



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



PEPFAR

U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN TRES PAISES

AIDSTAR-One
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES

MARZO 2012

Esta publicación fue producida con el apoyo del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00 Recursos de asistencia técnica y apoyo para SIDA (AIDSTAR-One), Sector I, Orden de Trabajo I.

ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN TRES PAÍSES

Proyecto de Recursos de Asistencia Técnica y Apoyo para SIDA

Recursos de asistencia técnica y apoyo para SIDA, Sector I, Orden del Trabajo 1 (AIDSTAR-One) recibe fondos del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, otorgados el 31 de enero del 2008. AIDSTAR-One, está implementado por John Snow, Inc., en colaboración con Asistencia Medica de alcance general , Abarcar, LLC, Centro Internacional de Investigación de la Mujer, , MAP Internacional, Madres a Madres, Sistemas Sociales y Científicos, Inc., Universidad de Alabama en Birmingham, Alianza de la cinta blanca para la maternidad segura, y Educación Mundial. El proyecto proporciona servicios de asistencia técnica a la Oficina de VIH/SIDA y los equipos nacionales del Gobierno de los Estados Unidos en gestión del conocimiento, liderazgo técnico, sostenibilidad de programas, planificación estratégica y apoyo para implementación de programas.

Cita recomendada

Spratt, Kai. 2012. *Análisis de los Servicios dirigidos a la Violencia Basada en Género en Tres Países*. Arlington, VA: Recursos de asistencia técnica y apoyo para SIDA de USAID, AIDSTAR-One, Orden de Trabajo 1.

Agradecimientos

Agradecemos al Grupo Técnico de Trabajo sobre Género del PEPFAR de Estados Unidos por sus significativos comentarios y revisión técnica de este documento, y a los equipos nacionales de PEPFAR de los Gobiernos de Vietnam, Suazilandia y Ecuador por su permiso para desarrollar los estudios de casos. Agradecemos también a los funcionarios de Gobierno, personal de programas, voluntarios y víctimas sobrevivientes que fueran entrevistados para los estudios de casos, esperamos que los estudios de casos comuniquen su compromiso y aportes para eliminar la violencia basada en género de manera adecuada.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Teléfono: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
Correo electrónico: info@aidstar-one.com
Internet: aidstar-one.com

CONTENIDO

Acrónimos	v
Introducción.....	1
Metodología	3
Hallazgos	5
Recomendaciones.....	14
Conclusiones.....	18
Referencias	20

ACRÓNIMOS

CEPAM	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de las Mujeres
APV	Asesoramiento y Pruebas para VIH
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
MIES	Ministerio de Inversión Económica y Social – Ecuador
ONG	Organización no gubernamental
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA
PVVIH	Personas viviendo con VIH
SWAGAA	Grupo de Acción contra el Abuso de Suazilandia
USAID	Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
USG	Gobierno de los Estados Unidos de América
VBG	Violencia basada en género

INTRODUCCIÓN

La violencia basada en género (VBG - ver definición en el Cuadro 1), afecta entre el 10 al 70 por ciento de las mujeres a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud 2005). Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que se inyectan drogas, personas transgénero, y trabajadores sexuales son los grupos más vulnerables a la VBG por las inequidades de género (Betron and González-Figueroa 2009; Burns 2009; Red de defensa de los derechos de los trabajadores sexuales, 2009). Además de tener implicaciones para casi todos los aspectos de la salud y el desarrollo, desde el crecimiento económico y nivel de escolaridad hasta el acceso a servicios de salud, la VBG es ampliamente reconocida como causa y consecuencia de infecciones de VIH, y la mayor causa de muerte entre las mujeres de 15 a 44 años a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2005). La VBG crea condiciones propicias para la transmisión de VIH en las mujeres, porque las mujeres en relaciones violentas experimentan, muchas veces, sexo forzado y violento y no son capaces de negociar medidas para evitar sexo desprotegido, y porque el miedo a la violencia puede evitar que las mujeres acudan a los servicios de VIH. El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) apoya la reducción de la violencia y la coerción como una de las cinco estrategias de género altamente prioritarias (Grupo de Trabajo Interagencial de Género de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos [USAID] 2008). Por tal razón, PEPFAR ha aumentado sus inversiones de manera importante en estrategias y programas para tratar la VBG. Por ejemplo, en Mayo del 2010, se anunció una inversión de PEPFAR de U.S. \$30 millones para tres años, para ampliar programas de VBG en la República Democrática del Congo, Mozambique y

Cuadro 1. Definición de la Violencia Basada en Género

En términos amplios, “violencia basada en género”, es la violencia dirigida a un individuo basada en su sexo biológico, identidad de género, o a su adherencia percibida a normas socialmente definidas de masculinidad y feminidad. Incluye el abuso físico, sexual y psicológico; amenazas; coerción; privación arbitraria de libertad; y privación económica, tanto en la vida pública como privada.

La VBG toma muchas formas y puede ocurrir a lo largo del ciclo de vida, de la fase prenatal a la niñez y adolescencia, los años reproductivos, y la vejez (Moreno 2005). Los tipos de VBG incluyen infanticidio femenino; prácticas tradicionales dañinas, tales como matrimonio temprano y forzado, asesinatos de “honor,” y circuncisión genital femenina; abuso sexual y esclavitud de niños y niñas; trata y tráfico de personas; coerción y abuso sexual; abandono; violencia doméstica y abuso de ancianos.

Las mujeres y niñas están en mayor riesgo y son más afectadas por VBG. Así, los términos “violencia contra la mujer” y “violencia basada en género” muchas veces se utiliza de manera intercambiable. Sin embargo, los niños y los hombres también pueden experimentar la VBG, así como las minorías sexuales y de género, tales como hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. No importa el objetivo, la GBV está enraizada en las desigualdades estructurales entre los hombres y las mujeres, y se caracteriza por el uso y abuso de poder o control físico, emocional, o financiero.

Fuente: Khan 2011.

Tanzania. En ese mismo año, PEPFAR otorgó fondos a 14 Misiones del Gobierno norteamericano (USG) de América Latina y África para ampliar su actual programación relacionada con género. A través del fortalecimiento de las capacidades locales, se espera que PEPFAR pueda mejorar el ambiente favorable para políticas en cada país y apoyar la expansión y sostenibilidad de servicios y respuestas para la VBG.

Un principio central de la estrategia de PEPFAR II es apoyar la sostenibilidad a largo plazo de los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con VIH, y ampliar programas y prácticas prometedoras e innovadores. Para romper los vínculos entre las infecciones de VIH y la VBG, se requieren intervenciones focalizadas que impulsen cambios en normas individuales y comunitarias que perpetúan la violencia contra las mujeres y otros grupos vulnerables (Gardsbane 2010; Grupo de trabajo inter agencial sobre Genero de USAID 2008; Orndorff y Natividad 2009). Para lograr este tipo de cambio tan importante, se requiere un ambiente favorable para políticas a nivel local, regional y nacional, así como abogacía continua y financiación a largo plazo (Rhodes et al. 2005). Se pueden utilizar varias estrategias para mantener las operaciones de los programas: financiamiento del sector público; financiamiento privado por fundaciones; contribuciones del sector privado empresarial; o reembolso de usuarios por servicios (i.e. cobrar para los servicios de salud); o una mezcla de financiamiento publico y privado.

Bajo la supervisión técnica del Grupo Técnico de Trabajo sobre Género de PEPFAR, el proyecto global AIDSTAR-One, financiado por PEPFAR a través de USAID, brinda apoyo y asistencia técnica a los grupos de trabajo de las USG en varios países, y ha desarrollado muchos recursos técnicos para explorar las conexiones entre la desigualdad de género, VBG y VIH. Estos recursos se centran en identificar y compartir enfoques programáticos prometedores y en disseminar aquellos elementos claves del éxito para su replicación y ampliación.

En 2010, AIDSTAR-One desarrolló estudios de casos en tres países en los cuales, los servicios de VBG se encuentran disponibles. Las metas de los estudios de casos fueron las siguientes:

- Analizar el ambiente político relacionado a la prevención de VBG y la provisión de servicios de VIH a víctimas de la VBG.
- Describir los diferentes componentes de la prestación de servicios, incluyendo intervenciones en crisis, apoyo y abogacía para víctimas, educación comunitaria, capacitación del personal, monitoreo y evaluación, promoción para políticas, y consejería.
- Describir la manera en que los programas hacen referencias o se vinculan con otros programas de salud o de apoyo social, como planificación familiar, consejería y pruebas para VIH (APV), servicios de salud reproductiva, desarrollo económico, y apoyo legal.
- Resumir, para cada programa, las estrategias de financiamiento actuales y a largo plazo.

Se desarrollaron estos estudios de caso para ayudar a los gerentes de programas a diseñar, planificar, e implementar estrategias para la integración de VBG en programas de VIH, planificación familiar, o servicios de salud reproductiva ya existentes. El análisis de los estudios—de Vietnam, Ecuador, y Suazilandia—produjo cinco hallazgos principales y ocho recomendaciones globales.

METODOLOGÍA

Los países para los estudios de casos fueron seleccionados de manera intencional a través de entrevistas con informantes clave como expertos en VBG y proveedores de salud. Cada estudio de caso representa un contexto distinto con respecto a ubicación geográfica, financiamiento, contexto político e implicancias para su sostenibilidad. Para incluirlos en las entrevistas no fue requisito ser receptor de fondos del gobierno norteamericano (USG).

En Vietnam, el equipo de género de AIDSTAR-One también desarrolló un estudio de caso independiente sobre cómo se está integrando el tema género en las actividades con poblaciones de alta vulnerabilidad (Spratt y Trang 2011). Esto permitió la obtención de recursos y reducción de costos. El programa en Ecuador tiene una respuesta multisectorial a la VBG integrado a los servicios de salud— un modelo identificado por expertos como una práctica prometedora. En Ecuador, el gobierno también lo ha reconocido y se está trabajando para ampliar la experiencia en otros lugares del país. Este tipo de colaboración entre el gobierno y la sociedad civil no es común pero es muy importante para los esfuerzos de ampliar los servicios de salud y de la VBG en contextos de recursos limitados. Se eligió el tercer programa, en Suazilandia, porque es un ejemplo poco común de un programa de larga trayectoria que ha continuado con donaciones específicas para proyectos de corto plazo y donaciones públicas, sin financiamiento central a largo plazo. Se eligieron los siguientes programas:

- Programas de VBG del Departamento de Salud en los Hospitales Generales de Duc Giang y Dong Anh, en Hanoi, Vietnam
- Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de las Mujeres (CEPAM), Guayaquil, Ecuador
- Grupo Acción Contra el Abuso en Suazilandia (SWAGAA), Manzini, Suazilandia.

Personal de AIDSTAR-One o un consultor local, se comunicó con cada programa para explicar el propósito del estudio de caso y programar las visitas a los establecimientos y las entrevistas. Para el estudio de caso, se realizó una revisión de las políticas y estrategias nacionales para la VBG, informes programáticos, evaluaciones, y entrevistas con funcionarios nacionales o locales, organizaciones no gubernamentales (ONGs) locales que colaboraron, personal y voluntarios brindando servicios de VBG y, donde fue posible, usuarios de servicios de VBG y agencias multilaterales que proveen asistencia técnica o financiera a los programas (Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer y Fondo de Población de las Naciones Unidas).

Se desarrollaron instrumentos como un protocolo de visita estandarizado y guías de entrevistas, que fueron utilizados en los tres países. Los siguientes elementos fueron incluidos en el contenido de las guías:

- Historia del programa
- Descripción de la población meta, programa o utilización de servicios, promoción, referencias, aseguramiento de calidad y actividades de capacitación
- Retos enfrentados para mantener los servicios

- Innovaciones incorporadas en los servicios durante su desarrollo
- Lecciones aprendidas a considerar por otras organizaciones antes de incorporar los servicios de VBG
- Estrategias para la sostenibilidad al largo plazo.

Los datos se recolectaron en un periodo de cinco días para cada país. Las entrevistas en Ecuador fueron realizadas en el idioma local, y en Vietnam y Suazilandia, se hicieron también en el idioma local y con traducción simultánea

HALLAZGOS

1. Las estructuras del gobierno en los tres países son muy distintos, pero los tres han adoptado políticas para la VBG recientemente.

Todos los programas de VBG que se describen en los estudios de caso operan en ambientes con sociedades civiles relativamente débiles y carecen de planes operativos nacionales, protocolos y presupuestos asignados para promover la sostenibilidad a largo plazo y la ampliación de servicios de VBG.

Vietnam: La República Socialista de Vietnam tiene un sistema político de partido único, y todas las organizaciones políticas rigen bajo el control de Partido Comunista Vietnamita. No hay separación de poderes entre los sistemas ejecutivo, legislativo, y judicial. La Asamblea Nacional, bajo la dirección del Partido Comunista, es el máximo ente representativo del pueblo y la única organización con poderes legislativos (Departamento de Estado de EEUU 2010). En 1986, se adoptó *doi moi* (renovación), que abrió los sistemas económico y político, resultando en rápidos cambios económicos y sociales, incluyendo la formación de grupos sociales fuera del Partido Comunista (Thayer 2008). En 1992, se reafirmó el rol central del Partido Comunista de Vietnam en la política y la sociedad en una nueva constitución estatal, y se detalló la reorganización del gobierno y la incrementación de la libertad económica.

Después de siete años de negociaciones, se aprobó La Ley 2007 de la Prevención y Control de Violencia Doméstica, en el Gobierno de Vietnam, donde se define la violencia doméstica como “un acto cometido por un miembro de la familia de manera intencional que resulta en daños o posibles daños en términos físicos, emocionales y económicos a otro miembro de la familia” (Hoang 2008, 39) independientemente del sexo, edad o relación con la víctima(s). El Ministerio de Cultura, Deporte y Turismo es responsable de la implementación general de la ley y se espera la colaboración de otros ministerios para desarrollar y diseminar planes para su implementación. Las cláusulas de la ley incluyen castigos para los autores, albergues para los sobrevivientes de violencia, intervenciones por comités comunitarios de conciliación, ampliación al acceso a la consejería familiar, promoción de “direcciones confiables” en comunidades (hogares donde víctimas pueden recibir apoyo o protección a corto plazo), y vigilancia y supervisión de la implementación de la ley. La ley es bastante amplia, y cubre cualquier acto intencional perpetrado por un familiar, incluyendo a parejas divorciadas o parejas de derecho común (convivientes) (Hoang 2008). El Ministerio de Salud dio el primer paso para implementar la ley, y en el 2010 desarrolló una guía operativa donde se requiere la integración de tamizaje para la violencia en los chequeos de salud en todos los hospitales vietnamitas, basado en el modelo del proyecto de Mejorar la Respuesta del Sector Salud a la Violencia Basada en Género. El Ministerio de Salud solicita que se utilicen los materiales de capacitación del proyecto y las herramientas de tamizaje en todo el país .

Ecuador: Durante la mayor parte del siglo veinte, Ecuador vivió una tormenta política y económica que resultó en un ciclo de gobiernos democráticos de corto plazo derrocados por dictaduras militares. En 1979, Ecuador volvió a la democracia, pero el país todavía enfrenta retos de pobreza, desigualdad y marginación de ciertos grupos étnicos. Desde el 2008, el gobierno ha incrementado los gastos en el sector social de manera significativa. Los gastos en el sector de salud se han

incrementado más del doble, comparado con niveles históricos, y ahora forman el 3.5 por ciento del PIB (alrededor de U.S.\$1.8 billón). Se ha aumentado la cobertura y los servicios de salud gratuitos, en particular para niños y mujeres embarazadas (Weisbrot y Sandoval 2009). Ecuador también tiene un historial de políticas progresivas de VBG. Sin embargo, no implica que la política haya sido implementada de manera significativa aún. Por ejemplo, la policía recibe sobornos de los perpetradores para no procesar los casos, y los proveedores de salud temen involucrarse en deliberaciones largas judiciales, reciben amenazas de los perpetradores, y difamación por parte de los abogados. Desde 1995, Ecuador tiene una ley en contra de la violencia contra la mujer y la familia, pero el conocimiento de la ley es limitado y pocas mujeres denuncian la violencia a las autoridades o buscan reparaciones judiciales. En 2007 se aprobó por Decreto Presidencial No. 620, el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género contra los Niños, Adolescentes y Mujeres. Un equipo multisectorial de ministros supervisa el plan. Este comité trabaja con un equipo de asistencia técnica, de diferentes ministerios y ONGs con experiencia en VBG, para formular y supervisar las políticas del plan. El Plan Nacional tiene provisiones para dar acceso a protecciones y servicios legales, campañas de medios masivos de prevención, módulos sobre la VBG en las currículas de escuelas, cortes especializadas para tratar casos de VBG, servicios de apoyo como albergues y líneas de llamadas gratuitas, y fortalecimiento de capacidades institucionales para personal del gobierno y ONGs. Mayor protección se garantiza en el Artículo 66 de la nueva constitución ecuatoriana, (2008) que garantiza una vida libre de violencia pública o privada. También estipula que el gobierno aprobará medidas para prevenir y castigar la violencia, en particular contra las mujeres, niños, adolescentes, personas con discapacidades y personas vulnerables. Las mismas medidas aplican contra la esclavitud y la trata de personas (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el empoderamiento de la Mujer 2011).

Suazilandia: El reino de Suazilandia es la única monarquía absoluta que subsiste en África. De acuerdo con las leyes y costumbres Suazi, el monarca, Rey Mswati III tiene supremo poder ejecutivo, legislativo y judicial. Sin embargo, en la práctica general, el poder del monarca se delega por un sistema dualista: organismos regulatorios modernos, como el gabinete, y estructuras tradicionales del gobierno que son menos formales. El rey debe aprobar la legislación revisada antes por el parlamento y para que se pueda emitir como ley (Departamento de Estado de EEUU 2011). Una nueva Constitución se adoptó en el 2006 que dispone iguales derechos para mujeres y hombres, pero mantiene el sistema dualista de legislación que reconoce tanto la ley tradicional como la civil. Los temas de matrimonio, custodia de niños, derechos de propiedad, y leyes de herencia se cubren en mayor parte por leyes y costumbres tradicionales, que reflejan firmes normas y prácticas patriarcales. La oficina del vice primer ministro acoge la Unidad de Género y la de Familia como la Unidad de Coordinación Nacional de Niños. Se nombraron puntos focales de género en todos los ministerios para movilizar y coordinar los programas e iniciativas relacionados con este tema. Los problemas pendientes a resolver son la lentitud de la oficina del vice primer ministro, que frena los procesos y el poder cumplir con el trabajo, así como la práctica de nombrar individuos de bajo nivel como puntos focales de género, quienes carecen de autoridad y poder para la toma de decisiones.

Ha habido algunos avances recientemente, como la Política Nacional de Género del 2010, que fue formulada luego de 13 años. Se espera que esa nueva política pueda ayudar a alcanzar la igualdad de género pautada en la Constitución. También, el gobierno reconoce la necesidad de incluir la igualdad de género como tema transversal en todos los documentos de políticas clave, por su inclusión en la Estrategia Nacional de Desarrollo del 1997 al 2022. Después de más de 10 años de trabajo por activistas de igualdad de género, se aprobó en el parlamento, en Octubre del 2011 el proyecto de ley sobre Delitos Sexuales y Violencia Doméstica, y está actualmente pendiente de la aprobación en el Senado. Se criticó la versión original del proyecto de ley por ser demasiado

progresista y se generaron fuertes discusiones sobre “la cultura versus la igualdad de género” en Suazilandia. El proyecto de ley final salió como un compromiso, y trata algunos temas polémicos, pero no de la manera completa que se esperaba de parte de los defensores.

En los tres estudios de casos, se ilustra que a pesar de dar importantes pasos para tratar el tema de VBG, el ambiente político en los tres países para institucionalizar y ampliar los servicios más allá de ciertos centros es muy limitado; y aun no es prioritario tratar el tema de VBG de manera comprensiva.

2. Las respuestas a VBG varían por país.

La prestación de servicios de VBG en cada uno de los sitios de los estudios de caso refleja tres diferentes tipos de respuestas -- una, dirigida por el gobierno y focalizada en el sector salud en Vietnam; otra respuesta de ONGs colaborando con y a través del apoyo gubernamental en Ecuador; y un enfoque en comunidades de base en Suazilandia.

Vietnam: Los servicios de VBG son muy limitados en Vietnam. Los servicios destacados en este estudio de caso reciben apoyo del Departamento de Salud de Hanói desde el 2010 y están disponibles solamente en dos hospitales y en un número limitado de comunas¹ cercanas a los hospitales. Otros programas se financian por otros donantes y se implementan a través de otros socios gubernamentales, pero casi todos ellos en muy pequeña escala, dispersos en el país y enfocados sobretudo en violencia física (Fondo de Población de Naciones Unidas 2007). En Ecuador y Suazilandia, disponen de servicios en más centros, y se extienden más allá del modelo médico de atención.

El proyecto de Mejorar la Respuesta del Sector Salud a la Violencia Basada en Género se piloteó y se integró en los servicios de la salud en dos hospitales de la ciudad de Hanói. El proyecto fue implementado por el Centro de Estudios Aplicados en Género y Adolescencia y el Consejo de Población y tiene tres componentes: tamizaje, referencias y promoción y apoyo comunitario. Se capacitó a todo el personal médico y de enfermería en el tema de VBG en las salas de emergencia, obstetricia y ginecología, departamentos de cirugía y la mayoría de las clínicas ambulatorias. En la capacitación, se cubrieron las definiciones y consecuencias de la violencia y se enseñó a los participantes a cómo utilizar una herramienta de evaluación de tres preguntas², trabajar con las víctimas, y colaborar con la comunidad para apoyar a las víctimas de VBG. Cuando se identifica un caso de VBG, se provee tratamiento si es necesario y se hace una referencia al centro de consejería del hospital. Los servicios de consejería son gratuitos. El proyecto no cubre los gastos para APV de rutina u otras pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, aunque algunas mujeres reciben referencias al centro de APV del hospital, que es apoyado por fondos de otros donantes. En términos de promoción comunitaria, el personal de los hospitales y los dos centros de consejería visitan a las comunidades una vez al mes para facilitar sesiones de comunicación sobre temas de igualdad de género y VBG para miembros de organizaciones masivas, como el Sindicato de Agricultores y el Sindicato de Estudiantes, o miembros interesados de la

¹ Una comuna es una unidad administrativa dentro de un distrito; un distrito consta de varias comunas.

² Las tres preguntas de evaluación son 1) violencia domestica: “Algún familiar (esposo, pareja, otros familiares) suyo, alguna vez la ha golpeado, insultado o forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?”; 2) abuso sexual de niños: “A veces, cuando son jóvenes, se abusan de las mujeres de manera sexual (se tocan con un propósito erótico), eso le ha pasado a usted?”; 3) violación sexual: “Alguna vez, alguien conocido o desconocido la ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quiso?”

comunidad. Estos equipos también apoyan a clubes de víctimas pero no trabajan mucho con jóvenes, escuelas, o programas comunitarios de VIH.

Ecuador: CEPAM es una de las pocas organizaciones en Ecuador donde se provee servicios integrales para las víctimas de VBG que acuden al centro de CEPAM para asistencia. Estos servicios (en Guayaquil) incluyen servicios completos de salud reproductiva, asistencia legal, consejería psicológica, acceso a atención médica, y apoyo social. El equipo multisectorial de CEPAM provee estos servicios sin costo, con fondos del Ministerio de Inversión Económica y Social (MIES). Si es necesario, se hace una referencia a la víctima hacia un albergue, un servicio de salud especializado, o una agencia que brinda apoyo económico. Las consejeras son todas sobrevivientes de la VBG, y pasan por un proceso intensivo de apoyo psico-social y capacitación para ser promotoras comunitarias y defensoras de los derechos de las mujeres, en particular en todo lo relacionado a la VBG. Los programas de CEPAM se definen a través de su enfoque multisectorial. Este enfoque ha permitido que las y los usuarios de los servicios de CEPAM puedan evitar la burocracia y múltiples procesos que son necesarios para acceder a los diferentes servicios que pueden necesitar.

El Plan Nacional para Erradicar la VBG del 2007 se está implementando a través de la colaboración entre ministerios de varios sectores, con asistencia técnica de ONGs locales con experiencia en VBG. CEPAM lidera estas ONGs. Actualmente, CEPAM brinda asistencia técnica al MIES para integrar su modelo de servicios integrales en varias instituciones públicas en el país y para desarrollar normas, protocolos, y guías operativas para integrar los servicios de VBG. De la misma manera, el Instituto Nacional del Niño y de La Familia (también parte del MIES), ha pedido asistencia técnica de CEPAM Guayaquil para desarrollar un modelo de servicios para VBG. El MIES apoya un proyecto piloto para desarrollar servicios integrales en la Comisaría de la Mujer y la Familia de la Provincia de Guayas, tanto como en la Procuraduría de Guayas. La colaboración entre CEPAM y el gobierno ha resultado en mayor calidad de servicios de VBG—por ejemplo una mejor comprensión dentro del sistema de justicia de las necesidades multifacéticas de las mujeres que experimentan violencia.

Suazilandia: SWAGAA fue fundado en 1990 como una ONG de base, operada por voluntarios para proveer servicios directos a las víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual, y es la única organización en Suazilandia que tiene como mandato principal tratar el tema de VBG. Hoy en día, sus servicios incluyen educación sobre prevención (programas escolares y comunitarios), una línea gratuita para apoyo y consejería telefónica, consejería cara a cara para adultos y niños, manejo de casos, servicios legales, iniciativas económicas para auto sostenibilidad, un programa de involucramiento de hombres, abogacía, campañas de sensibilización comunitaria, y referencias a redes de proveedores de servicios. Los vínculos entre VIH y VBG son explícitos en los programas de SWAGAA, y los clientes son referidos a APV cuando se detecta que es apropiado. SWAGAA trabaja en conjunto con ONGs y agencias gubernamentales como la oficina del vice primer ministro, incluyendo la Unidad de Género, la Unidad Nacional de Coordinación para Niños, y el Departamento de Asistencia Social; la Unidad de Violencia Doméstica de la Policía de Suazilandia, y los Servicios Penitenciarios del Gobierno. Se está desarrollando una fuerte red de referencia para mejorar la eficiencia y utilización de recursos y para ayudar a SWAGAA a enfocarse en su meta principal de apoyar a las víctimas de VBG.

SWAGAA provee educación sobre VBG a 24 comunidades de base, además de sensibilización e incidencia política para VBG al nivel nacional. SWAGAA incorporó el VIH como tema transversal en todos sus programas mucho antes que los donantes y otras agencias pusieran atención a ese tema, y muchas víctimas acuden a los servicios de SWAGAA para reportar y utilizar servicios de VBG

tanto como servicios de VIH. Las estrategias organizacionales de las ONGs han ido evolucionando con mayor énfasis en involucrar a hombres y niños, aumentar las actividades de prevención de VBG, desarrollar una red de referencia para aumentar la capacidad de satisfacer las necesidades de las víctimas y buscar una respuesta más estratégica para VBG. Los programas continuos de SWAGAA incluyen sensibilizaciones escolares, educación y promoción, clubes de empoderamiento de niñas, la iniciativa *Liblombe Lekukhalela* (Un hombro donde llorar) y (un proyecto de protección de niños creado por el Gobierno de Suazilandia y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y una iniciativa de involucramiento de hombres.

No hay una “talla única” para iniciar servicios de VBG. Pero lo que sí se demuestra en los sitios es que la sostenibilidad y ampliación de servicios de VBG requieren la colaboración entre el gobierno y la sociedad civil. En Vietnam, el esfuerzo empezó en el sector salud; en Ecuador y Suazilandia, los esfuerzos iniciales empezaron a nivel comunitario. El proceso de transferir las capacidades —entre expertos de sociedad civil a gobierno, y en el caso de Vietnam, de gobierno a organizaciones comunitarias— y lograr la ampliación de los servicios no se da de un día para otro. Para lograrlo, se necesita un compromiso a largo plazo, financiamiento, y colaboración.

3. Servicios de Consejería y Pruebas (APV) no se proveen de manera rutinaria en todos los sitios.

Suazilandia tiene la más alta prevalencia de VIH del mundo, así que la prevención de VIH es prioritaria en todas las intervenciones en el país. El vínculo entre VIH y VBG no se ha tratado de manera adecuada en Vietnam y Ecuador, los otros lugares donde se realizaron los estudios de caso. Ambos países tienen baja prevalencia de VIH, y la epidemia está concentrada en poblaciones de mayor riesgo: trabajadores sexuales, HSH, y personas que se inyectan drogas en Vietnam, y HSH, personas transgénero y trabajadores sexuales en Ecuador. Estas poblaciones tienden a no usar servicios de salud pública, por los altos niveles de estigma y discriminación existentes, tampoco se sienten bienvenidos en los establecimientos de servicios para mujeres. En países de prevalencia baja, la mayoría de los proveedores de salud no están familiarizados con el VIH, o pueden suponer que las mujeres víctimas de VBG y que no forman parte de población en alto riesgo, no se encuentran en riesgo de contraer el VIH. (Ver Cuadro 2 sobre porque las mujeres enfrentan mayores riesgos para VIH).

Vietnam: Hasta la segunda etapa del proyecto, no se incluyó un sistema de referencia para pruebas de infecciones de transmisión sexual y consejería y pruebas para VIH (APV) en el modelo de prestación de servicios para clientes de VBG. Esas oportunidades perdidas para APV de VIH fueron debidas en parte al tipo de financiamiento del proyecto: el proyecto era para VBG, no un proyecto para VBG y VIH, así que no se integraron los servicios de APV a pesar de que los servicios de APV estaban disponibles gratuitamente en ambos hospitales.

Cuadro 2. Los Cuerpos Femeninos y el Riesgo de VIH

Cambios hormonales, la ecología microbial vaginal y fisiología, y una mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual hacen que las mujeres—en especial las mujeres jóvenes—sean más susceptibles a la infección por el virus de VIH que los hombres. Las mujeres tienen el doble de posibilidades de adquirir el VIH de los hombres durante el coito. El sexo forzado o violento puede causar abrasiones y cortes, que facilitan la infección de VIH en las mujeres (American Foundation for AIDS Research 2005). La combinación de vulnerabilidad biológica y desigualdades estructurales, sociales, y económicas promueve la feminización de la epidemia (Quinn and Overbaugh 2005).

Ecuador: CEPAM ha aprendido que una estrategia efectiva para fortalecer una respuesta política para la VBG, es encuadrarla como un problema social que requiere esfuerzos de acción y mitigación de todas las instituciones y miembros de la comunidad. A pesar de que en CEPAM se promueva la VBG como un problema de salud que afecta al desarrollo, y el personal del proyecto está capacitado para entender el vínculo entre VBG y VIH, las restricciones de fondos y de políticas limitan la provisión de consejería y pruebas para VIH o profilaxis post exposición por el personal de CEPAM. Las mujeres que necesitan esos servicios se refieren a otros proveedores.

Suazilandia: SWAGAA ha estado tratando los vínculos entre la epidemia de VIH y la VBG durante casi una década, y asegura que la educación y consejería para VIH sean transversales en todos sus programas y servicios. En el proceso de recepción para clientes que reciben consejería presencial se pregunta si conocen su condición de VIH, aunque no se presiona para que lo divulguen. Se anima a las clientes que desconocen su condición a acudir al servicio de pruebas y consejería. Todos los clientes reciben consejería sobre VIH, incluyendo referencias a grupos de apoyo de pareja para los que son positivos, y consejería para estrategias de prevención para los que son negativos o desconocen su condición. Después de la consejería inicial, SWAGAA refiere a las víctimas de asalto sexual (si han reportado el asalto dentro de 72 horas del incidente) a la Asociación Vida y Familia de Suazilandia para recibir anticoncepción de emergencia y profilaxis post exposición.

4. Financiamiento para programas de VBG es insuficiente y precario.

Vietnam: La reestructuración económica ha reducido el financiamiento central a servicios del sector público en salud, y ahora se encuentran con mucha presión para cobrar a los clientes para cubrir los salarios, gastos operativos y servicios. Actualmente, los servicios de VBG no se incluyen en los presupuestos operativos de hospitales ni en los subsidios del Ministerio de Salud a los hospitales. En la normativa del Ministerio de Salud del 2010 se requiere tamizaje para VBG en todos los hospitales pero no se especifica la fuente de fondos para ese tamizaje ni como cubrir los gastos para consejería, referencia, y promoción comunitaria. Las administraciones hospitalarias pueden decidir si utilizar su propio presupuesto o no para reembolsar el personal para tamizaje de VBG y consejería. Como consecuencia, la calidad y el nivel de los servicios de VBG varían mucho en el país, y depende de la prioridad que se asigne a la VBG por parte de los administradores hospitalarios. Los administradores en los dos hospitales incluidos en los estudios de caso, indicaron que están comprometidos a seguir con los servicios de VBG, pero para mantener el mismo nivel, dependerá de un mecanismo de financiamiento del Ministerio de Salud. Además, el Departamento de Salud de Hanói, donde se administran los fondos para hospitales y clínicas, no ha podido financiar por completo el nivel de servicios y plazas de personal anteriormente financiados por donantes. A julio 2010, un hospital del estudio de caso retenía a uno de los dos consejeros a tiempo completo y se comprometió a pagarle su salario para el año venidero, pero no tenía fondos para las actividades de promoción comunitaria o para los gastos recurrentes a largo plazo para el centro de consejería. En el segundo hospital, se combinaron los servicios de VBG con el centro para pruebas y consejería para compensar la pérdida de un puesto en la clínica de VBG; las actividades de promoción comunitaria se cortaron. Afortunadamente, es posible que algunas actividades de promoción comunitaria iniciadas por el proyecto se puedan continuar a través de los presupuestos del Sindicato de Mujeres o Sindicato de Agricultores.

Ecuador: CEPAM se ha podido posicionar como referente en el tema de GBV y obtuvo fondos del gobierno para ayudar con la implementación del Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia. CEPAM en Guayaquil ha recibido fondos del gobierno y provee asistencia para desarrollar normas, protocolos y planes operativos para la provisión de servicios integrales de VBG en varias oficinas

provinciales en Guayas, incluyendo la Comisaría de la Mujer y la Familia. Sin embargo, la sostenibilidad sigue siendo un reto continuo: CEPAM no recibe fondos suficientes del gobierno, y solo un poco de fondos fragmentados de diferentes donantes internacionales que sirven para apoyar actividades puntuales. En el caso de las consejeras comunitarias de derechos, por ejemplo, cuando terminó el proyecto que fortaleció sus capacidades e inició actividades apoyado por donantes, las consejeras dejaron de reunirse con las redes multisectoriales para coordinar los esfuerzos de detección y referencia.

Las experiencias de colaboración con el sector público demuestran que es posible el trabajo en conjunto para implementar servicios de manera exitosa entre el gobierno y la sociedad civil. Sin embargo, CEPAM y sus socios han hallado que demasiada participación y liderazgo por parte de la sociedad civil puede conllevar a que el gobierno delegue en que la sociedad civil asuma la responsabilidad de la respuesta a la VBG.

Suazilandia: SWAGAA se financia por varias fuentes, pero no por el Gobierno Suazi, a pesar de que SWAGAA trabaja con víctimas de la VBG que son referidas por instituciones gubernamentales. Además de PEPFAR, los donantes incluyen fuentes privadas, individuales y corporativas; fundaciones locales e internacionales; Cruzada Internacional Canadiense, Unión Europea; Asistencia Irlandesa y agencias de las Naciones Unidas. Sin embargo, SWAGAA nunca ha tenido un solo donante grande que haya apoyado de manera sostenida los fondos centrales. Así, la sostenibilidad de SWAGAA puede devenir en precaria. Mientras que el gobierno, social civil y ciudadanos ordinarios valoran mucho la contribución de SWAGAA al país, el financiamiento es un reto constante. Las entrevistas indican que muchos socios sobre estiman su sostenibilidad—bajo el supuesto que alguien siempre les “pagará la fianza” y los salvará financieramente. La mayoría de los suazis, inclusive los que trabajan para otros ONGs, agencias gubernamentales y donantes, dicen que SWAGAA es parte de la “tela de Suazilandia” y suponen que nunca se permitirá que la organización “se hunda”. Sin embargo, la preocupación constante por tener suficientes recursos afecta a los ánimos del personal de SWAGAA, y también la disponibilidad de recursos para la infraestructura y los gastos programáticos.

5. Los Programas deben trabajar con los hombres y los niños.

En los tres países, la violencia contra la mujer se ve como una parte natural de la vida, y esta perspectiva es una barrera grande para los esfuerzos contra la VBG. Hay una falta de sensibilidad en cuanto a los derechos humanos de las mujeres, niños y jóvenes con respecto al tema de la violencia, desde la comunidad a la policía hasta el sistema de justicia. El nivel en que se involucran los hombres y los niños en los programas para cambiar las normas de género varía mucho.

Vietnam: El componente de involucramiento masculino faltaba en el proyecto examinado en el estudio de caso; esto redujo el impacto potencial del proyecto a largo plazo.

Ecuador: CEPAM no tienen un enfoque específico para trabajar con los hombres. En el programa, se empieza la capacitación con reflexiones sobre normas de género y derechos, y busca que los participantes traten mitos sobre los roles de los hombres y las mujeres en las relaciones y puntos de vista sobre sexualidad. A través del Centro Integral para Adolescentes y Jóvenes, CEPAM trabaja con jóvenes varones para transformar los conceptos dañinos sobre masculinidad y aumentar el respeto para las mujeres y las niñas. Actualmente, el centro está capacitando a tres hombres jóvenes para ser facilitadores en el tema de masculinidad positiva.

Suazilandia: En años recientes, un aspecto crítico del trabajo de SWAGAA ha sido el trabajo en conjunto con hombres para fomentar una sociedad más equitativa en términos de género. El

proyecto de “Hombres para el Cambio” se lanzó en 2006 como respuesta a un diagnóstico comunitario y retroalimentación, imprescindible para involucrar a los hombres y niños, y alcanzar las metas de SWAGAA. El proyecto fue presentado a las comunidades a través de involucrar al jefe, a su consejo interno, y a otros hombres influyentes que forman parte de la estructura de poder tradicional. Se capacitó a facilitadores en todas las 24 comunidades de SWAGAA. Se organizó charlas masculinas como una oportunidad para que los hombres se junten a conversar sobre varios temas relacionados a las normas de género. El enfoque del proyecto es incluir a los hombres como parejas positivas en poner fin a la VBG, más que simplemente como perpetradores. Ha sido una buena práctica, involucrar a las parejas hombres para eliminar la VBG, sin embargo tener a los hombres como clientes ha provocado preguntas sobre el buen manejo de evaluación e para reportar el abuso en hombres. Los hombres adultos representaron un 22 por ciento de los clientes en el año fiscal 2001-2002, 25 por ciento en el año fiscal 2008-2009 (SWAGAA 2009), y 28 por ciento en el año fiscal 2009-2010 (SWAGAA 2010). El personal reporta la entrega de servicios de consejería a los hombres que reportan ser víctimas de abuso, así como a los perpetradores. Los perpetradores reciben consejería individual para el manejo de la ira; cuando el cliente se arrepiente y la pareja quiere seguir a su lado, se les provee consejería de pareja y fortalecimiento de destrezas de comunicación.

RECOMENDACIONES

1. Ampliar la VBG más allá de un enfoque de salud e integrar el tema en todo el trabajo para el desarrollo a través de PEPFAR y otros programas.

La VBG es una epidemia social, y todas las instituciones y miembros de la comunidad deben trabajar para prevenir y mitigarla. En términos más específicos, la VBG es un problema de salud pública con impactos en la salud física, sexual, reproductiva, materna y mental. Vincular la VBG a temas más amplios de derechos humanos, salud y desarrollo ayuda a priorizarla, lo que consigue elevar la atención y tener más apoyo para poner fin a la VBG. En países con baja prevalencia o epidemias concentradas, el vínculo entre VIH y VBG es menos persuasivo para los donantes y el gobierno, comparado con países de alta prevalencia como Suazilandia. Sin embargo, si no se previene, la VBG exacerbará la epidemia en aquellos países de baja prevalencia.

Vietnam ha progresado de manera envidiable en cuanto a alcanzar el objetivo 3 de las Metas del Milenio, (promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres), a través de reducir la pobreza y mejorar los niveles educacionales de las niñas, pero se quedará corto en aumentar la igualdad de género si sus esfuerzos en tratar la VBG son limitados (Entidad de Naciones Unidas para la igualdad y empoderamiento de la Mujer 2011). En Ecuador, donde la seguridad ciudadana es un tema prioritario, ha sido estratégico posicionar la VBG como un asunto de seguridad para avanzar en la agenda de CEPAM. En Suazilandia, el enfoque de SWAGAA en erradicar la VBG y promover los derechos humanos a través de una amplia gama de actividades ha mejorado el conocimiento de VBG de manera significativa con un enfoque estratégico en las intersecciones entre VBG y VIH.

2. Asegurar que las víctimas de VBG y las personas viviendo con VIH (PVVIH), se involucren de manera creíble en el diálogo político, la planificación e implementación de programas.

En Vietnam, las víctimas de VBG, sus familias, y las personas afectadas por VIH están ausentes del diálogo nacional, de la toma de decisiones sobre políticas y planes relevantes en VBG, y como otras investigaciones demuestran, también en otros países a nivel mundial. No obstante, en las experiencias de los programas en Ecuador y Suazilandia, se demuestra que las víctimas pueden ser defensoras y portavoces eficaces. Debe haber un compromiso de parte de los programas de VBG, para la incluir sustantivamente a las víctimas, sus familias, y PVVIH en el desarrollo de políticas y servicios de VBG, tanto en el sector privado como en el público.

3. Hacer incidencia política para un presupuesto nacional dirigido a VBG.

Ninguno de las estrategias de financiamiento destacadas en los tres estudios de casos ofreció un modelo sostenible para la prestación de servicios de VBG. No se pueden implementar las políticas y programas de manera adecuada y sostenible sin apoyo financiero a largo plazo. En los tres países, el mecanismo para proveer los servicios de VBG no se encuentra bien definido. En Vietnam, en las guías nacionales de atención, se exige la evaluación de todos los clientes de los hospitales pero no se aclara cómo se financiará la evaluación (y su respuesta). En Ecuador, el Plan Nacional destaca procedimientos para la institucionalización de la respuesta a la VBG—incluyendo asignar presupuestos, coordinar el trabajo a través de los sectores, y hacer monitoreo y evaluación—pero, a

la fecha, se necesitan mayores esfuerzos para la implementación y financiamiento de esos procedimientos. En Suazilandia, la falta de un presupuesto nacional razonable para la Unidad de Género, la Unidad Nacional de Coordinación del Niño, y otras agencias con responsabilidades para tratar la desigualdad de género, limita la capacidad de estas entidades para cumplir con el trabajo a pesar de tener personal comprometido. En los tres países hace falta asegurar un presupuesto nacional suficiente y específico para VBG. Algunos de los fondos asignados para VIH también deben de asignarse para cubrir intervenciones de VBG, un tema que requerirá más consciencia de los vínculos entre VBG y VIH.

4. Aclarar que VBG es un tema de derechos humanos y desarrollo además de un problema de salud pública.

Se necesita mayor sensibilización sobre los vínculos entre la igualdad de género y el desarrollo social y político. La pobreza y la desigualdad de género muchas veces van de la mano. La igualdad de género puede promover la productividad, mejorar resultados de salud y educación para niños, y asegurar que las instituciones sean más representativas a través de una amplia gama de voces (Banco Mundial 2011). Trabajar para aumentar la igualdad de género es esencial para el cambio social, incluyendo servicios eficientes para VBG y VIH. En las sociedades donde la VBG es considerada normal, es imprescindible trabajar a nivel comunitario en la sensibilización sobre los derechos de las niñas, mujeres y otras poblaciones marginalizadas, de vivir libres de violencia y coerción. Cambiar las normas relacionadas con VBG aumentará la probabilidad que las comunidades demanden al gobierno local una respuesta adecuada para prevenir y tratar la VBG. Los donantes y gobiernos deben invertir en enfoques basados en derechos humanos y empoderamiento como estrategias eficaces para crear el cambio social. Al final, la apropiación comunitaria de los esfuerzos para reducir la VBG dependerá de las influencias utilizadas por comunidades informadas y animadas para garantizar financiamiento a largo plazo, sea del gobierno o el sector privado.

5. Fortalecer defensores dentro de la sociedad civil, incluyendo a víctimas de VBG y PVVIH.

Involucrar a los miembros de la comunidad: Una lección importante de la experiencia de CEPAM en Ecuador es que la sociedad civil puede monitorear las acciones del gobierno y vigilar el cumplimiento de sus promesas para tratar la VBG. Para asegurar que los gobiernos y otros actores clave cumplan con sus compromisos e implementen las políticas y servicios prometidos, las sociedades civiles deben tener la capacidad para apoyar y monitorear esta implementación, así como, dar opiniones sobre la calidad de los servicios ofrecidos. Se requiere la inclusión de los grupos de la sociedad civil, incluyendo las víctimas de VBG y PVVIH, en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas. Los representantes de la sociedad civil pueden asegurar que las iniciativas sean apropiadas, respondan a las necesidades comunitarias, sean eficaces y resulten en cambios sociales significativos. Las víctimas de violencia y PVVIH pueden ser defensores eficaces, en particular para sensibilizar a los demás sobre la realidad que significa vivir con violencia o VIH.

Capacitar y poner en práctica a víctimas como consejeras: Tanto SWAGAA como CEPAM aprendieron lecciones importantes en su trabajo con víctimas de VBG. Las sobrevivientes se convirtieron en consejeras comunitarias u organizaron grupos de autoayuda para hacer incidencia y proveer referencias inmediatas. Dado que la mayoría de las víctimas no acuden a servicios formales al inicio, esta acción representa una estrategia fundamental, que empodera a las sobrevivientes como recursos comunitarios, y provee ayuda accesible a otros miembros de la comunidad que no acuden a

los servicios por miedo, vergüenza o desconocimiento. Defensoras-víctimas pueden hacer el seguimiento a largo plazo, necesario para transitar por el sistema legal y otros cuidados de seguimiento. Las víctimas de VBG empoderadas también rompen el silencio alrededor del tema de VBG, y desafían el concepto que la VBG es algo normal o un asunto familiar privado. Capacitar a las víctimas de VBG y PVVIH para el rol central de defensoras-víctimas, podría ser una inversión bastante pequeña que puede resultar en mayor uso e impacto de los servicios integrales.

6. Crear defensores de VBG a todos los niveles del gobierno.

Los niveles de apoyo para las políticas varían entre los formuladores de políticas al nivel nacional, provincial y local. Para avanzar la implementación de las políticas en VBG, los defensores deben ayudar a los implementadores a 1) entender una política como una prioridad para sus propias organizaciones o agencias; 2) creer que esa política presenta una solución aceptable al problema; 3) concluir que accionar ahora está dentro del propio interés de los implementadores; y 4) desarrollar la capacidad necesaria para implementar las intervenciones (Spratt 2009). Para adelantar la implementación de políticas, se necesitan defensores en todos los niveles de gobierno. Estos defensores necesitan capacidad para persuadir a sus pares, que la implementación de políticas nacionales en VBG está dentro de su propio interés; mucho más trabajo se necesita hacer para construir la capacidad de defensores internos para asegurar la atención a una política cuando se difunde a los gobiernos locales para su implementación. Esto es particularmente importante en países como Vietnam y Suazilandia (y otros países como China o Rusia) donde la sociedad civil es débil u oprimida por el gobierno, y dentro de los cuales hay poca voluntad política para tratar el tema de VBG. Ecuador es el mejor ejemplo de incidencia política en los tres países incluidos en los estudios de caso, pero queda mucho por hacer para generar compromiso para tratar la VBG y proveer servicios en los niveles de gobiernos locales.

7. Involucrar a hombres y niños.

De las tres organizaciones examinadas, solo SWAGGA tenía un programa que involucra a los hombres y niños, que inicia un cuestionamiento a las normas de género y las inequidades dañinas promovidas por estas normas. En todos los estudios de caso, la VBG sigue siendo vista como un problema mayormente de mujeres, vinculado al conflicto familiar interno. Sin embargo, un número cada vez mayor de evaluaciones de impacto en Asia, América Latina y África demuestran que intervenciones bien diseñadas e implementadas pueden cambiar las actitudes y prácticas de los hombres en relación a los roles de género, relaciones y VIH. Muchas herramientas y modelos programáticos están disponibles y deben utilizarse para diseñar intervenciones locales relevantes, que incluyan a hombres y niños en la prevención de VBG, y en reducir la propagación e impacto de VIH. Los programas de VBG deben esforzarse para sincronizar sus esfuerzos con programas dirigidos a hombres y niños para cambiar las normas que perpetúan la inequidad de género VBG (Greene and Levack 2010).

Algunos participantes en los estudios de caso reconocieron que los hombres y niños también experimentan violencia física, sexual y psicosocial, pero solo SWAGAA ofrece servicios a los hombres y niños o trabajaron en cómo las normas de género influyen la violencia por y contra los hombres y niños.

En general, se deben incluir estrategias en la respuesta a VBG que comprendan a agencias públicas y privadas tanto como ONGs, para ampliar los programas que trabajan con hombres y niños, y para mantener un enfoque que asegure que las leyes y políticas sobre VBG se cumplan, y que los servicios

para víctimas de VBG sean sostenibles a largo plazo. Es fundamental ir más allá de sesiones educativas de pequeña escala a cambios sociales más grandes y duraderos.

8. Apoyar una respuesta integral para VBG y VIH.

Una respuesta integral a VBG y VIH incluye enfoques multisectoriales; dirige el impacto hacia múltiples niveles, incluyendo el individual, familiar, comunitario y nacional; e incluye múltiples estrategias para tratar la VBG y VIH. En la literatura se documenta una amplia gama de intervenciones, incluyendo:

- Un marco de derechos humanos con leyes y políticas para apoyarlo
- Una estrategia para enfrentar las normas, roles, y comportamientos de género
- Intervenciones para incrementar la seguridad económica para las mujeres
- Proyectos para promover el empoderamiento y habilidades para la vida de las mujeres
- Servicios integrales para víctimas
- Capacitación apropiada para profesionales
- Sensibilización, promoción y movilización comunitaria
- Consejería individual y educación (Gardsbane 2010).

Cada uno de los programas destacados en los estudios de casos representa solo una parte de la respuesta integral a la VBG y VIH. Una respuesta integral requiere coordinación eficaz entre múltiples actores tanto como sistemas eficientes de referencia y manejo de casos.

CONCLUSIONES

Bajo muy diferentes circunstancias, los programas prometedores tienen retos y éxitos comunes en sus esfuerzos para tratar y prevenir la VBG. Organizaciones que se enfocan en poner fin a la violencia luchan a largo plazo para asegurar la promulgación e implementación de las políticas para tratar y reducir la VBG. Las tres organizaciones destacadas en los estudios de caso satisficieron las necesidades de las víctimas de VBG, ayudaron a muchas a recobrar sus vidas y su dignidad, y llamaron la atención hacia el tema de VBG. Sin embargo, ninguna estrategia de financiamiento—sector privado, sector público o público/privado—fue suficientemente segura para sostener una respuesta integral a la VBG o para asegurar vínculos fuertes entre los esfuerzos para la prevención de VIH y los de prevención de VBG. En el corto y largo plazo, la demanda desde la comunidad y el apoyo del sector público y el privado serán de importancia fundamental para la sostenibilidad a largo plazo y la ampliación de estos y otros servicios de VBG.

REFERENCIAS

- American Foundation for AIDS Research. 2005. *Gender-based Violence and HIV Among Women: Assessing the Evidence*. Issue Brief No. 3. New York, NY: American Foundation for AIDS Research.
- Betron, M., and E. Gonzalez-Figueroa. 2009. *Gender Identity, Violence and HIV among MSM and TG: A Literature Review and a Call for Screening*. Washington, DC: Futures Group International, U.S. Agency for International Development Health Policy Initiative, Task Order I.
- Burns, Katya. 2009. *Women, Harm Reduction, and HIV: Key Findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia and Ukraine*. New York, NY: Open Society Institute.
- Gardsbane, D. 2010. *Gender-based Violence and HIV*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order I.
- Greene, M. E., and A. Levack. 2010. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development.
- Hoang, M. H. 2008. Vietnamese Legislation on Combating Domestic Violence. *Social Sciences Information Review* 2(4):37–43.
- Interagency Gender Working Group of the U.S. Agency for International Development. 2008. *Addressing Gender-based Violence through USAID's Health Programs: A Guide for Health Sector Program Officers*, Second Edition. Washington, DC: Interagency Gender Working Group of the U.S. Agency for International Development.
- Khan, A. 2011. *Gender-based Violence and HIV: A Program Guide for Integrating Gender-based Violence Prevention and Response in PEPFAR Programs*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order I.
- Moreno, Claudia. 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, Switzerland: World Health Organization.
- Orndorff, S., and M. D. F. Natividad. 2009. Special Symposium on Gender-based Violence in Global Health. Introduction. *Global Public Health* 4(5):448–452.
- Quinn, T., and J. Overbaugh. 2005. HIV/AIDS in Women: An Expanding Epidemic. *Science* 308(5728):1582–1583.
- Rhodes, T., M. Singer, P. Bourgois, S. F. Friedman, and S. A. Strathdee. 2005. The Social Structural Production of HIV Risk Among Injecting Drug Users. *Social Science & Medicine* 61:1026–1044.
- Sex Workers' Rights Advocacy Network. 2009. *Arrest the Violence: Human Rights Violations Against Sex Workers in 11 Countries in Central and Eastern Europe and Central Asia*. Sex Workers' Rights Advocacy Network in Central and Eastern Europe and Central Asia (SWAN).
- Spratt, K. 2009. *Policy Implementation Barriers Analysis: Conceptual Framework and Pilot Test in Three Countries*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order I.

- Spratt, Kai, and Quach Thi Thu Trang. 2011. *Breaking New Ground: Integrating Gender into CARE's STEP Program in Vietnam*. Case Study Series. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order I.
- Swaziland Action Group Against Abuse. 2009. *Swaziland Action Group Against Abuse: Annual Report 2008/2009*. Manzini, Swaziland: Swaziland Action Group Against Abuse.
- Swaziland Action Group Against Abuse. 2010. *Swaziland Action Group Against Abuse: Annual Report 2009/2010*. Manzini, Swaziland: Swaziland Action Group Against Abuse.
- Thayer, C. A. 2008. "One-Party Rule and the Challenge of Civil Society in Vietnam." Presentation to Remaking the Vietnamese State: Implications for Vietnam and the Region, Vietnam Workshop, City University of Hong Kong, August 21–22. Available at www.viet-studies.info/kinhte/CivilSociety_Thayer.pdf (accessed March 2011)
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. 2011. *Handbook for National Action Plans on Violence Against Women*. New York, NY: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Available at www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook-for-nap-on-vaw.pdf (accessed March 2011)
- United Nations Population Fund. 2007. *Gender-based Violence Programming Review*. Available at <http://vietnam.unfpa.org/public/lang/en/pid/5268> (accessed September 2010)
- U.S. Department of State. 2010. "Background Note: Vietnam." Available at www.state.gov/r/pa/ei/bgn/4130.htm (accessed February 2011)
- U.S. Department of State. 2011. "Background Note: Swaziland." Available at www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2841.htm (accessed February 2011)
- Weisbrot, M., and L. Sandoval. 2009. *Update on the Ecuadorian Economy*. Washington, DC: Center for Economic and Policy Research. Available at www.cepr.net/index.php/publications/reports/update-on-the-ecuadorian-economy/ (accessed February 2011)
- World Bank. 2011. *World Development Report 2012: Gender Equality and Development*. Washington DC: World Bank.
- World Health Organization. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available at www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/ (accessed January 2011)

Para más información, favor visitar aidstar-one.com

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: info@aidstar-one.com

Internet: aidstar-one.com