal, la comunidad humanitaria tiene la obligación de tratar en forma adecuada a necesidades urgentes, médicas, psico-sociales y legales de mujeres sobrevivientes.
- Programas humanitarios tienen el potencial de reducir vulnerabilidad de niñas y mujeres a VBG priorizando su seguridad e invirtiendo en la prevención y respuesta ante la VBG.
- Esfuerzos de reconstrucción deben tratar la estigmatización de mujeres sobrevivientes a violencia sexual para garantizar su reintegración a la comunidad y asegurar plena participación de mujeres y niñas en el desarrollo de programas durante la fase de reconstrucción.
- Durante la etapa de reconstrucción, mujeres y niñas continúan expuestas a violencia basada en género, tal como la violencia de parte del compañero íntimo y es aquí cuando se necesitan estrategias de prevención a largo plazo.

CÓMO los programas humanitarios pueden abordar violencia basada en género

1) **Garantizar que organizaciones humanitarias cumplan con pautas internacionales sobre VBG.** Las organizaciones deben estar familiarizadas y deberían comprometerse a cumplir con pautas y códigos de conducta internacionales tal como los describe en documentos claves de la Secretaría General de las Naciones Unidas y el Comité Permanente entre Organismos (Naciones Unidas, 2003; IASC, 2005).

2) Apoyar esfuerzos humanitarios que implementan el Paquete Mínimo Inicial de Servicios (Minimum Initial Services Package, MISP) al comienzo de cada crisis humanitaria. El MISP consiste en una serie de acciones reconocidas a nivel internacional, diseñadas para satisfacer necesidades de salud reproductiva en poblaciones afectadas por un conflicto o desastre natural en la etapa aguda de emergencia. Las actividades destinadas a evitar y a responder a las consecuencias producidas por la violencia sexual (RHRC, 2004), incluyen la respuesta médica adecuada para mujeres sobrevivientes de violencia sexual y el control del número de casos de violencia sexual denunciados ante servicios de salud, oficiales de seguridad, etcetera. Esto incluye la capacitación del personal clave en el manejo clínico de tratamientos a víctimas de violación; el desarrollo de un protocolo básico y la prestación de los tratamientos adecuados, incluyendo anticoncepción de emergencia en casos de violación (en los que el acceso está apoyado por el gobierno) y profilaxis para VIH posterior a la exposición. El MISP incluye un marco para planificar proveer atención médica reproductiva integral en situaciones de necesidad humanitaria. Dada la estrecha relación entre consecuencias perjudiciales de VBG en salud reproductiva, el acceso a estos servicios es crítico para mujeres sobrevivientes de todo tipo de violencia basada en género.

3) Garantizar que organizaciones humanitarias colaboren para evitar brechas cuando traten VBG. Desde el comienzo de cada intervención humanitaria, todos sectores y agencias deberán colaborar para evitar brechas al abordar violencia basada en género. La coordinación es importante para las organizaciones que trabajan sobre violencia basada en género en cualquier escenario, indispensablemente en situaciones de conflicto o de desastres naturales. A pesar de que un organismo sólo puede tratar un área específica—por ejemplo, la salud—ese organismo debe interconectarse y coordinar con otros servicios.

4) Garantizar que toda programación de ayuda humanitaria trate VBG. Donantes y organizaciones humanitarias deben abordar violencia basada en género en toda área de su labor. Los programas deberían tener como objetivos, por ejemplo, a) medidas para proteger la seguridad y derechos de la mujer; b) acciones que traten la violación de derechos de la mujer y c) servicios que cumplan con necesidades de niñas y mujeres

víctimas de violencia basada en género (IRC, 2004). Los programas deberían desarrollar un enfoque que trate, por lo menos, uno de los niveles de VBG mencionados anteriormente en una manera adecuada al contexto local. Como muchos organismos prestadores de servicios no tienen gran experiencia en violencia basada en género, las organizaciones humanitarias deberían garantizar que su personal reciba la capacitación adecuada sobre VBG.

5) Garantizar que organismos humanitarios den prioridad a la seguridad y protección de niñas y mujeres. En los últimos años, se ha aprendido mucho sobre la importancia de mejorar la seguridad de niñas y mujeres en escenarios de ayuda humanitaria. Ejemplos incluyen: a) la distribución de todo tipo (comida y otros elementos necesarios) debe organizarse con la participación activa de mujeres de la comunidad para evitar que hombres tengan el control exclusivo sobre recursos y lo usen para presionar sexualmente a mujeres y niñas y b) los campos de refugiados deberían diseñarse con participación activa de mujeres y deberían diseñarse de modo que proteja la seguridad física de mujeres (por ejemplo, garantizar la iluminación adecuada, la ubicación segura de letrinas, que el acceso al agua y leña no esté aislado o alejado). Así mismo, estas experiencias también deberían tenerse en cuenta al diseñar campamentos y mecanismos de asistencia y exigir la sensibilización y participación de todos los sectores tales como agua/sanitarios, administración del campamento y otros. Por otro lado, los programas deberían tratar de identificar estructuras tradicionales y sistemas culturales que se podrían aprovechar para proteger a mujeres y apoyar a aquellas personas que denuncian actos de violencia.

6) Integrar la respuesta a VBG desde el servicio de salud en todo servicio de salud primario y de VIH/SIDA. Como consecuencia de los niveles de violencia basada en género en situaciones de conflicto y desastre natural, los servicios de salud existentes deben estar preparados en forma adecuada para satisfacer las necesidades de mujeres sobrevivientes. Esto incluye la capacitación adecuada en el manejo clínico en casos de violación, el desarrollo de protocolos escritos para el cuidado de mujeres sobrevivientes (incluyendo la profilaxis posterior a la exposición y la anticoncepción de emergencia, donde sea apoyado por el gobierno), la protección de privacidad y confidencialidad y otras medidas previamente planteadas en la sección de servicios de salud de este documento.

7) **Apoyar esfuerzos innovadores para implementar y evaluar las actividades de VBG en caso de desastres naturales.** Se sabe muy poco sobre cuál es la mejor manera de responder a la violencia basada en género después de desastres naturales y hay mucho que aprender sobre cuál es la mejor forma de abordar VBG en zonas de conflicto. Por lo tanto, es necesario financiar y evaluar nuevos enfoques. Una ONG llamada “Puntos de Encuentro” lanzó un esfuerzo creativo en respuesta a la creciente violencia basada en género que se produjo en Nicaragua después del huracán Mitch. Organizaron una campaña informativa a través de múltiples medios de comunicación en la que se transmitía un único mensaje—“La violencia contra la mujer es un desastre que hombres pueden evitar.”

8) **Apoyar programas que cambian y se adaptan en la medida que la situación se estabiliza.** Durante la etapa de emergencia de desastres naturales o provocados por

el hombre, las actividades deben ser principalmente de respuesta a necesidades inmediatas. Sin embargo, una vez que la situación se estabiliza y comienza el trabajo de reconstrucción, los programas humanitarios deberían adaptar su labor—por ejemplo, dando prioridad a la prevención y al desarrollo de la capacidad local.

9) **Apoyar el monitoreo y evaluación rigurosa de actividades de VBG en entornos humanitarios.** A pesar de que en la mayoría de los programas de VBG se siente la falta de evaluación, ésta es más aguda en aquellos programas que trabajan dentro del entorno de la ayuda humanitaria. Asimismo, se requiere una mejor recopilación de datos que podría incluir: evaluaciones integrales de línea de base al inicio de la programación de ayuda humanitaria; la creación de métodos estandarizados para documentar y reportar casos en todos los sectores (salud, psico-social, policía) y el desarrollo de métodos para compartir y analizar información.

Roles posibles de diferentes sectores para prevenir y responder a la VBG en entornos humanitarios

El **sector de salud** debería poder:

- Brindar, de manera compasiva, exámenes médicos y tratamientos de emergencia a sobrevivientes de VBG, incluyendo la prestación de profilaxis contra VIH posterior a la exposición y la anticoncepción de emergencia cuando corresponda y donde sea apoyado por el gobierno.
- Facilitar el acceso de niñas y mujeres a otros servicios en la comunidad a base de referidos a especialistas.
- Cuando adecuado, recopilar pruebas forenses (garantizando seguridad a la mujer) y dar testimonio cuando sea necesario.
- Fomentar la toma de conciencia en la comunidad sobre consecuencias en la salud que resultan a causa de la violencia basada en género.

Los **servicios sociales** deberían poder:

- Prestar apoyo emocional a través de mecanismos culturalmente adecuados y perdurables.
- Promover la seguridad de niñas y mujeres, inclusive ofrecer un lugar seguro a mujeres sobrevivientes cuando sea posible.
- Ofrecer oportunidades para generar ingresos y desarrollar habilidades y ofrecer capacitación a mujeres y niñas (y garantizar que hombres no controlen todo recurso generado).
- Implementar capacitaciones en la comunidad sobre prevención de VBG y disposición de servicios, dirigidos a personas claves.

El **sector legal** debería poder:

- Prestar asistencia legal y representar a mujeres sobrevivientes en forma gratuita o a bajo costo.
- Capacitar a autoridades, inclusive al personal encargado de mantener paz y poder judicial.
- Defender la revisión de leyes y políticas que refuerzan la violencia y la discriminación entre hombre y mujer.
- Informar a la población sobre la legislación existente.

Roles posibles de diferentes sectores para prevenir y responder a la VBG en entornos humanitarios

El sector de seguridad debería poder:

- Implementar una política que no tolere los casos de VBG perpetrados por policías, militares o por el personal encargado de mantener la paz.
- Garantizar que los campos de refugiados estén diseñados de modo que garanticen la seguridad física de sus habitantes, especialmente de niñas y mujeres.
- Desarrollar o reconstruir la capacidad de aplicar la ley para ayudar a mujeres sobrevivientes de la VBG sin que sufran una posterior victimización.
- Llevar a cabo vigilancia y educación de la comunidad.

Fuente: Adaptación de Ward, 2002.

En Síntesis...

Los programas humanitarios DEBERÍAN	Los programas humanitarios NO DEBERÍAN
Promover el uso de pautas claves y cumplir con normas existentes para prevenir y responder ante VBG durante emergencias humanitarias.	Retardar el cumplimiento de las normas internacionales o “reinventar la rueda” intentando desarrollar sus propias normas.
Promover la acción coordinada entre todo organismo humanitario en lo que respecta a VBG.	Permitir brechas en los servicios que se deben desarrollar en entornos de ayuda humanitaria.
Garantizar que toda ayuda humanitaria trate las consecuencias de la VBG, incluyendo la seguridad y protección de niñas y mujeres.	Ignorar la seguridad y protección de niñas y mujeres en situaciones de emergencia. Por ejemplo, no se debe recabar pruebas forenses si esto podría poner en peligro a mujeres.
Integrar una mejor respuesta a violencia basada en género y servicios de salud primarios y de VIH.	Pasar por alto la importancia de implementar el “Paquete Mínimo Inicial de Servicios” incluyendo servicios para mujeres sobrevivientes de violencia sexual.
Garantizar que organismos humanitarios adapten su trabajo en tanto situaciones de emergencia se estabilicen y participen en la reconstrucción.	Subestimar la necesidad de fondos a largo plazo para las actividades sobre VBG durante la reconstrucción.
Priorizar a la necesidad de ayudar a sobrevivientes de violencia sexual a superar estigmatización y regresar a sus ámbitos familiares y comunidades cuando sea posible.	No prestar la debida atención a necesidades de asesoramiento de militares que regresan, expuestos a altos niveles de violencia y conflicto, mientras se vuelven a adaptar a sus comunidades.
Garantizar que todo el personal esté capacitado y acate un código de conducta.	Pasar por alto la necesidad de que gerentes de programas de ayuda humanitaria implementen una política cero tolerancia a hechos de violencia basada en género por parte de su personal.

Monitoreo y Evaluación

Razones POR QUÉ los programas financiados por USAID deberían invertir en el monitoreo y la evaluación de las intervenciones sobre VBG

Durante las dos últimas décadas, donantes han financiado una gran parte de programas destinados a evitar y responder a la violencia basada en género en países en desarrollo. Desafortunadamente, muy pocos han sido evaluados en forma rigurosa. La implementación de técnicas de monitoreo y evaluación sólidas identificarían los enfoques programáticos más eficaces, dignos de repetirse y ampliar. Por lo tanto, se necesitan inversiones para desarrollar una base de evidencias más fuerte para permitir la toma de decisiones informadas con respecto a programación de VBG y garantizar que la salud y seguridad de niñas y mujeres estén protegidas en programas del sector salud en general.

CÓMO los programas financiados por USAID pueden invertir en el monitoreo y evaluación

1) Apoyar los esfuerzos para mejorar los métodos de investigación y evaluación relacionados con VBG. Como VBG es una zona de interés relativamente nueva para el sector salud, es necesario mejorar y estandarizar los indicadores, los métodos de investigación y las herramientas para recabar informaciones utilizadas para evaluar muchos tipos de intervenciones sobre VBG.

a. *Desarrollar indicadores válidos y confiables.* Los indicadores son válidos cuando miden claramente y directamente los resultados que deben medir. Por tanto, los indicadores siempre se deben probar en el campo. Investigadores han avanzado midiendo niveles, tipos y gravedad de hechos de violencia basada en género. Se ha trabajado menos en estandarización de indicadores para medir el impacto de intervenciones de VBG en salud y bienestar de mujeres, especialmente según lo interpretan las mismas mujeres (perspectivas de participantes). Además, se debe prestar especial atención a la medición de consecuencias no deseadas producidas por intervenciones sobre VBG.

Razones seleccionadas POR LAS QUÉ los programas financiados por USAID deberían promover el monitoreo y evaluación de los programas de violencia basada en género

- La necesidad de ampliar los conocimientos básicos sobre las formas eficaces para prevenir y responder ante violencia basada en género, especialmente en países en desarrollo.
- La necesidad de mejorar el diseño de los programas para garantizar que las intervenciones de VBG beneficien a las mujeres, tal como se pretende.
- El monitoreo y la evaluación de VBG en todos los programas de salud puede ayudar a reparar fallas en el diseño del programa que puede colocar inadvertidamente a las niñas y mujeres en situaciones de mayor violencia.
- Formuladores de políticas y donantes necesitan más información científica sobre cuáles son los enfoques sobre VBG que realmente funcionan para garantizar que están haciendo inversiones inteligentes.

- b. *Desarrollar mejores metodologías y herramientas para estudios de evaluación.* Existen desafíos con respecto al diseño de estudios y herramientas para recopilación de datos para evaluar programas de VBG. Se debe prestar especial atención a recopilación de datos de línea de base y definición de la población interviniente. Mayormente, las metodologías de evaluación pueden atribuir asociaciones entre variables más que causalidad. Por ejemplo—como muchos programas se concentran en el conocimiento y en las actitudes hacia la violencia, sus evaluaciones están diseñadas para medir cambios en actitudes hacia VBG. Cabe destacar que actitudes miden niveles de tolerancia/aceptabilidad de VBG y no pueden predecir quién ejercerá actos de violencia ni en dónde niveles de violencia serán más altos.
- c. *Mejorar la comprensión de que constituye “éxito.”* El éxito siempre debería definirse de acuerdo con objetivos y metodologías de la intervención en

cuestión. Por ejemplo, niveles bajos de violencia parecerían medidas de éxito obvias en área de prevención, pero si la intervención se basa en disminuir la aceptación de VBG por parte de la comunidad, el “éxito” se debería medir considerando cambios en actitudes que toleran VBG. Además, una medida del éxito debería tomar en cuenta que el aumento a corto plazo de VBG podría ser el efecto de una conciencia aumentada y número de casos reportados. Pruebas sugieren que reducciones de VBG a largo plazo, a veces se producen únicamente después de aumentos a corto plazo—tanto para individuos (Sullivan y Bybee, 1999) como para comunidades (Jewkes, 2002). A nivel comunitario, el fortalecimiento de la mujer—un factor importante en esfuerzos de prevención a largo plazo—puede provocar una reacción violenta en aquellos hombres que intenten hacer cumplir normas tradicionales sobre género. Por ello, es posible que niveles de violencia medidos a corto plazo, no sean una forma útil para determinar si el programa ha sido exitoso o no.

2) Requerir todo programa acerca de VBG tenga un fuerte componente de monitoreo y evaluación.

Con demasiada frecuencia, los programas diseñan e implementan el monitoreo y la evaluación al último momento. Independientemente del tipo de intervención sobre la VBG, se debería exigir que programas incluyan lo siguiente en su labor antes de comenzar un nuevo proyecto:

a. Identificar objetivos orientados hacia los resultados.

Los objetivos del programa deberían detallar explícitamente los resultados que se desean obtener y deberían captar lo que significaría lograrlos—aun a un nivel intermedio. Por ejemplo, en lugar de establecer objetivos como “capacitar a 20 profesionales médicos en el área de VBG,” los programas deberían establecer objetivos orientados a resultados tales como “ampliar conocimientos sobre VBG y la capacidad de intervención de 20 profesionales médicos.” Si el objetivo consiste en mejorar la calidad de atención de víctimas de VBG, entonces se deberían elaborar, medir y aplicar indicadores de calidad utilizados para la evaluación (ver la Tabla 5). Por lo general, si los programas no cuentan con objetivos orientados a resultados, es difícil que se pueda evaluar su eficacia.

b. Garantizar una base comparable y la recopilación de datos de seguimiento. En lugar de apoyarse únicamente en “evaluaciones de las necesidades” o en “análisis de

situaciones,” los programas también deberían destinar sus recursos a recabar información de base que se pueda utilizar para medir indicadores de cambios cuantitativos a lo largo del tiempo. Evaluaciones retrospectivas son inherentemente limitadas y por lo general inadecuadas.

c. Incluir información recabada sobre las perspectivas de mujeres y sobrevivientes de VBG como parte del plan de evaluación. Dependiendo del tipo de programa, recabar información sobre las perspectivas de las mujeres—y cuando posible, la perspectiva de sobrevivientes de VBG—es una estrategia esencial para entender la calidad y eficacia de cualquier intervención en el área de VBG.

d. Destinar una parte significativa del presupuesto al monitoreo y la evaluación. Las evaluaciones de buena calidad cuestan dinero y por lo general, el personal de programas vacila si es conveniente desviar los escasos fondos del programa a la evaluación. Una inversión significativa debería destinarse al monitoreo y la evaluación rigurosos. Como regla general, los programas deberían destinar el 10 por ciento del total de su presupuesto a los esfuerzos de monitoreo y evaluación. Esto puede incluir el pago de consultores externos o incluir partidas presupuestarias para personal de evaluación de tiempo completo.

3) Garantizar que evaluaciones de todos los programas de salud consideren el tema de VBG, aunque si éste no sea el punto central de su labor. Virtualmente la programación de todos los sectores de salud se podrían beneficiar si prestaran más atención a las consecuencias de la violencia basada en género. USAID debería fomentar la inclusión de la atención a VBG en sus evaluaciones, aún cuando la violencia no sea el tema principal de su trabajo. Por ejemplo:

a. Los programas de prueba y de asesoramiento sobre VIH/SIDA deberían monitorear si las políticas y las prácticas reducen el riesgo a que clientes sean víctimas de actos de violencia por parte de sus familiares después de que éstos se enteren de su condición con respecto VIH o cuando se revele la condición.

b. Los programas de salud reproductiva para jóvenes deberían evaluar si sus estrategias reducen o exacerban actitudes que condonan el acoso sexual contra las niñas (esto ha sido demostrado como un problema en algunos casos, por ejemplo, ver Campbell y MacPhail, 2002).

Tabla 5. Ejemplos de objetivos e indicadores para distintos tipos de programas sobre VBG

Tal como se indicó anteriormente, algunos indicadores estandarizados han sido ampliamente aceptados como medidas confiables de eficacia en área de programación sobre VBG. Idealmente, niveles de violencia denunciados deberían ser resultado final; sin embargo, por razones metodológicas, la mayoría de programas se basan en indicadores intermedios. Ejemplos que se detallan a continuación han sido utilizados de algún modo en programas. Algunos están limitados en el alcance que se miden; por ejemplo, no queda claro si los cambios en actitudes modificadas se traducen en cambio de conducta o simplemente reflejan cambios en lo que los participantes consideran respuestas socialmente aceptables. Sin embargo, son ejemplos ilustrativos de indicadores que deberán incluirse en programas financiados por USAID que traten VBG.

Tipo de programa	Objetivos orientados a tener resultados	Ejemplos de indicadores utilizados en el campo
Movilización comunitaria	Reducir la tolerancia comunitaria con respecto a violencia contra la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas encuestadas que dicen que golpear a la esposa es un método aceptable para que maridos disciplinen a sus mujeres (bajo circunstancias específicas).
	Mejorar la respuesta comunitaria con respecto a violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas encuestadas que dicen que ayudarían a una mujer que es golpeada por su marido (se podría preguntar a cualquiera sobre las mujeres en su familia extendida, a la policía sobre las mujeres que presentan una denuncia o a los jueces que presiden casos en los tribunales, etcetera) en contraposición a aquellos que dicen que la violencia contra la mujer en relaciones de pareja es un asunto privado entre la pareja y personas de afuera no deberían intervenir. • Cantidad y tipos de organizaciones equipadas para prestar servicios a mujeres sobrevivientes de actos de violencia en la comunidad; cantidad de sobrevivientes que reciben servicios durante un plazo de 12 meses; perspectivas de mujeres sobrevivientes sobre la calidad de servicios, beneficios y riesgos de dichos servicios.
Comunicación para promoción de cambios sociales y de comportamientos	Mejorar actitudes y conductas (de grupos específicos)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas encuestadas que dicen que no se puede hacer responsables a los hombres por el control de su comportamiento sexual (u otra actitud o comportamiento específica de acuerdo con la situación local y el foco de la intervención). • Proporción de hombres y mujeres entre grupos beneficiarios que consideran que la violencia (especificar comportamiento) no es una forma aceptable de tratar a las personas con que se tiene una relación íntima.
Prestación de servicios de salud	Mejorar la calidad de servicios de salud prestados a mujeres sobrevivientes de actos de VBG	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectivas cualitativas de mujeres y sobrevivientes, sobre la calidad de servicios, beneficios y riesgos de éstos (obtenidos a través de grupos focales y entrevistas en profundidad, respectivamente).
	Fortalecer la privacidad y confidencialidad dentro de los centros de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de clínicas: que cuentan con consultorios privados donde no se puede escuchar o ver lo que pasa adentro; que tengan políticas de confidencialidad redactadas y lugares seguros para archivar los registros; que recaben información de admisión en zonas públicas; y que la mayoría de sus proveedores cumplan con las políticas de confidencialidad escritas.

Tabla 5. Ejemplos de objetivos e indicadores para distintos tipos de programas sobre VBG

Tipo de programa	Objetivos orientados a los resultados	Ejemplos de indicadores utilizados en el campo
Políticas de salud	Mejorar las leyes/políticas relacionadas con VBG	<ul style="list-style-type: none"> Tipos de cambios en leyes o políticas relacionadas con VBG (podrían ser positivos o negativos); si fueran positivos, con alguna prueba de una relación causal con el programa.
	Mejorar el acceso de sobrevivientes a la protección legal según lo previsto por la ley	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de mujeres que conocen sus derechos legales (civil y penal). Proporción de mujeres que saben cómo acceder al sistema legal. Perspectivas de sobrevivientes que han ejercido derechos legales específicos sobre beneficios y daños sufridos durante el proceso (cualitativo).
Para jóvenes	Mejorar la respuesta institucional de las escuelas, clínicas, etcetera para jóvenes sobrevivientes de violencia sexual derivar	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de niñas que dicen que estarían dispuestas a denunciar una experiencia de violencia sexual en sus escuelas. Proporción del personal de una institución que conoce las políticas relacionadas con acoso sexual/atención a jóvenes sobrevivientes de abuso sexual, etcetera. Proporción del personal de una institución específica que cumple con esas políticas y que informan que otra parte del personal cumple con esas políticas. Porcentaje de jóvenes sobrevivientes de abuso sexual referidos a consejeros profesionales (o a servicios legales) en los últimos 12 meses.
	Mejorar actitudes y conductas relacionadas con la coerción sexual entre hombres jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de hombres jóvenes que dicen que alguna vez han forzado o forzarían a una mujer a tener sexo si éstas "incitaran" (nuevamente el indicador debería adaptarse a las normas, actitudes y prácticas documentadas locales). Proporción de niñas que denuncian ciertos tipos de acoso, coerción o abuso sexual en un entorno y plazo determinados.
Humanitarios	Reducir la violencia y explotación sexual por parte de personas de ONU encargadas de mantener paz	<ul style="list-style-type: none"> Proporción del personal encargado de mantener la paz que denuncia actitudes que toleran la violencia y la explotación sexual (sería más específico). Proporción del personal encargado de mantener la paz que denuncia prácticas que toleran la violencia ya explotación sexual (sería más específico). Proporción de denuncias investigadas en diferentes niveles durante un plazo específico. Proporción de denuncias que produjeron algún resultado en un plazo específico. Cambios en los mecanismos para aplicar la ley (cualitativos).

- c. *Los programas destinados a fortalecer a mujeres* a través de generación de ingresos, educación y microcréditos deberían evaluar si están haciendo lo suficiente para reducir el riesgo de que participantes sufran actos de violencia por parte de sus parejas.
- d. *Los programas de servicios de salud* deberían evaluar si prestadores están preparados para atender a las mujeres sobrevivientes víctimas de hechos de violencia sexual de un modo compasivo y competente.

4) **Apoyar evaluaciones científicas de programas sobre VBG existentes financiados por otros donantes.** Muchas intervenciones prometedoras en el área de prevención y respuesta a VBG han trabajado durante muchos años sin fondos suficientes para llevar a cabo evaluaciones rigurosas y longitudinales. USAID podría contribuir en el campo invirtiendo en evaluaciones científicas de enfoques promisorios, tales como en programas específicos descritos en la revisión bibliográfica realizada por Guedes (2004).

5) **Invertir en proyectos de investigación de intervenciones específicamente diseñados para elaborar una base de evidencia sobre estrategias de prevención y de respuesta eficaces ante VBG.** En algunos casos, los proyectos de investigación de intervenciones son necesarios para responder a preguntas específicas sobre formas eficaces para evitar o responder ante violencia basada en género. Dicha investigación puede contribuir a nivel de la toma de decisiones nacionales o de debates internacionales sobre mejores prácticas. Por ejemplo, los proyectos de investigación bien diseñados tales como ensayos clínicos pueden mitigar el debate sobre beneficios y riesgos que presentan la detección de rutina dentro de servicios de salud de los países en desarrollo.

Para mas información sobre el monitoreo y evaluación relacionado con VBG, remítase a Bloom, pendiente publicación, disponible en www.igwg.org.

En Síntesis...

Los programas financiados por USAID DEBERÍAN	Los programas financiados por USAID NO DEBERÍAN
Invertir en trabajo metodológico para mejorar indicadores, diseños de los estudios y herramientas disponibles para la evaluación de VBG.	Perder oportunidades para invertir en el monitoreo y evaluación de programas eficaces que tratan la violencia basada en género.
Requerir que programas de VBG monitoreen y evalúen su trabajo rigurosamente.	Dejar de aplicar una parte adecuada del presupuesto al monitoreo y evaluación.
Fomentar que todo programa de salud evalúe su trabajo a la luz de violencia basada en género.	Pasar por alto la posibilidad de que los programas de salud pueden aumentar involuntariamente el riesgo de violencia basada en género para ciertas mujeres.
Apoyar evaluaciones científicas de programas prometedores financiados por otros donantes.	Dejar pasar oportunidades para compartir los costos de las inversiones que pueden ayudar a ampliar la base de evidencias sobre intervenciones eficaces para abordar la VBG.
Apoyar proyectos de investigación de intervenciones para responder a preguntas clave en el área de violencia basada en género.	Considerar a la investigación como una prioridad de menor importancia que la implementación de programas/ prestación de servicios.

PARTE III

RECURSOS CLAVE Y CITACIONES

Investigación académica

Bott S., A. Morrison y M. Ellsberg. 2005. "Preventing and Responding to Violence Against Women in Middle and Low-Income Countries: a Global Review and Analysis." *World Bank Policy Research Working Paper 3618*. Washington, DC: World Bank.

Campbell, J.C. 2002. "Health Consequences of Intimate Partner Violence." *Lancet* 359: 1331-1336. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602083368/abstract>.

García-Moreno, C. 2002. "Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health-Service Response to Violence Against Women." *Lancet* 359: 1509-1514. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602084179/abstract>.

Guedes, A. 2004. *Addressing Gender-Based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis*. Washington, DC: USAID, Bureau for Global Health. Disponible en: <http://www.prb.org/pdf04/AddressGendrBasedViolence.pdf>.

Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller. 1999. "Ending Violence Against Women." *Population Reports XXVII* (Number 4, Series L, Number 11). Disponible en: <http://www.infoforhealth.org/pr/111/violence.pdf>.

Jejeebhoy S. y S. Bott. "Introduction." In: Jejeebhoy, S., S. Iqbal, and T. Shyam, Eds. 2005. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London, Zed Books.

Jewkes, R. 2002. "Intimate Partner Violence: Causes and Prevention." *Lancet* 359: 1423-1429. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602083575/abstract>.

Krug, E.G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano. 2002. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Geneva: World Health Organization. Disponible en árabe, chino, español, inglés, finlandés, francés, italiano y ruso en: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/.

Mirsky, J. 2003. *Beyond Victims and Villains: Addressing Sexual Violence in the Education Sector*. Panos Report No. 47. London: Panos Institute. Disponible en: <http://www.panos.org.uk/?lid=250>.

Newman, J. 2005. *Protection through participation: young people affected by forced migration and political crisis*. Oxford: Refugee Studies Centre. Disponible en: <http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900SID/SODA-6C54JJ?OpenDocument>.

Shane, B. y M. Ellsberg. 2002. "Violence Against Women: Effects on Reproductive Health." *Outlook* 20(1): 1-8. Disponible en: http://www.path.org/files/EOL20_1.pdf.

UNFPA. 2002. "Communication/Behaviour Change Tools: Entertainment-Education." *Programme Briefs* No. 1. New York: UNFPA. Disponible en: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/160_filename_bccprogbrief1.pdf.

Ward, J. 2002. *If Not Now, When? Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-conflict Settings: A Global Review*. New York: The Reproductive Health for Refugees Consortium. Disponible en: <http://www.rhrc.org/resources/gbv/ifnotnow.html>.

Watts, C. y C. Zimmerman. 2002. "Violence Against Women: Global Scope and Magnitude." *Lancet*, 359: 1232-1237. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602082211/abstract>.

Wellesley Centers for Research on Women. 2003. *Unsafe Schools: A Literature Review of School-Related Gender-Based Violence in Developing Countries*. Washington, DC: USAID, Office of Women in Development. Disponible en: http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/wid/pubs/unsafe_schools_literature_review.pdf.

White, V., M. Greene y E. Murphy. 2003. *Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms*. Washington, DC: USAID. Disponible en: www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf.

Herramientas, manuales y pautas

Bott, S., A. Guedes, C. Claramunt y A. Guezmes. 2004. *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: manual de referencia para profesionales de salud en países*. New York: International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Disponible en inglés y español en: <http://www.hrresourcecenter.org/node/1385>.

Drezin, J. 2001. *Picturing a Life Free of Violence: Media and Communications Strategies to End Violence Against Women*. New York: UNIFEM. Disponible en: http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=8.

Drezin, J. y M. Lloyd-Laney. 2003. *Making a Difference: Strategic Communications to End Violence Against Women*. New York: UNIFEM. Disponible en: http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=6.

Ellsberg, M. y L. Heise. 2005. *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington, DC: World Health Organization y PATH. Disponible en: http://www.path.org/files/GBV_rvaw_complete.pdf.

Family Violence Prevention Fund. 2005. *Toolkit for Working with Men and Boys*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund. Disponible en: <http://toolkit.endabuse.org/Home>.

IASC Task Force on Gender and Humanitarian Assistance. 2005. *Directrices aplicables a las intervenciones contra la violencia por razón de género en situaciones humanitarias: enfoque sobre la prevención y la respuesta contra la violencia sexual en situaciones de emergencia*. Geneva: IASC Task Force on Gender and Humanitarian Assistance. Disponible en árabe, bahasa, inglés y francés en: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp.

Michau, L. y D. Naker. 2003. *Mobilizing Communities to Prevent Domestic Violence: A Resource Guide for Organizations in East and Southern Africa*. Nairobi, Kenya: Raising Voices. Disponible en: <http://www.raisingvoices.org/publications.php>.

The Policy Project. 2006. *Responding to Gender-based Violence: A Focus on Policy Change Toolkit*. Washington, DC: The POLICY Project. Disponible en: <http://www.policyproject.com/gbv/>.

Raising Voices. 2007. *SASA! A Film About Women, Violence, and HIV/AIDS*. Kampala, Uganda: Raising Voices. Disponible en: http://www.raisingvoices.org/women/Sasa_film.php.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC). 2005. *Gender-based violence in populations affected by conflict: A field guide for displaced settings*. Disponible en: <http://www.rhrc.org/pdf/Fact%20Sheet%20for%20the%20Field.pdf>.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC). 2004. *Checklist for Action: Prevention & Response to Gender-based Violence in Displaced Settings*. Disponible en: <http://www.rhrc.org/pdf/Checklist.pdf>.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC). 2004. *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment and Program Design, Monitoring, and Evaluation*. Disponible en: <http://www.rhrc.org/pdf/GBVsingles.pdf>.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC). 2004. *Facilitator's Guide: Multisectoral and Interagency Prevention and Response to Gender-based Violence in Populations Affected by Armed Conflict*. Disponible en: <http://www.popline.org/docs/1691/303015.html>.

United Nations High Commissioner for Refugees. 2003. *Guidelines for Prevention and Response: Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons*. Geneva: UNHCR. Disponible en: http://www.rhrc.org/pdf/gl_sgbv03.pdf.

Vann, B. 2002. *Gender-Based Violence: Emerging Issues in Programs Serving Displaced Populations*. New York: The Reproductive Health for Refugees Consortium Global Gender-Based Violence Technical Support Project. Disponible en inglés en: http://www.rhrc.org/pdf/gbv_vann.pdf. Francés: http://www.rhrc.org/pdf/gbv_emerg_French.pdf. Portugues: http://www.rhrc.org/pdf/gbv_emerg_portuguese.pdf.

Warshaw, C. y A.L. Ganley. 1998. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund. Disponible en: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=238>.

World Health Organization. 2000. *Reproductive Health During Conflict and Displacement: A Guide for Programme Managers*. Geneva: WHO. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/conflict_and_displacement/index.htm.

World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees. 2004. *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use With Refugees and Internally Displaced Persons*, revised edition. Geneva: WHO/UNHCR. Disponible en árabe, inglés y francés en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_rapesurvivors/.

Estudios de casos

Ellsberg, M., J. Liljestrand y A. Winkvist. 1997. "The Nicaraguan Network of Women Against Violence: Using Research and Action for Change." *Reproductive Health Matters*. 5(10): 82-92. Artículo completo disponible en inglés, resumen en francés y español.

Rodríguez, C. 2005. "From the Sandinista Revolution to Telenovelas: The Case of Puntos de Encuentro, Nicaragua." En *Media and Global Change: Rethinking Communication for Development*, editado por O. Hemer y T. Tufte. Suecia: NORDICOM, University of Göteborg. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/media/30chapter23.pdf>.

Singhal, A., S. Usdin, E. Scheepers, S. Goldstein y G. Japhet. 2004. "Entertainment-Education Strategy in Development Communication." Pp. 141-153 en *Development and Communication in Africa*, editado por C. Okigbo y F. Eribo. Lanham: Rowman & Littlefield.

United Nations Secretary-General's Bulletin on Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse (ST/SGB/2003/13). Disponible en: <http://www.peacewomen.org/un/pkwatch/discipline/SGreportsexexpApr2004.pdf>.

Citaciones

- Abdool Q, Karim. 2001. "Barriers to Preventing Human Immunodeficiency Virus in Women: Experiences from Kwazulu-Natal, South Africa." *Journal of American Medical Women's Association* 56(4): 193–196.
- Amaro, H., L. Fied, H. Cabral y B. Zuckerman. 1990. "Violence During Pregnancy and Substance Abuse." *American Journal of Public Health* 80: 570–589.
- Ashley, J., B. Levine y R. Needle. 2006. "Summary of the Proceedings of Meeting on 'Alcohol, HIV Risk Behaviours and Transmission in Africa: Developing Programmes for the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR).'" *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(2): 192-200.
- Åsling-Monemi, K., R. Pena, M.C. Ellsberg y L.A. Persson. 2003. "Violence Against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: A Case-Referent Study in Nicaragua." *The Bulletin of the World Health Organization* 81(1): 10–18. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/Monemi0103.pdf>
- Barker, G. y C. Ricardo. 2005. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implications for HIV/AIDS, Conflict, and Violence*. Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction. Paper No. 26. Washington, DC: World Bank.
- Barker, G., C. Ricardo y M. Nascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: WHO.
- Betron, M. y E. Gonzalez. Pendiente publicación. *Screening for Gender-Based Violence among MSM and Transgendered Persons: A Synthesis and Review of the Literature*. Washington, DC: Health Policy Initiative.
- Bloom, S. Pendiente publicación. *Violence Against Women and Girls: A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.
- Bogart, L.M., R.L. Collins, W. Cunningham, R. Beckman, D. Golinelli, D. Eisenman y C.E. Bird. 2005. "The Association of Partner Abuse with Risky Sexual Behaviors among Women and Men with HIV/AIDS." *AIDS and Behavior* 9(3): 325-333. Disponible en: http://www.rand.org/pubs/reprints/2007/RAND_RP1276.pdf.
- Bott, S. y M. Betron. 2005. *USAID-Funded Gender-Based Violence Programming: An Assessment Report for the Bureau of Global Health*. Washington, DC: United States Agency for International Development.
- Bott, S., A. Guedes, C. Claramunt y A. Guezmes. 2004. *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género : manual de referencia para profesionales de salud en países*. New York: International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Disponible en inglés y español en: <http://www.hrhresourcecenter.org/node/1385>.
- Bott S., A. Morrison y M. Ellsberg. 2005. *Preventing and Responding to Gender-based Violence in Middle and Low-income Countries: A Global Review and Analysis*. World Bank Policy Research Working Paper 3618. Washington, DC: World Bank. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000112742_20050628084339.
- Campbell, C. y C. MacPhail. 2002. "Peer Education, Gender and the Development of Critical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African Youth." *Social Science and Medicine* 55: 331–345.
- Campbell, J.C. 2002. "Health Consequences of Intimate Partner Violence." *Lancet* 359: 1331–1336. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602083368/abstract>.
- Campbell, J.C., C. García-Moreno y P. Sharps. 2004. "Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries." *Violence Against Women* 10(7): 770–789. Disponible en: <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/7/770>.
- Campbell, J.C. y K. L. Soeken. 1999. "Forced Sex and Intimate Partner Violence: Effects on Women's Risk and Women's Health." *Violence Against Women* 5(9): 1017–1035.
- Campbell, J.C., M.L. Poland, J.B. Waller y J. Ager. 1992. "Correlates of Battering During Pregnancy." *Research in Nursing and Health* 15: 219–226.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). 2003. "Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States." Atlanta, GA. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Choi, K.H., D. Binson, M. Adelson y J. Catania. 1998. "Sexual Harrassment, Sexual Coercion and HIV Risk Among U.S. Adults 18–49 Years." *AIDS and Behavior* 2: 33–40.
- Counts, D.A., J.K. Brown y J.C. Campbell. 1999. *To Have and to Hit: Cultural Perspectives on Wife Beating*. Champaign, IL: University of Illinois Press.

Davila, Y.R. y M.H. Brakley. 1999. "Mexican American Women in a Battered Women's Shelter: Barriers to Condom Negotiation for HIV/AIDS Prevention." *Issues in Mental Health Nursing* 20: 333–355.

Davila, Y.R. 2002. "Influence of Abuse on Condom Negotiation among Mexican-American Women Involved in Abusive Relationships" *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 13(6): 46-56.

Drezin, J. 2001. *Picturing a Life Free of Violence: Media and Communications Strategies to End Violence Against Women*. New York: UNIFEM. Disponible en: http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=8.

Drezin, J. y M. Lloyd-Laney. 2003. *Making a Difference: Strategic Communications to End Violence Against Women*. New York: United Nations Development Fund for Women. Disponible en inglés y ruso en: http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=6.

Dunkle, K.L., R.K. Jewkes, H.C. Brown, G.C. Gray, J.A. McIntyre y S.D. Harlow. 2004. "Gender-based Violence, Relationship Power, and Risk of HIV Infection in Women Attending Antenatal Clinics in South Africa." *Lancet* 363: 1415–1421.

Ellsberg, M., R. Peña, A. Herrera, J. Liljestrand y A. Winkvist. 2000. "Candies in Hell: Women's Experiences of Violence in Nicaragua." *Social Science and Medicine* 51(11): 1595–1610.

Ellsberg, M., L. Heise, R. Peña, S. Agurto y A. Winkvist. 2001. "Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations." *Studies in Family Planning* 32(1): 1–16.

Enarson, E. 1998. *Surviving Domestic Violence and Disasters*. Vancouver, BC: Simon Fraser University at Harbour Centre's Freda Centre for Research on Violence against Women and Children. Disponible en: <http://www.harbour.sfu.ca/freda/reports/dviol.htm>.

Fonck, K., L. Els, N. Kidula, J. Ndinya-Achola y M. Temmerman. 2005. "Increased Risk of HIV in Women Experiencing Physical Partner Violence in Nairobi, Kenya." *AIDS and Behaviour* 9(3): 335-9.

Garcia-Moreno, C. 2002. "Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health-Service Response to Violence Against Women." *Lancet* 359: 1509–1514. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602084179/abstract>.

Garcia-Moreno, C. y C. Watts. 2000. "Violence Against Women: Its Importance for HIV/AIDS." *AIDS* 14 (Supl. 3): S 253–265.

Garcia-Moreno, C., H.A. Jansen, M. Ellsberg, L. Heise y C. Watts. 2005. *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Geneva: WHO. Disponible en: http://www.who.int/entity/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf.

Gazmararian, J.A., M.M. Adams, L.E. Saltzman, C.H. Johnson, F.C. Bruce, J.S. Marks y S.C. Zahniser. 1995. "The Relationship Between Intendedness and Physical Violence in Mothers of Newborns." *Obstetrics and Gynecology* 85: 131–138.

Gazmararian, J.A., S. Lazorick, A. Spitz, T. Ballard, L. E. Saltzman y J. S. Marks. 1996. "Prevalence of Violence Against Pregnant Women." *Journal of the American Medical Association* 275(24): 1915–1920.

Gielen, A.C., P.J. O'Campo, J.C. Campbell, J. Schollenberger, A.B. Woods, A.S. Jones, J.A. Dienemann, J. Kub y E.C. Wynee. 2000. "Women's Opinions About Domestic Violence Screening and Mandatory Reporting." *American Journal of Preventive Medicine* 19(4): 279–285.

Gilbert, L., N. El-Bassel, V. Rajah, J. Foleno, V. Fontdevila, Frye y B. L. Richman. 2002. "The Converging Epidemics of Mood-Altering Drug Use, HIV, HCV, and Partner Violence: A Conundrum for Methadone Maintenance Treatment." *The Mount Sinai Journal of Medicine* 67 (5 and 6): 452–463.

Goodwin, M.M., J.A. Gazmararian, C.H. Johnson, B.C. Gilbert y L.E. Saltzman. 2000. "Pregnancy Intendedness and Physical Abuse Around the Time of Pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996–1997." *Maternal and Child Health Journal* 4: 85–92.

Gruskin L., S.J. Gange, D. Celentano, P. Schuman, J.S. Moore, S. Zierler y D. Vlahov. 2002. "Incidence of Violence Against HIV-infected and Uninfected Women: Findings from the HIV Epidemiology Research (HER) Study." *Urban Health* 79(4): 512-24.

Guedes, A. 2004. *Addressing Gender-Based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis*. Washington, DC: USAID, Bureau for Global Health. Disponible en: <http://www.prb.org/pdf04/AddressGendrBasedViolence.pdf>.

- Hakimi, M., E. Hayati, V. Marlinawati, et al. 2001. *Silence for the Sake of Harmony. Domestic Violence and Women's Health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Indonesia: CHN-RL GMU. Xvi. Rifka Annisa Women's Crisis Center, Umea University, Women's Health Exchange, Program for Appropriate Technology in Health.
- Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller. 1999. "Ending Violence Against Women." *Population Reports XXVII* (Number 4, Series L, Number 11). Disponible en: <http://www.infoforhealth.org/pr/l11/violence.pdf>.
- Heise, L. y C. Garcia-Moreno. 2002. "Violence by Intimate Partners." Pp 89–121 in: Krug, Etienne et al., Eds. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Geneva: World Health Organization. Disponible en árabe, chino, español, inglés, finlandés, francés, italiano y ruso en: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/.
- Heise, L., K. Moore y N. Toubia. 1995. *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York: Population Council.
- Human Rights Watch. 2004. *World Report 2004: Human Rights and Armed Conflict*. New York: Human Rights Watch. Disponible en: <http://hrw.org/wr2k4/>.
- IASC Task Force on Gender and Humanitarian Assistance. 2005. *Directrices aplicables a las intervenciones contra la violencia por razón de género en situaciones humanitarias: enfoque sobre la prevención y la respuesta contra la violencia sexual en situaciones de emergencia*. Geneva: IASC Task Force on Gender and Humanitarian Assistance. Disponible en árabe, bahasa, inglés y francés en: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp.
- International Rescue Committee (IRC). 2004. *Gender-Based Violence Program Strategy: From Service Delivery to Social Change*. New York: International Rescue Committee.
- Jansen, H.A., C. Watts, M. Ellsberg, L. Heise y C. Garcia-Moreno. 2002. "Forced Sex and Physical Violence in Brazil, Peru and Thailand: WHO Multi-Country Results." Papel presentado en la Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona.
- Jewkes, R. 2002. "Intimate Partner Violence: Causes and Prevention." *Lancet* 359: 1423–1429. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602083575/abstract>.
- Jewkes, R., C. Vundule, F. Maforah y E. Jordaan. 2001. "Relationship Dynamics and Adolescent Pregnancy in South Africa." *Social Science & Medicine* 52(5): 733–744.
- Kishor, S. y K. Johnson. 2004. "Profiling Domestic Violence—A Multi-country Study." Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Krug, E.G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano. 2002. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Geneva: World Health Organization. Disponible en árabe, chino, español, inglés, finlandés, francés, italiano y ruso en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/.
- Lichtenstein, B. 2005. "Domestic Violence, Sexual Ownership, and HIV Risk in Women in the American Deep South." *Social Science and Medicine* 60(4): 701-14.
- Lichtenstein, B. 2006. "Domestic Violence in Barriers to Health Care for HIV-Positive Women." *AIDS Patient Care and STDs* 20(2): 122-32.
- Liebschutz, J.M., J.L. Geier, N.J. Horton, C.H. Chuang y J.H. Samet. 2005. "Physical and Sexual Violence and Health Care Utilization in HIV-infected Persons with Alcohol Problems." *AIDS Care* 17(5): 566-578.
- Mackenzie, C. y K. Kiragu. 2007. "Should Voluntary Counseling and Testing Counselors Address Alcohol Use with Clients? Findings from an Operations Research Study in Kenya." *Horizons Research Update*. Nairobi: Population Council.
- Maman, S., J. Mbwambo, N. M. Hogan, G. P. Kilonzo y M. Sweat. 2001. "Women's Barriers to HIV-1 Testing and Disclosure: Challenges for HIV-1 Voluntary Counselling and Testing." *AIDS Care* 13(5): 595–603.
- Maman, S., J. Mbwambo, J.C. Campbell, M. Hogan, G.P. Kilonzo, E. Weiss y M. Sweat. 2002. "HIV-1 Positive Women Report More Lifetime Experiences with Violence: Findings from a Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania." *American Journal of Public Health* 92(8): 1331–1337.
- McDonnell, K.A., A.C. Gielen y P. O'Campo. 2003. "Does HIV Status Make a Difference in the Experience of Lifetime Abuse? Descriptions of Lifetime Abuse and its Context Among Low-Income Urban Women." *Urban Health* 80(3): 494-509.
- McFarlane, J., B. Parker y K. Soeken. 1996. Physical Abuse, Smoking, and Substance Use During Pregnancy: Prevalence, Interrelationships, and Effects on Birth Weight. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 5: 313–320.
- Michau, L. y Naker, D. eds. 2004. *Preventing gender-based violence in the Horn, East and Southern Africa: A Regional Dialogue*. Uganda: Raising Voices and UN-HABITAT, Safer Cities Programme. Disponible en: <http://www.raisingvoices.org/publications.php>.

- Mooney, J. 1993. *The Hidden Figure: Domestic Violence in North London*. London: Middlesex University.
- Morris, C., B. Levine, G. Goodridge, N. Luo y J. Ashley. 2006. "Three-Country Assessment of Alcohol-HIV Related Policy and Programmatic Responses in Africa." *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(2): 170-184.
- Morrison, A. y M. B. Orlando. 2004. "The Costs and Impacts of Gender-based Violence in Developing Countries: Methodological Considerations and New Evidence." Washington, DC: World Bank.
- Muhajarine, N. y C. D'Arcy. 1999. "Physical Abuse During Pregnancy: Prevalence and Risk Factors." *Canadian Medical Association Journal* 160: 1007-1011. Disponible en: http://collection.nlc-bnc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/cmaj/vol-160/issue-7/1007.htm.
- Murphy, C.C., B. Schei, T.L. Myhr y J. Du Mont. 2001. "Abuse: a Risk Factor for Low Birth Weight? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Canadian Medical Association Journal* 164(11): 1567-72. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/11/1567>.
- Phorano, O.D., K. Nthomang y D. Ntseane. 2005. "Alcohol Abuse, Gender-based Violence and HIV/AIDS in Botswana: Establishing the Link Based on Empirical Evidence." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 2(1): 188-202.
- Reproductive Health for Refugee Consortium (RHRC). 2004. "Minimum Initial Services Package (MISP)." Disponible en árabe, bahasa, español, francés, inglés y ruso en: <http://misp.rhrc.org/>.
- Rogow, D. y Bruce, J. 2000. "Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement." *Calité/Calidad/Quality*, Number 10. Population Council: New York. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/qc/qc10.pdf>.
- Shaw, M. y Jawo, M. 2000. "Gambian Experiences with Stepping Stones: 1996-1999." *Participatory Learning and Action Notes* 37: 73-78. Disponible en: <http://www.iied.org/pubs/pdfs/G01869.pdf>.
- Solórzano, I., A. Bank, R. Peña, H. Espinoza, M. Ellsberg y J. Pulerwitz. 2008. "Catalyzing Personal and Social Change Around Gender, Sexuality, and HIV: Impact Evaluation of Puntos de Encuentro's Communication Strategy in Nicaragua. *Horizons Final Report*." Washington, DC: Population Council.
- Sowell R., B. Seals, L. Moneyham, J. Guillory y Y. Mizuno. 1999. "Experiences of Violence in HIV-seropositive Women in the South-eastern United States of America." *Journal of Advanced Nursing* 30(3): 606-15.
- Stevens, P.E. y D.J. Richards. 1998. "Narrative Case Analysis of HIV Infection in a Battered Woman." *Health Care for Women International* 19(1): 9-22.
- Sullivan, C. y Bybee D. 1999. "Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women with Abusive Partners." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(1): 43-53.
- Thompson, M., I. Arias, K. Basile y S. Desai. 2002. "The Association Between Childhood Physical and Sexual Victimization and Health Problems in Adulthood in a Nationally Representative Sample of Women." *Journal of Interpersonal Violence* 17(10): 1115-1129.
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2003. *Guidelines for Prevention and Response: Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons*. Geneva: UNHCR. Disponible en: http://www.rhrc.org/pdf/gl_sgbv03.pdf.
- United Nations Population Fund (UNFPA). 1998. "Violence Against Girls and Women: A Public Health Priority." UNFPA Gender Theme Group, Interactive Population Center. Disponible en: <http://www.unfpa.org/intercenter/violence/intro.htm>.
- USAID/Synergy. 2004. *Women's Experiences with HIV Serodisclosure in Africa: Implications for VCT and PMTCT: Meeting Report*. Washington, DC: USAID. Disponible en: <http://www.synergyaids.com/documents/VCTDisclosureReport.pdf>.
- Ward, J. 2002. *If Not Now, When? Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-conflict Settings: A Global Review*. New York: The Reproductive Health for Refugees Consortium. Disponible en: <http://www.rhrc.org/resources/gbv/ifnotnow.html>.
- Warshaw, C. y A.L. Ganley. 1998. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund. Disponible en: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=238>.
- World Health Organization (WHO). 2001. *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2002. *Multi-Country Study on Women's Health and Life Events Final Core Questionnaire (Version 9.9)*. Geneva: WHO.

Wingood, G. y R. DiClemente. 1997. "The Effects of an Abusive Primary Partner on the Condom Use and Sexual Negotiation Practices of African-American Women." *American Journal of Public Health*. 87: 1016–1018.
Disponble en: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/87/6/1016>.

Wyatt, G. E., H. F. Myers, J. K. Williams, C. Ramirez-Kitchen, T. Loeb, J. Vargas-Carmona, L. E. Wyatt, D. Chin y N. Presley. 2002. "Does a History of Trauma Contribute to HIV Risk for Women of Color? Implications for Prevention and Policy." *American Journal of Public Health* 92(4): 660–665.

Zierler S., W.E. Cunningham, R. Andersen, M.F. Shapiro, T. Nakazono, S. Morton, S. Crystal, M. Stein, B. Turner, P. St. Clair y S.A. Bozzette. 2000. "Violence Victimization after HIV Infection in a US Probability Sample of Adult Patients in Primary Care." *American Journal of Public Health* 90(2): 208-15.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

1300 Pennsylvania Avenue, NW

Washington, DC 20523

Tel: (202) 712-0000

Fax: (202) 216-3524

www.usaid.gov