



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

# ACCIÓN COLECTIVA PARA REDUCIR LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO (CARE-GBV) DE LA USAID

Elementos fundacionales para la programación en materia de violencia basada en el género en el desarrollo

Sección 3.5. Elementos de programas específicos del sector

Abordar la VBG a través de programas de salud global

Servicios Analíticos IV - Entrega Indefinida - Cantidad Indefinida (IDIQ)

Contrato N.º 7200AA19/D00006/7200AA20F00011

El material de esta actividad es posible gracias a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y al apoyo generoso del pueblo estadounidense. El contenido es responsabilidad de Development Professionals, Inc.–Making Cents International LLC, para la orden de trabajo de Acción Colectiva para Reducir la Violencia basada en el Género (CARE-GBV) - Servicios Analíticos IV - Entrega Indefinida - Cantidad Indefinida (IDIQ) | Contrato AID #7200AA19D00006/7200AA20F00011. Este material no refleja necesariamente los puntos de vista de la USAID o del gobierno de EE.UU.

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

A/MGF	Ablación/ mutilación genital femenina
AMJ	Adolescentes y mujeres jóvenes
ANIMA	<b>A</b> tención al escuchar, <b>N</b> o juzgar y validar, <b>I</b> nformarse sobre las necesidades y preocupaciones, <b>M</b> ejorar la seguridad, <b>A</b> poyar a la mujer para que reciba información y los servicios y el respaldo social que necesita
ARCHES	Addressing Reproductive Coercion in Health Settings (Abordar la coacción reproductiva en entornos de salud)
CARE-GBV	Acción Colectiva para Reducir la Violencia basada en el Género
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CEFMU	Matrimonio y uniones infantiles, tempranas y forzadas
COP/ROP	(PEPFAR) Plan Operativo Nacional/Plan Operativo Regional
DREAMS	Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored, and Safe (Mujeres decididas, resilientes, empoderadas, libres de sida, asesoradas y seguras)
EpiC	Cumplir con los Objetivos y Mantener el Control de la Epidemia
GBVI	Iniciativa contra Violencia Basada en el Género
GREAT	Roles de género, igualdad y transformación
IASC	Comité Permanente entre Organismos
IRH	Instituto de Salud Reproductiva.
ITS	Infección de transmisión sexual
LGBTQI+	Personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, <i>queer</i> e intersexuales y de otras orientaciones sexuales/ identidades de género diversas
LINKAGES	Linkages across the Continuum of HIV Services for Key Populations Affected by HIV (Vínculos a través del continuo de servicios de VIH para poblaciones clave afectadas por el VIH)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
PF	Planificación familiar
PPE	Profilaxis posterior a la exposición
PrEP	Profilaxis previa a la exposición
SOGIESC	Orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales

SR	Salud reproductiva
SRH	Salud sexual y reproductiva
UNFPA	Asociación de Planificación Familiar de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional
VBG	Violencia basada en el género
VPI	Violencia de pareja íntima

# Introducción

En este documento se describe por qué los programas de salud global de la USAID deben integrar la programación para abordar la violencia basada en el género (GBV) y se detallan las estrategias específicas para hacerlo. Se ofrecen ejemplos de programas para ilustrar cómo pueden incorporarse las estrategias a los programas de salud global, y se indican enlaces a herramientas y recursos para obtener información adicional.

Este documento forma parte de los *Elementos fundacionales para la programación en materia de violencia basada en el género en el desarrollo*, que incluyen principios centrales, elementos de programa (prevención, mitigación de riesgos, respuesta, entorno propicio) y elementos de proceso. Lo ideal es que los lectores se familiaricen con estas secciones de los *Elementos fundacionales* antes de leer este informe. Como mínimo, los lectores deben estar familiarizados con las siguientes secciones antes de revisar este informe:

- Sección 1.0. Introducción
- Sección 3.2. Elementos de programa: Mitigación de riesgos
- Sección 4.0. Elementos de proceso
  - Valores, cultura organizacional y liderazgo (Ejemplo de programa: Un marco para proteger a los participantes en el programa)
  - Planificación y diseño estratégicos (Análisis de género y mapeo de la red de remisión)

Las estrategias que se describen en este informe están organizadas por niveles del modelo socioecológico: individual, interpersonal, comunitario y estructural. Las intervenciones eficaces contra la VBG suelen incluir estrategias que abordan múltiples niveles del modelo socioecológico. Cada estrategia también está etiquetada como prevención, mitigación de riesgos, respuesta o entorno propicio (véase la sección 3.0. Elementos de programa: Descripción general).

## Por qué la programación en materia de salud global debe abordar la VBG

La VBG es una violación de los derechos humanos y tiene efectos directos e indirectos en la salud física y mental. Entre los resultados sanitarios negativos asociados con la VBG se encuentran las lesiones, los embarazos no deseados, la morbilidad materna, la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), los trastornos de salud mental, las complicaciones en el parto, la mortalidad infantil (OMS 2021a) y afectar el inicio y la continuación de la terapia antirretroviral entre las personas seropositivas (Machtiger *et al.* 2012). Los costos sociales y económicos de la VBG —en particular un mayor uso de los servicios médicos, la pérdida de productividad y de salarios, y los impactos emocionales y mentales a largo plazo derivados de presenciar incidentes de VBG en los niños— también están bien documentados (García-Moreno *et al.* 2015, CDC 2003, Walby 2009, Bonomi *et al.* 2009).

Entre los ejemplos de VBG (véase el Glosario para las definiciones completas) y su efecto en los resultados sanitarios están los siguientes:

- La violencia de pareja íntima (VPI) afecta negativamente el comportamiento de búsqueda de la salud, como el acceso a la atención prenatal, al tratamiento y a la supresión viral del VIH, así como a los servicios de salud infantil (OMS 2005, Bonomi *et. al.* 2009).
- La coacción reproductiva es una forma de VPI que interfiere con la toma autónoma de decisiones por una persona en lo que respecta a la anticoncepción y el embarazo. Los ejemplos incluyen el sabotaje de los anticonceptivos y la coacción con respecto al embarazo (Grace 2016). La coacción reproductiva se asocia con un mayor riesgo de embarazo no deseado (Grace 2018) y de diagnóstico de ITS (Fay 2018).
- La violencia sexual aumenta el riesgo de infección por VIH e ITS, de embarazos no deseados y de lesiones reproductivas como las fístulas, y puede causar traumas emocionales y trastornos de salud mental.
- El matrimonio y las uniones infantiles, precoces y forzadas (CEFMU) se relacionan estrechamente con el embarazo precoz (UNFPA 2015), la mala nutrición materno-infantil, las complicaciones del embarazo y el aumento de la mortalidad materno-infantil (UNFPA 2015).
- El matrimonio precoz también se asocia a un mayor riesgo de ITS y VIH, y a un mayor riesgo de VPI en el futuro (Nour 2006).
- La ablación/ mutilación genital femenina (A/MGF) puede provocar infecciones, complicaciones en la salud reproductiva y sexual y, en algunos casos, incluso la muerte (OMS 2021a).
- El irrespeto y los abusos en la atención materna pueden contribuir a la desconfianza en el sistema de salud, lo que lleva a evitar la atención prenatal y los servicios de parto cualificados y se traduce en resultados negativos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal (Manning *et al.* 2018).

Las epidemias de enfermedades infecciosas emergentes, como el ébola en África Occidental y la COVID-19 en todo el mundo, han provocado directamente que las mujeres y las niñas corran un mayor riesgo de VPI y otras formas de violencia familiar debido al aumento de las tensiones en el hogar y al encierro con miembros violentos de la familia durante los confinamientos (UNFPA 2020).<sup>1</sup> Esta tendencia ha llevado a ONU Mujeres a calificar la violencia contra las mujeres como la “pandemia en la sombra” de COVID-19 (ONU Mujeres 2020). También se ha reportado un mayor riesgo de otras formas de VBG, como la explotación y el abuso sexual, durante el ébola y la COVID-19 (UNFPA 2020). Además, el acceso al apoyo y a la atención vital de las personas supervivientes de la VBG (es decir, el tratamiento clínico de la violación y el apoyo psicosocial) han disminuido debido a las limitaciones a la movilidad de las personas supervivientes y a una mayor falta de prioridad en los sistemas de atención de la salud de por sí sobrecargados con la respuesta a la epidemia. Los efectos de la pandemia de COVID-19 también han exacerbado el riesgo y la incidencia del CEFMU debido al aumento de la pobreza, la inseguridad alimentaria y la orfandad de numerosas niñas a causa de la pandemia (UNICEF 2021).

Aunque la VBG se acepta como un problema crítico de salud pública, las políticas sanitarias de muchos países no la abordan adecuadamente, y los prestadores de servicios de salud —incluidos los voluntarios y trabajadores sanitarios de la comunidad, los médicos y enfermeras de los centros de salud, las matronas y las parteras tradicionales, así como los proveedores de servicios de salud mental— a

---

<sup>1</sup> Para más información, véase: CARE-GBV. (de próxima aparición). “How to prevent, mitigate, and respond to gender-based violence during the COVID-19 pandemic.” Washington, D.C.: USAID.

menudo están mal preparados para apoyar eficazmente a las personas supervivientes de la VBG (OMS 2013). Si los proveedores de servicios de salud no reconocen el papel del abuso en los resultados de la salud reproductiva e infantil, es posible que no aprecien plenamente el efecto que puede tener en la salud y el bienestar de sus clientes, lo que lleva a que la atención y los resultados de salud no sean óptimos, así como a una mala experiencia general con el sistema de atención de la salud. Además, en algunos casos, los proveedores de servicios de salud perpetran actos de VBG y violaciones de los derechos humanos, incluida la denegación de servicios de salud a personas con orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales (SOGIESC) diversas y a trabajadores sexuales (Evens *et al.* 2019, Lanham *et al.* 2019, Dayton *et al.* 2020) a la “medicalización” de la A/MGF. Existe un imperativo ético para que los actores y los sistemas de salud estén preparados para prestar el máximo nivel de atención y apoyo a las personas supervivientes de la VBG, así como para reducir la amenaza de contribuir a los riesgos de la VBG y al trauma secundario (Bott 2004).

La integración de la VBG en la programación en materia de salud global de la USAID es una valiosa oportunidad para ofrecer programas y servicios de salud de calidad a las personas que corren el riesgo de ser víctimas de la VBG o que la sufren. Además de ser lo correcto, la integración de la VBG puede mejorar los resultados sanitarios que muchos programas de salud global de la USAID pretenden afectar, como la incidencia del VIH, los embarazos no planificados, los trastornos de salud mental y los resultados de la salud reproductiva y materna (Bott 2004).

## Cómo la programación en materia de salud global puede abordar la VBG

Las estrategias que se señalan a continuación para integrar la VBG en la programación en materia de salud global están interrelacionadas. Por ejemplo, para integrar la mitigación y la respuesta a la VBG en los servicios de salud rutinarios y especializados (Estrategia N.º 4), los proveedores de servicios de salud deben recibir capacitación para responder a la VBG (Estrategia N.º 3). Se recomienda combinar estrategias para abordar eficazmente la VBG.

### **Estrategia N.º 1: Transformar las actitudes, creencias, normas y comportamientos para la prevención de la VBG y la respuesta a esta**

**(prevención, respuesta, entorno favorable)**

**(niveles del modelo socioecológico: individual, interpersonal, comunitario, estructural)**

Las estrategias basadas en evidencias para prevenir la VBG incluyen la transformación de las normas y comportamientos de género perjudiciales a nivel individual, familiar, comunitario y estructural (véase la sección 3.1. Elementos de programa: Transformación de creencias, actitudes y normas). Los programas del sector sanitario pueden y deben integrar esta estrategia en el diseño de los proyectos con el fin de optimizar sus resultados.

A nivel individual, esto implica intervenciones que reducen el riesgo de sufrir actos de VBG, lo que incluye aumentar la protección social, reducir la vulnerabilidad económica y fortalecer la autonomía. Un ejemplo de programa es la asociación DREAMS (Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored, and Safe [decididas, resilientes, empoderadas, libres de sida, asesoradas y seguras]), financiada por el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) y aplicada en 15 países del África subsahariana y el Caribe. Aunque el objetivo principal del programa es reducir las nuevas infecciones causadas por el VIH, también se centra en reducir el riesgo de VBG entre las adolescentes y las mujeres jóvenes (AMJ), proporcionando un paquete completo de intervenciones

básicas para abordar los factores clave que hacen que las niñas y las mujeres jóvenes sean vulnerables al VIH. Además de la VBG, se incluyen factores como la vulnerabilidad económica, el abandono escolar, los embarazos no deseados y la falta de acceso a servicios de apoyo y de salud sexual y reproductiva (SSR) adaptados a las jóvenes. DREAMS realiza múltiples intervenciones a la vez para que las mujeres jóvenes estén rodeadas de un apoyo fundamental que las mantenga a salvo del VIH y la VBG. Estos apoyos son, entre otros: 1) tutorías y empoderamiento mediante el uso de planes de estudio basados en evidencias en espacios seguros, como *Stepping Stones*; 2) actividades de fortalecimiento económico, como las asociaciones de ahorro y préstamo de las aldeas, capacitación laboral y vías de acceso al empleo; 3) reforzamiento del apoyo de padres y cuidadores; 4) movilización de la comunidad y actividades de transformación de normas en las comunidades mediante enfoques como *SASA!*; y 5) mejor acceso a servicios de SSR adaptado a las personas jóvenes (Birdthistle *et al.* 2021, Manda *et al.* 2021).

A nivel interpersonal, las intervenciones con los padres y las parejas pueden contribuir a reducir la VPI, la violencia doméstica y la violencia contra los menores. Sesiones de crianza de los hijos con programas como *Families Matter!* o *Parenting for Lifelong Health* pueden ayudar a los cuidadores a entender los riesgos y signos de la VBG en sus hijos y a desarrollar habilidades de comunicación para hablar con sus hijos sobre la violencia. Las intervenciones que involucran a las parejas para transformar las normas, creencias y actitudes pueden contribuir a mejorar los resultados sanitarios, como un mayor uso de la planificación familiar (PF). Los enfoques incluyen grupos de diálogo facilitados por separado con parejas, o diálogos combinados facilitados de comunicación de parejas, resolución de conflictos y toma de decisiones. Las intervenciones en las que participan hombres deben emplear un enfoque sincronizado y transformador del género, basado en los derechos (para que el apoyo masculino no se convierta en un control masculino sobre la salud y el comportamiento de las mujeres) mediante el fomento de la toma de decisiones equitativa entre las parejas, la resolución de conflictos y la comunicación no violenta.

En el ámbito de la comunidad, esta estrategia consiste en recurrir a movilizados comunitarios, defensores u organizaciones de mujeres para dirigir la movilización comunitaria o los diálogos interpersonales. El objetivo es influir en el cambio de normas sociales positivas para la prevención y la respuesta a la VBG. Estos diálogos estimulan la autorreflexión y el debate transformador con líderes y miembros de la comunidad, socios, adolescentes y padres, y se centran en abordar las normas de género no equitativas que contribuyen a la alta aceptación y prevalencia del CEFMU, la violencia contra los niños, la culpabilización de las víctimas y la estigmatización de las personas supervivientes de la VBG. Los diálogos también pueden proporcionar a los miembros de la comunidad información sobre los servicios relacionados con la VBG disponibles y cercanos y, en algunos casos, miembros de la comunidad de confianza que pueden proporcionar referencias asistidas a los servicios de salud para la atención clínica de la VBG, así como a servicios no clínicos para la VBG. El enfoque *SASA!*, una intervención de movilización comunitaria centrada en la transformación de las normas de género para reducir el VIH y la VPI, ha sido evaluado rigurosamente y se ha comprobado que disminuye la aceptación social de la VPI y reduce las experiencias de VPI durante al menos 12 meses tras finalizar la intervención (Abramsky *et al.* 2014).

A nivel estructural, las actividades deben centrarse en la defensa de una presupuestación con perspectiva de género, la coordinación entre las partes interesadas, la responsabilidad y la supervisión (como leyes, políticas y estrategias de implementación). Además, las actividades deben incluir el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos nacionales y locales y de los sistemas de salud, así como auditorías periódicas de género y supervisiones de garantía de calidad.

## **Estrategia N.º 2: Capacitar a los proveedores de servicios de salud para que respondan a la VBG ofreciendo apoyo de primera línea y, cuando proceda, remisiones y servicios clínicos posteriores a la VBG**

**(respuesta)**

**(niveles del modelo socioecológico: individual, estructural)**

Las personas que sobreviven a la VBG identifican a los proveedores de salud como los profesionales en los que más confiarían para revelar actos de violencia (OMS 2013). Esto coloca a los proveedores de salud en una posición única para crear un entorno seguro, privado y confidencial para escuchar con empatía, al tiempo que ofrecen una respuesta adecuada y remisiones a otros servicios. Los proveedores de atención primaria, de VIH, de PF, de salud reproductiva (SR) y de atención prenatal, así como los actores de salud comunitarios y tradicionales (por ej., las parteras tradicionales y los curanderos) y los educadores inter pares deben recibir capacitación para prestar apoyo de primera línea a los y las clientes que revelen experiencias de violencia utilizando el enfoque de la OMS de **Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones, Mejorar la seguridad, Apoyar a la mujer para que reciba información y los servicios y el respaldo social que necesita** (resumido con el mnemónico **ANIMA**). Para las personas supervivientes de la violencia sexual, los proveedores de salud también deben ofrecer o remitir a los y a las clientes a los siguientes servicios, según las directrices de la OMS (OMS 2021b) que consisten en:

- Tomar el historial, examinar, evaluar el estado emocional, además de realizar un examen forense, si es necesario.
- Tratar las posibles lesiones corporales.
- Ofrecer profilaxis posterior a la exposición (PPE) para la prevención del VIH (dentro de las 72 horas de la agresión).
- Ofrecer anticoncepción de emergencia (en los 5 días siguientes a la agresión).
- Ofrecer profilaxis/tratamiento presuntivo de ITS.
- Evaluar la salud mental, conversar sobre el autocuidado y planificar las visitas de seguimiento.

Los proveedores de servicios de salud no capacitados en VBG deben conocer los recursos disponibles, así como comprender cómo y cuándo ofrecer una remisión compasiva (HRH2030 2020).

El enfoque de “no hacer daño”, la prestación de una atención sin prejuicios y el reconocimiento de las normas que impulsan la VBG son fundamentales para abordar este tipo de violencia (véase la sección 2.0. Principios centrales). A las personas supervivientes les puede resultar difícil hablar de sus experiencias de VBG con los proveedores de salud por temor a la estigmatización, a la culpabilización como víctima o a más violencia (Ali 2018). Estos desafíos pueden agravarse para quienes sufren formas de opresión superpuestas, como las mujeres mayores, las mujeres de grupos minoritarios, las mujeres con discapacidades y las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, *queer* e intersexuales, así como las de otras orientaciones sexuales e identidades de género diversas (LGBTQI+) (Ali 2018). Los hombres y los niños pueden enfrentarse a obstáculos para hablar de sus experiencias de VBG debido a las normas que rigen las masculinidades (Donne *et al.* 2018). Los proveedores de servicios de salud pueden fortalecer la confianza, la comodidad y la búsqueda de ayuda si ofrecen una escucha y una atención empáticas y solidarias a todos y a todas las clientes, lo que a su vez permite a las personas supervivientes de la VBG buscar ayuda y apoyo. Los proveedores de salud necesitan conocimientos y habilidades apropiadas para fomentar esta confianza y prestar un apoyo adecuado (Ali 2018, OMS 2021b).



Los proveedores de salud, así como cualquier otra persona que pueda interactuar con las personas supervivientes de la VBG, deben ser capacitados y supervisados no solo en las habilidades mencionadas, sino también en el enfoque de “no hacer daño”, en los principios centrales enfocados en las personas supervivientes y en la atención orientada por los traumas, que son elementos clave del enfoque ANIMA y que se describen en los principios centrales (véase la sección 2.0. Principios centrales). Sin embargo, es importante tener en cuenta que, en muchos países, los proveedores de servicios de salud suelen tener la obligación de notificar los casos de abuso infantil. Por lo tanto, hay que encontrar un equilibrio entre la atención centrada en las personas supervivientes y los requisitos de notificación obligatoria, cuando estas dos directrices se contraponen. En la mayoría de los casos, esto significa que los proveedores comunican a los clientes que tienen requisitos de notificación obligatoria antes de hacerles preguntas sobre violencia o abuso o si prevén una revelación espontánea de abuso de parte de menores supervivientes o acerca de un determinado menor superviviente. En un informe de la OMS de 2021 se comprobó que solo el 26% de los países con una política sobre la violencia contra las mujeres menciona la obligación de los proveedores de informar a los y a las clientes sobre los límites de la confidencialidad (OMS 2021c). Los requisitos de notificación obligatoria no deben interferir en la prestación de una atención adecuada o en la remisión de casos sospechosos de violencia de género, incluido el abuso infantil.

Además de estas habilidades, los proveedores de salud deben ser guiados a través de un proceso de autoevaluación y reflexión de sus propias creencias y sus propios prejuicios arraigados en torno al género y la violencia, ya que los proveedores de salud son miembros de la comunidad y a menudo tienen las mismas creencias profundas relacionadas con la VBG que las personas que los rodean. Incluso con una capacitación de habilidades adecuada, si un proveedor cree que la persona superviviente es responsable de su experiencia de violencia o que la violencia está justificada en determinadas situaciones, es probable que dicha persona se sienta juzgada o incómoda al revelar la violencia y podría sufrir un trauma secundario durante la revelación. Los proveedores de servicios de salud y el personal de los centros también deben tener la capacidad de prestar una atención que afirme el género y que no juzgue a las personas con SOGIESC diversas con el fin de reducir las experiencias de abuso emocional que ocurren en los centros de salud. Se trata de un enfoque esencial de mitigación de riesgos y forma parte de la creación de un entorno seguro en un modelo de prevención.

Otro componente clave para garantizar la prestación de servicios de calidad a las personas supervivientes de actos de violencia sexual es el seguimiento de la disponibilidad de productos básicos, como la anticoncepción de emergencia, la profilaxis posterior a la exposición y el tratamiento de las ITS.

### **Estrategia N.º 3: Integrar la mitigación de la VBG y la respuesta a esta en los servicios de salud rutinarios y especializados**

**(mitigación de riesgos, respuesta)**

**(nivel del modelo socioecológico: estructural)**

La integración de la VBG en los servicios de salud es una oportunidad para atender las múltiples necesidades sanitarias y sociales de los y las clientes. Por ejemplo, la integración de los servicios de respuesta en los servicios de PF y SR ha demostrado una reducción de la coacción reproductiva y de la VPI y un aumento de la autonomía reproductiva en las mujeres y las niñas (véase el ejemplo N.º 3 adelante). Además, puede mejorar el estado de salud reproductiva de la mujer al fortalecer el deseo de adoptar y seguir utilizando un método anticonceptivo.

El Plan Operativo de País/Plan Operativo Regional (PEPFAR 2022 COP/ROP) recomienda integrar la investigación rutinaria o clínica respecto de la VBG,<sup>2</sup> el apoyo de primera línea y la respuesta clínica y no clínica a la VBG en los servicios de toda la cascada clínica del VIH. La investigación rutinaria es necesaria en los servicios de pruebas de casos índice financiados por el PEPFAR, los servicios de notificación a la pareja y los servicios de profilaxis previa a la exposición (PrEP), mientras que la investigación clínica se recomienda en los servicios de atención y tratamiento del VIH. Preguntar sobre las experiencias en lo que respecta a la VBG a través de una investigación rutinaria o clínica en los servicios de salud (cuando las instalaciones y los proveedores de salud pueden cumplir con los requisitos mínimos<sup>3</sup> para preguntar sobre actos de violencia) aumenta la probabilidad de identificar y responder eficazmente a las personas que sobreviven a la VBG y abordar la VBG como un factor subyacente del riesgo de VIH. Este enfoque contribuye a la mitigación del riesgo de VBG al identificar a las personas para las que hablar de ciertas cuestiones de salud —como la condición de VIH— con sus parejas puede no ser seguro. Además, los y las clientes que revelan experiencias o temores de VBG pueden recibir servicios de VIH adaptados que tengan en cuenta el efecto de la VBG en los resultados del VIH. Por ejemplo, los usuarios de la PrEP pueden recibir asesoría sobre cómo utilizarla de forma segura en el contexto de una relación violenta, lo que promueve la prevención del VIH y mitiga la VPI. Además, las personas que revelan episodios de violencia pueden ser referidas a los servicios que se prestan con posterioridad al acto de violencia, en los que los proveedores ofrecen “apoyo orientado por los traumas y centrado en el o la cliente para satisfacer las necesidades generales emocionales, físicas, de seguridad y de apoyo de las personas supervivientes” (PEPFAR 2022 COP/ROP).

#### **Estrategia N.º 4: Aplicar políticas y protocolos para prevenir el acoso y la violencia contra el personal en el lugar de trabajo y responder a ellos, y a la explotación y al abuso sexual de los participantes en el programa**

**(prevención, respuesta)**

**(nivel del modelo socioecológico: estructural)**

Los centros o sistemas de salud —tanto públicos como privados— deben contar con políticas y protocolos destinados a prevenir el acoso y la violencia en el lugar de trabajo, incluidos el acoso sexual, los abusos físicos, sexuales y emocionales, las represalias por denunciar infracciones y responder a ellos, así como velar por la protección de los menores. Todo el personal de los centros de salud, al igual que los trabajadores de salud comunitarios afiliados, deben recibir capacitación sobre las políticas y las estructuras de notificación de presuntas violaciones (ONU Mujeres 2019). A los participantes en el programa también se les debe informar acerca de las políticas de salvaguardia existentes y deben tener acceso a los mecanismos de denuncia basados en la comunidad y en los centros (IASC 2016), y se deben realizar auditorías externas con regularidad para documentar si se está cumpliendo con las políticas y si se toman las medidas adecuadas en respuesta a las violaciones denunciadas (véase la sección 4.0).

Elementos de proceso: Valores, cultura organizacional y liderazgo).

---

<sup>2</sup> “La investigación rutinaria sobre la VPI se define como el hecho de preguntar a todos y a todas las clientes que acuden a servicios específicos sobre sus experiencias o su temor con respecto a la violencia. [...] La investigación clínica supone que los proveedores están capacitados para identificar posibles signos y síntomas de violencia. Cuando un clínico capacitado identifica a alguien que presenta estos signos y síntomas, el clínico entonces pregunta al o a la cliente sobre sus experiencias de violencia o de temor a la violencia. [...] La investigación clínica supone que los proveedores están capacitados para identificar posibles signos y síntomas de violencia. Cuando un clínico capacitado identifica a alguien que presenta estos signos y síntomas, el clínico entonces pregunta al o a la cliente sobre su experiencia con la violencia, en lugar de preguntar a todos sobre sus experiencias con la violencia” (PEPFAR 2022 COP/ROP).

<sup>3</sup> Requisitos mínimos para hacer preguntas sobre la violencia: 1) un procedimiento operativo estándar, una ayuda de trabajo o un algoritmo que indique lo que debe hacer un proveedor si un(a) cliente revela un acto de violencia; 2) proveedores capacitados sobre cómo preguntar sobre la violencia y responder a las revelaciones de violencia; 3) un entorno privado; 4) confidencialidad garantizada; y 5) un sistema de remisión establecido.

## **Estrategia N.º 5: Promover la inclusión de la VBG en las políticas y estrategias sanitarias nacionales y distritales, y hacer un seguimiento de su aplicación**

**(entorno propicio)**

**(niveles del modelo socioecológico: estructural)**

Los responsables políticos, los líderes de la atención de la salud y los financiadores desempeñan un papel a la hora de garantizar que el sistema sanitario responda eficazmente a la VBG. Hay varias medidas que los defensores y los líderes sanitarios pueden instar a los responsables políticos, los gobiernos locales y los centros de salud que tomen para abordar la VBG tanto a nivel estructural como político. Es importante señalar que, si bien el establecimiento de políticas sobre la VBG es un paso fundamental para detener la violencia, los gobiernos a menudo no logran traducir las políticas en acciones (Rottach *et al.* 2018). Un informe de la OMS de 2021 mostró que cuatro de cada cinco países cuentan con planes de acción multisectoriales nacionales para prevenir la violencia contra las mujeres. Sin embargo, menos de la mitad de los países cuentan con las correspondientes directrices sanitarias para abordar la violencia contra las mujeres (OMS 2021c).

Se recomiendan las siguientes acciones, que incluyen tanto el cambio de políticas como las actividades de implementación (PRB *et al.* 2010, OMS 2016, PEPFAR 2022 COP/ROP, Rottach *et al.* 2018, OMS 2021c):

- Comprometerse públicamente a abordar la VBG como un abuso de los derechos humanos y un problema de salud pública.
- Garantizar la disponibilidad de financiamiento, incluidas las asignaciones presupuestarias, para abordar la VBG y formar coaliciones para abogar por un aumento de las asignaciones presupuestarias.
- Aprobar directrices y protocolos de respuesta a la VBG.
- Asignar fondos para actividades de capacitación en materia de VBG dirigidas a los profesionales de la salud e insistir en que se modifiquen los programas de capacitación para incluir la VBG.
- Apoyar los vínculos y reforzar la coordinación entre sectores, especialmente entre las fuerzas del orden, los servicios de salud y otros servicios sociales, para apoyar a las personas supervivientes.
- Tomar medidas de supervisión y rendición de cuentas en cuanto a la ejecución de las políticas y los programas.
- Suprimir los honorarios por la atención clínica posterior a la VBG, incluida la recogida de pruebas forenses.
- Fortalecer las organizaciones que prestan servicios clínicos y sociales integrados relacionados con el VIH y la VBG a las personas supervivientes de actos de violencia.
- Desarrollar herramientas de difusión de la política relativa a la VBG, como infografías y ayudas de trabajo en las lenguas locales.
- Difundir adecuadamente la política y las directrices a los distritos y a los prestadores de servicios de salud.
- Ampliar los programas comunitarios de prevención de la VBG.

Abordar las barreras operativas (como la debilidad de los sistemas de suministro de anticonceptivos) y las rígidas normas culturales y de género que entran en conflicto con los objetivos de la política en materia de VBG. Un ejemplo de inclusión de la VBG en las políticas nacionales y distritales es la Iniciativa Interinstitucional contra la Violencia basada en el Género (GBVI) del PEPFAR en Tanzania, cuyo objetivo

era integrar la prevención y la respuesta a la VBG en los programas existentes sobre el VIH, inclusive a nivel de las políticas (véase el ejemplo N.º 5 adelante). Véanse otros enfoques de programas para crear un entorno propicio para la programación en materia de VBG en la sección 3.4. Elementos de programa: Entorno propicio.

Asimismo, es importante apoyar el desarrollo y la aplicación de políticas sobre la VBG que orienten una respuesta multisectorial. La OMS afirma que muchos de los factores de riesgo y de los factores determinantes de la violencia que existen en las comunidades se encuentran fuera del sistema de salud (OMS 2016). Esto exige que los gobiernos y los responsables políticos encabecen una respuesta holística, integrada y coordinada entre los distintos sectores, disciplinas profesionales e instituciones gubernamentales, privadas y no gubernamentales. Como esfuerzo integral de prevención multisectorial, el sistema de salud puede apoyar el ensayo y la evaluación de la prevención de la violencia en otros sectores, orientar las políticas multisectoriales de prevención de la violencia, apoyar mecanismos de remisión sólidos entre las personas sobrevivientes de la violencia y abogar con otros sectores para abordar los factores de riesgo y los factores determinantes de la violencia. Esto está alineado con la sección 4.0. Elementos de proceso: Coordinación y colaboración.

# Ejemplos de programas

## Ejemplo N.º 1: Proyecto Roles, Igualdad y Transformación de Género

El proyecto Roles, Igualdad y Transformación de Género (GREAT) de la USAID se desarrolló con el objetivo de reducir la VBG y mejorar los resultados de la PF y la SR entre los adolescentes y sus comunidades en la región del norte de Uganda posterior al conflicto. El Instituto de Salud Reproductiva (IRH), Save the Children y Pathfinder International, junto con los socios locales Straight Talk Foundation y Concerned Parents Association, ejecutaron el proyecto entre 2010 y 2019.

Como intervención transformadora del género, en el proyecto GREAT se realizaron actividades participativas para fomentar la reflexión crítica y el diálogo, abordar la desinformación y apoyar la acción colectiva para promover normas más sanas y equitativas. El modelo GREAT consta de cuatro componentes complementarios: 1) movilización comunitaria dirigida por líderes de la comunidad para promover y mantener el cambio; 2) una serie de radionovela; 3) vínculos con los servicios de PF y SR a través de los trabajadores de la salud de la comunidad; y 4) una caja de herramientas de movilización comunitaria. Se diseñó de tal forma que los grupos existentes y las estructuras de gobierno locales pudieran ponerlo en práctica y ampliarlo con modestos aportes de tiempo y financieros que les permitieran alcanzar un punto de inflexión para lograr la transformación social.

Según una evaluación final del impacto del proyecto, GREAT dio lugar a mejoras significativas en las actitudes y los comportamientos de las personas a las que llegó la intervención (IRH 2016). Los adolescentes y adultos que escucharon el programa de radio o que participaron en actividades de reflexión comunicaron cambios positivos en materia de igualdad de género, comunicación con la pareja, uso de la PF y actitudes hacia la VBG (IRH 2016). GREAT sigue siendo aplicado por organizaciones del norte de Uganda, y ha sido adaptado y aplicado en varios países del mundo.

## Ejemplo N.º 2: Proyecto Vínculos a través del Continuo de los Servicios de VIH para las Poblaciones Clave Afectadas por el VIH (LINKAGES) (2014-2019) y proyecto Cumplir con los Objetivos y Mantener el Control de la Epidemia (EpiC) (2019-2024)

Los proyectos LINKAGES y EpiC, financiados por la USAID y ejecutados por FHI 360, llevan a cabo una serie de actividades para reducir la transmisión del VIH entre las poblaciones objetivo —trabajadores del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, transexuales y personas que se inyectan drogas—, así como para mejorar la adopción y permanencia en la atención del VIH entre estas poblaciones. Las actividades de los proyectos mejoran la cascada de prevención y atención del VIH al llegar a más poblaciones clave con mayor riesgo de adquirir o transmitir este virus, promover las pruebas y la asesoría rutinarias con respecto al VIH, e inscribir activamente a las personas con VIH en las intervenciones de atención y apoyo que les permiten seguir recibiendo cuidados.

Como parte del enfoque de integración de género de LINKAGES y EpiC, FHI 360 utilizó la orientación normativa mundial y las mejores prácticas para abordar la violencia contra las poblaciones objetivo y desarrollar directrices programáticas flexibles que se han aplicado en más de 20 países. Las herramientas para la ejecución incluyen protocolos y procedimientos operativos estándar, así como capacitación sobre prevención y respuesta a la VBG para el personal y los asociados del proyecto, los prestadores de servicios de salud, los educadores inter pares y las fuerzas del orden. En la República Dominicana, este enfoque se tradujo en un aumento de la detección de casos de VBG; la prestación de apoyo de primera línea a las víctimas de la violencia; y vínculos con los servicios de salud, de apoyo psicosocial y de apoyo jurídico (Dayton *et al.* 2020, FHI 360 2019).

### **Ejemplo N.º 3: Proyecto Addressing Reproductive Coercion in Health Settings (ARCHES) Financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates**

El proyecto ARCHES (abordar la coacción reproductiva en entornos de salud) es un programa basado en evidencias encaminado a reducir la coacción reproductiva y la VPI, y se implementa en servicios rutinarios de asesoría sobre PF. Los proveedores reciben capacitación para llevar a cabo los tres componentes de la intervención ARCHES: 1) educación y evaluación universal de los y las clientes con respecto a la VPI y la coacción reproductiva; 2) discusión de los comportamientos de reducción de daños para reducir el riesgo de embarazos no deseados, la victimización de la VPI y la coacción reproductiva; y 3) remisiones apoyadas a los servicios para víctimas de la VPI (incluida la provisión de recursos relacionados con la VPI a todos y a todas las clientes, independientemente de su revelación). El programa demostró una reducción de la coacción reproductiva y de la VPI y un aumento de la autonomía reproductiva entre las mujeres y las niñas de Estados Unidos a través de dos ensayos controlados aleatorios en los que participaron más de 4000 clientes de PF (Miller *et al.* 2011, Miller *et al.* 2016, Tancredi 2015).

ARCHES se adaptó al contexto keniano y se está aplicando y evaluando en seis clínicas comunitarias de Nairobi. Los resultados de la evaluación inicial indican que las tasas de revelación de actos de VBG son mucho más altas en este modelo integrado que en otros modelos clínicos que tratan de identificar y apoyar a las personas supervivientes de la VBG: Más del 80% de las clientes de PF que habían sufrido coacción reproductiva y el 70% de las que habían sufrido VPI posteriormente, al ser examinadas, revelaron estas experiencias a un proveedor capacitado por ARCHES. De acuerdo con el protocolo del programa, se les apoyó con remisiones a los servicios y recursos relacionados con la VPI, según correspondiera (Silverman *et al.* 2019). En particular, las mujeres y niñas que eran objeto de la intervención de ARCHES tenían dos veces más probabilidades de recibir un método de PF durante su visita que las clientes que acudían a las clínicas de control (AOR 2.0, 95 por ciento CI 1.1–3.5) (Silverman *et al.* 2019).

### **Ejemplo N.º 4: Una campaña para facilitar el acceso a la PF de las personas supervivientes de la VPI en la India**

El proyecto SHOPS Plus India de la USAID, ejecutado por Abt Associates, se asoció con Momspresso para poner en marcha una campaña digital de sensibilización sobre la coacción reproductiva. La campaña fue lanzada por una persona famosa y, posteriormente, amplificada por *influencers* clave de Instagram, así como por profesionales de la salud a través de la popular plataforma en línea Momspresso, habiendo llegado a 24 millones de mujeres. Los objetivos de la campaña eran aumentar los conocimientos de las mujeres sobre qué constituye la VPI, ayudarlas a entender que la denegación de la anticoncepción es una forma de violencia y desarrollar su autoeficacia para acceder a información en materia de PF.

Los resultados de las respuestas a la encuesta entre las mujeres expuestas a la campaña sugirieron que esta ayudó a que estuvieran más conscientes de que la negación de la anticoncepción es una forma de VPI. Tras la exposición a la campaña, el porcentaje de mujeres que consideraba que la negativa de su pareja a usar anticonceptivos era una forma de violencia doméstica aumentó del 31 al 57%, y el porcentaje de mujeres que consideraba que no tener voz en la anticoncepción era una forma de violencia y de abuso también aumentó del 56 al 81%. La campaña también animaba a las mujeres a llamar al teléfono directo de ayuda de SHOPS Plus si sufrían VPI o si querían información sobre la PF. Las mujeres que llamaron fueron examinadas y, si procedía, se remitían a la organización no gubernamental india Shakti Shalini para que recibieran asesoría y apoyo especializados en materia de VPI. Tras la campaña, las llamadas al teléfono de ayuda aumentaron un 25%. Las asociaciones estratégicas, los mensajes bien pensados y las actividades complementarias de comunicación para el cambio de comportamiento fueron componentes importantes que contribuyeron al éxito de la campaña.

## Ejemplo N.º 5: Iniciativa Interinstitucional contra la Violencia Basada en el Género (GBVI) del PEPFAR, Tanzania

Un ejemplo de inclusión de la VBG en las políticas nacionales y distritales es el programa interinstitucional del PEPFAR en Tanzania, cuyo objetivo era integrar la prevención y la respuesta a la VBG en los programas existentes sobre el VIH, incluso a nivel de políticas. Antes de la GBVI, el gobierno de Tanzania contaba con una política y unas directrices limitadas a nivel nacional para la realización de actividades relacionadas con la VBG. Dos de los logros más significativos de la GBVI fueron el apoyo al Ministerio de Salud y Bienestar Social y al Ministerio de Desarrollo Comunitario, Género y Niñez en la creación y difusión de la *Guía de Política Nacional para la Prevención y Respuesta del Sector Salud a la VBG* y de la *Guía de Gestión Nacional para la Prevención y Respuesta a la VBG* (Simmons et al. 2016). Estos documentos de orientación integran y ponen en operación los servicios relacionados con la VBG en los centros de salud, enfocados en los puntos de prestación de servicios para el VIH, al tiempo que involucran a los funcionarios de bienestar social y de la policía. La GBVI también trabajó con el Ministerio de Salud y Bienestar Social para integrar la VBG en los planes de estudios de la capacitación previa al empleo dirigida a médicos y enfermeras, de modo que la capacitación en VBG pudiera integrarse en todos los niveles del sector salud (Simmons et al. 2016).

## Herramientas y recursos

### Guías de intervención

- Instituto de Salud Reproductiva. 2019. *REAL Fathers Implementation Guidelines*. Washington, D.C.: IRH. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://irh.org/resource-library/real-fathers-implementation-guidelines/>.
- ————. 2016. *GREAT Project: How-to-Guide*. Washington, D.C.: IRH. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://irh.org/wp-content/uploads/2016/06/GREAT\\_Project\\_How-to-Guide.pdf](https://irh.org/wp-content/uploads/2016/06/GREAT_Project_How-to-Guide.pdf).
- Consorcio OPTIONS, EpiC, RISE y CHOICE. 2020. *HIV Prevention Ambassador Training Package and Toolkit*. Durham, NC: FHI 360. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.prepwatch.org/resource/ambassador-training-package-toolkit/>.
- Colaboración PROMISE, colaboración CHOICE. 2021. *HIV Prevention Ambassador Training Package for Adolescent Girls and Young Women (2nd edition)*. Durham, NC: FHI 360. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.prepwatch.org/resource/ambassador-training-package/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2018. *INSPIRE Handbook: Action for Implementing the Seven Strategies for Ending Violence Against Children*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-handbook-action-for-implementing-the-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>.

### Directrices

- Dayton R, GJ Morales, y KS Dixon. 2019. *LINKAGES: A Guide to Comprehensive Violence Prevention and Response in Key Population Programs*. Durham, NC: FHI 360. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vpr-guide.pdf>.
- HRH2030. 2020. *Defining and Advancing a Gender-Competent Family Planning Service Provider: A Competency Framework and Technical Brief*. Arlington, VA: USAID. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://hrh2030program.org/gender-competency-tech-brief/>.
- Comité Internacional de Rescate (IRC). 2012. *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings*. Nueva York, NY: IRC. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2014/07/CCS-Guidelines-lowres.pdf>.

- 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. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://ovcsupport.org/wp-content/uploads/Documents/GenderBased\\_Violence\\_and\\_HIV\\_A\\_Program\\_Guide\\_for\\_Integrating\\_GenderBased\\_Violence\\_Prevention\\_and\\_Response\\_in\\_PEPFAR\\_Programs\\_1.pdf](https://ovcsupport.org/wp-content/uploads/Documents/GenderBased_Violence_and_HIV_A_Program_Guide_for_Integrating_GenderBased_Violence_Prevention_and_Response_in_PEPFAR_Programs_1.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. 2017. *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147>.
- ———. 2013. *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf).

### Recursos para proveedores de servicios de salud

- Day K, y J Pierce-Weeks. 2013. *The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs*. Boston, MA: John Snow, Inc. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.jsi.com/resource/the-clinical-management-of-children-and-adolescents-who-have-experienced-sexual-violence-technical-considerations-for-pepfar-programs/>.
- EpiC. 2021. *Identifying, Preventing, and Responding to Violence in HIV Programs Serving Key Populations: Building Health Care Workers' Capacity to Offer Safe and Ethical Index Testing*. Durham, NC: FHI 360. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.fhi360.org/resource/adverse-event-prevention-monitoring-investigation-and-response-index-testing>.
- FHI 360 y RTI International. 2020. *Standard Operating Procedure for Addressing Partner Relationships and Intimate Partner Violence in Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Services*. Durham, NC: FHI 360 y RTI International. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.prepwatch.org/resource/sop-job-aid-ipv-prep-services/>.
- Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR). 2020. *PEPFAR Guidance on Implementing Safe and Ethical Index Testing Services*. Washington, D.C.: PEPFAR. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.pepfarsolutions.org/resourcesandtools-2/2020/7/10/pepfar-guidance-on-implementing-safe-and-ethical-index-testing-services>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021. *Caring for Women Subjected to Violence: A WHO Training Curriculum for Health Care Providers*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/vaw/participants-handouts.pdf>.
- ———. 2017. *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489>.
- ———. 2014. *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO\\_RHR\\_14.26\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf).

### Guías de recursos

- Data for Impact. s.f. *Gender Sensitivity in the Service Delivery Environment*. Chapel Hill, NC: Data for Impact. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.data4impactproject.org/prh/service-delivery/gender-equity-and-sensitivity-in-service-delivery/gender-sensitivity-in-the-service-delivery-environment/>.
- Glinski AM, M Sexton, y L Meyers. 2015. *Child, Early, and Forced Marriage Resource Guide*. Washington, D.C.: Banyan Global. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/USAID\\_CEFM\\_Resource-Guide.PDF](https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/USAID_CEFM_Resource-Guide.PDF).



- Grupo de Trabajo Interagencias sobre Cuestiones de Género (IGWG). 2020. *A Pandemic within a Pandemic: Technical Resources to Address GBV in the Age of COVID-19*. Washington, D.C.: IGWG. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.igwg.org/resources/a-pandemic-within-a-pandemic-technical-resources-to-address-gbv-in-the-age-of-covid-19/>.
- ————. 2020. *Male Engagement Task Force Resources*. Washington, D.C.: IGWG. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.igwg.org/male-engagement-task-force-resources/>.
- Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional 2021. *Issues and Recommendations on Gender-Based Violence Prevention and Response in Covid-19 Programming*. Washington, D.C.: USAID. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/COVID\\_and\\_GBV\\_guidance\\_March\\_2021.pdf](https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/COVID_and_GBV_guidance_March_2021.pdf).
- ————. 2018. *Essential Considerations for Engaging Men and Boys for Improved Family Planning Outcomes*. Washington, D.C.: USAID. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/Engaging-men-boys-family-planning-508.pdf>.
- What Works. 2019c. *Flagship synthesis reports*. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://whatworks.co.za/resources/flagship-synthesis-reports>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021. *Resource Package for Strengthening Countries' Health Systems Response to Violence Against Women*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.5>.

### Juegos de herramientas

- Jhpiego. 2020. *Gender-Transformative Leadership: A Participatory Toolkit for Health Providers*. Baltimore, MD: Jhpiego. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.jhpiego.org/our-expertise/gender-equity/#gender>.
- ————. 2016. *Jhpiego Gender Analysis Toolkit for Health Systems*. Baltimore, MD: Jhpiego. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/>.
- LINKAGES. 2017. *Gender Analysis Toolkit for Key Population HIV Prevention, Care, and Treatment Programs*. Washington, D.C.: FHI 360. Consultado el 10 de junio de 2022. <http://childrenandaids.org/sites/default/files/2018-11/Gender%20analysis%20toolkit%20for%20key%20population%20HIV%20prevention%2C%20care%2C%20and%20treatment%20programs.pdf>.

### Planes de estudio

- Dayton R, GJ Morales, y KS Dixon. 2019. *LINKAGES Health Care Worker Training: Preventing and Responding to Violence against Key Populations*. Washington, D.C.: FHI 360. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-hcw-training-manual.pdf>.
- No Means No Worldwide. 2018c. Ashburn, VA. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://www.nomeansnoworldwide.org/>.
- Stepping Stones. 2022c. *Resources*. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://steppingstonesfeedback.org/resources/>.
- UNICEF. 2016. *Programa Sinovuyo Caring Families para padres y adolescentes: Guía familiar* Nueva York, NY: UNICEF. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://toolkits.knowledgesuccess.org/toolkits/very-young-adolescent-sexual-and-reproductive-health-clearinghouse/sinovuyo-caring-families-programme-parents-and-teens-family-guidebook>.

### Documentos informativos:

- Acción innovadora. 2020. *Integrating Gender into the Covid-19 Risk Communication and Community Engagement Response*. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/05/Integrating-Gender-in-the-COVID-19-RCCE-Response-Technical-Brief\\_v1.0.pdf](https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/05/Integrating-Gender-in-the-COVID-19-RCCE-Response-Technical-Brief_v1.0.pdf).
- Oficina de Referencia de la Población. 2015. *Intimate Partner Violence and Family Planning: Opportunities for Action*. Washington, D.C: Oficina de Referencia de la Población. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2021/02/08072015-intimate-partner-violence-fp-brief.pdf>.
- USAID. 2021. *Advancing Gender Equality and Preventing & Responding to Gender-Based Violence to Achieve Sustained HIV Epidemic Control*. Washington, D.C.: USAID. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/resources/advancing-gender-equality>.

## Reconocimientos

Este documento ha sido redactado por Jennifer Arney, Christine Bixiones y Michele Lanham, con el apoyo de otros miembros del equipo CARE-GBV, como Diane Gardsbane y Fatima Saeed. El documento fue editado por Marty Jarrell y diseñado por Jill Vitick. Gracias a Rachel Jewkes, miembro del Grupo de Asesoría Técnica de *los Elementos fundacionales*, por su revisión y aportaciones, y al personal de la USAID, quienes han revisado y aportado información: Afeefa Abdur-Rahman, Joan Kraft, Natalie Kruse-Levy, Amelia Peltz, Chaitra Shenoy, Alexander Smith, y Melissa Taylor.

### Cita sugerida

CARE-GBV 2022. “Elementos de programas específicos del sector: Abordar la violencia basada en el género a través de programas de salud global”. *Elementos fundacionales para la programación en materia de violencia basada en el género en el desarrollo*. Washington, D.C.: USAID.

## Referencias

- Abramsky T, K Devries, L Kiss, J Nakuti, N Kyegombe, E Starmann, B Cundill, L Francisco, D Kaye, T Musuya, y L Michau. 2014. "Findings from the SASA! Study: A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence Against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda." *BMC medicine*; 12(1):1–7. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0122-5>.
- Ali P. 2018. "Gender-Based Violence and the Role of Healthcare Professionals." *Nursing open*; 5(1):4. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5762759/>.
- Birdthistle I, D Kwaro, M Shahmanesh, K Baisley, S Khagayi, N Chimbindi, V Kamire, N Mthiyane, A Gourlay, J Dreyer, y P Phillips-Howard. 2021. "Evaluating the Impact of DREAMS on HIV Incidence among Adolescent Girls and Young Women: A Population-Based Cohort Study in Kenya and South Africa." *PLoS Med* Oct 25;18(10):e1003837.
- Bonomi AE, ML Anderson, FP Rivara, y RS Thompson. 2009. "Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence." *Health Services Research*. Jun; 44(3):1052–67. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1475-6773.2009.00955.x>.
- Bott S, A Guedes, MC Claramunt, y A Guezmes. 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. Londres, RU: IPPF/WHO. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV\\_cdbookletANDmanual\\_FA\\_FINAL\[1\].pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL[1].pdf).
- Dayton R, B Alvarez, GJ Morales, J Rojas Almonte, M Faccini, B Gomes, RC Wolf, y R Wilcher. 2020. "Assessing an Inclusive Model to Increase Access to Comprehensive Gender-Based Violence Response Services and Improve HIV Outcomes in Puerto Plata, Dominican Republic." *Culture, Health & Sexuality*. 1 Sep; 22(9):1001–17. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2019.1647556>.
- Donne MD, J DeLuca, P Pleskach, C Bromson, MP Mosley, ET Perez, SG Mathews, R Stephenson, y V Frye. 2018. "Barriers to and Facilitators of Help-Seeking Behavior among Men Who Experience Sexual Violence." *American Journal of Men's Health*. Mar; 12(2):189–201. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1557988317740665>.
- Evens E, M Lanham, K Santi, J Cooke, K Ridgeway, G Morales, C Parker, C Brennan, M de Bruin, PC Desrosiers, y X Diaz. 2019. "Experiences of Gender-Based Violence among Female Sex Workers, Men Who Have Sex with Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming." *BMC International Health and Human Rights*. Dec; 19(1):1–4.
- FHI 360. 2019c–2022. *LINKAGES violence prevention and response series*. Washington, D.C.: FHI 360. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://www.fhi360.org/resource/linkages-violence-prevention-and-response-series>.
- Fay K, y L Yee. 2018. "Reproductive Coercion and Women's Health." *Journal of Midwifery & Women's Health*. Sep; 63(5):518–25.
- García-Moreno C, K Hegarty, AF d'Oliveira, J Koziol-McLain, M Colombini, y G Feder. 2015. "The Health-Systems Response to Violence Against Women." *The Lancet*. Apr 18; 385(9977):1567–79. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61837-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61837-7/fulltext).
- Grace KT, y JC Anderson. 2018. "Reproductive Coercion: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse*. Oct; 19(4):371–90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577387/>.

- HRH2030. 2020. *Defining and Advancing a Gender-Competent Family Planning Service Provider: A Competency Framework and Technical Brief*. Washington, D.C.: USAID. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://hrh2030program.org/gender-competency-tech-brief/>.
- Instituto de Salud Reproductiva (ISR). 2016. *GREAT Project Endline Report*. Washington, D.C.: IRH. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00KXRW.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KXRW.pdf).
- Comité Permanente entre Organismos (IASC). 2016. *Best Practice Guide Inter-Agency Community-Based Complaint Mechanisms Protection Against Sexual Exploitation and Abuse*. Ginebra, Suiza: IASC. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12555/pdf/best\\_practice\\_guide\\_-\\_with\\_inside\\_cover\\_online.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12555/pdf/best_practice_guide_-_with_inside_cover_online.pdf).
- Lanham M, K Ridgeway, R Dayton, BM Castillo, C Brennan, DA Davis, D Emmanuel, GJ Morales, C Cherisher, B Rodriguez, y J Cooke. "We're Going to Leave You for Last, Because of How You Are: Transgender Women's Experiences of Gender-Based Violence in Healthcare, Education, and Police Encounters in Latin America and the Caribbean." *Violence and Gender*. Mar 1;6(1):37–46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6442261/>.
- Machtiger EL, JE Haberer, TC Wilson, y DS Weiss. 2012. "Recent Trauma Is Associated with Antiretroviral Failure and HIV Transmission Risk Behavior among HIV-Positive Women and Female-Identified Transgenders." *AIDS and Behavior*. Nov;16(8):2160–70. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-012-0158-5>.
- MacQuarrie K LD, L Mallick, y S Kishor. 2016. *Intimate Partner Violence and Interruption to Contraceptive Use: DHS Analytical Studies 57*. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS57/AS57.pdf>.
- Manda WC, N Pilgrim, M Kamndaya, S Mathur, and Y Sikweyiya. 2021. "Girl-Only Clubs' Influence on SRH Knowledge, HIV Risk Reduction, and Negative SRH Outcomes among Very Young Adolescent Girls in Rural Malawi." *BMC Public Health*. Dec;21(1):1–2. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00KXRW.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KXRW.pdf).
- Manning A, M Schaaf, y RM Council. 2018. *Disrespect and Abuse in Childbirth and Respectful Maternity Care*. [https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/da\\_rmc\\_brief\\_final\\_0.pdf](https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/da_rmc_brief_final_0.pdf).
- Miller E, M Decker, H McCauley, et al. 2011. "A Family Planning Clinic Partner Violence Intervention to Reduce Risk Associated with Reproductive Coercion." *Contraception*. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21310291/>.
- Miller E, DJ Tancredi, MR Decker, HL McCauley, KA Jones, H Anderson, L James, y JG Silverman. 2016. "A Family Planning Clinic-Based Intervention to Address Reproductive Coercion: A Cluster Randomized Controlled Trial." *Contraception*. Jul 1;94(1):58–67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892333/>.
- Nour NM. 2006. "Health Consequences of Child Marriage in Africa." *Emerg Infect Dis*. Nov;12(11):1644–1649.
- PEPFAR. 2022. *2022 Country and Regional Operational Plan (COP/ROP) Guidance for All PEPFAR-Supported Countries*. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://www.state.gov/wp-content/uploads/2022/01/COP22-Guidance-Final\\_508-Compliant.pdf](https://www.state.gov/wp-content/uploads/2022/01/COP22-Guidance-Final_508-Compliant.pdf).
- Plataforma de Soluciones PEPFAR. 2021. *PEPFAR DREAMS Guidance*. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://www.pepfarsolutions.org/s/2021-08-17-DREAMS-Guidance-Final-March-2018-Update\\_PEPFAR-Solutions.pdf](https://www.pepfarsolutions.org/s/2021-08-17-DREAMS-Guidance-Final-March-2018-Update_PEPFAR-Solutions.pdf).
- Population Reference Bureau, Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Género, USAID. 2010. "The Crucial Role of Health Services in Responding to Gender-Based Violence." *Policy Brief*. Washington, D.C.: PRB. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.igwg.org/wp-content/uploads/2017/06/crucial-role-hlth-srvices.pdf>.

- Rottach E, I Among, W Gerber, y R Kaufman. 2018. *Gender-Based Violence and Family Planning: An Implementation Assessment of Uganda's Policy Framework*. Consultado el 10 de junio de 2022. [http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/10252-10455\\_GBVFPResearchReport.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/10252-10455_GBVFPResearchReport.pdf).
- SASA! 2002c. *Kampala: SASA!* Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://raisingvoices.org/women/the-sasa-approach/>.
- Silverman JG, J Uysal, N Carter, E Muketo, W Liambila, C Undie, K Gray, S Wendoh, y H Helvink. 2019. *ARCHES Kenya: Promoting Reproductive Autonomy for Women and Girls by Addressing Gender-Based Violence within Routine Family Planning Counseling*. [https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2019/03/archeskenyabrief\\_final.pdf](https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2019/03/archeskenyabrief_final.pdf).
- Simmons K, Z Miho, y L Messner. 2016. *Lessons from the Gender-Based Violence Initiative in Tanzania*. Arlington, VA: Proyecto AIDSFree. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://encompassworld.com/resource/aidsfree-lessons-from-the-pepfar-gender-based-violence-initiative-in-tanzania/>.
- Tancredi DJ, JG Silverman, MR Decker, HL McCauley, HA Anderson, KA Jones, S Ciaravino, A Hicks, C Raible, S Zelazny, y L James. 2015. "Cluster Randomized Controlled Trial Protocol: Addressing Reproductive Coercion in Health Settings (ARCHES)." *BMC Women's Health*;15(1):1–6. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-015-0216-z>.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). 2014. *Families Matter Program*. Atlanta, GA: CDC. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/26191>.
- . 2003. *Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States*. Atlanta, GA: CDC. Consultado el 23 de mayo de 2022. [https://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/IPV\\_cost.html](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/IPV_cost.html).
- ONU Mujeres. 2020. *The Shadow Pandemic: Violence Against Women During COVID-19*. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>.
- . 2019. *Addressing Violence and Harassment Against Women in the World of Work Handbook*. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2019/03/handbook-addressing-violence-and-harassment-against-women-in-the-world-of-work>.
- UNFPA. 2020. *COVID-19: Un Enfoque de Género: Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género*. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens>.
- . 2015. *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*. Consultado el 23 de mayo de 2022. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood\\_not\\_motherhood\\_final\\_web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf).
- UNICEF. 2021. *10 Million Additional Girls at Risk of Child Marriage Due to COVID-19*. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://www.unicef.org/press-releases/10-million-additional-girls-risk-child-marriage-due-covid-19>.
- . 2021. *Understanding the Relationship between Child Marriage and Female Genital Mutilation: A Statistical Overview of Their Co-Occurrence and Risk Factors*. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://data.unicef.org/resources/understanding-the-relationship-between-child-marriage-and-fgm>.
- Walby S. 2009. *The Cost of Domestic Violence – Up-date 2009*. Lancaster, Reino Unido: Universidad de Lancaster. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/21695/>.
- What Works. 2019c. *Flagship Synthesis Reports*. Consultado el 23 de mayo de 2022. <https://whatworks.co.za/resources/flagship-synthesis-reports>.

- Organización Mundial de la Salud 2022. *Crianza para la salud de toda la vida*. Ginebra, Suiza: OMS.
- . 2021a. *Mutilación genital femenina*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
  - . 2021b. *Caring for Women Subjected to Violence: A WHO Curriculum for Training Healthcare Providers*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/vaw/participants-handouts.pdf>.
  - . 2021c. *Addressing Violence Against Women in Health and Multisectoral Policies: A Global Status Report*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040458>.
  - . 2016. *Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System Within a National Multisectoral Response to Address Interpersonal Violence, in Particular Against Women and Girls, and Against Children*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511537>.
  - . 2013. *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf).
  - . 2005. *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado el 10 de junio de 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>.

El objetivo de la actividad Acción Colectiva para Reducir la VBG (CARE-GBV) es fortalecer la prevención y la respuesta colectiva de la USAID, o “acción colectiva”, frente a la violencia basada en el género (VBG) en los programas de desarrollo en toda la USAID. Para obtener más información sobre CARE-GBV, haga clic [aquí](#).

Para obtener más información, póngase en contacto con:

**Chaitra Shenoy, JD**

*Representante del Oficial de Contratación*

Centro de Igualdad de Género y Empoderamiento de la Mujer

[cshenoy@usaid.gov](mailto:cshenoy@usaid.gov)

**Diane Gardsbane, PhD**

*Directora del Proyecto*

CARE-GBV

[diane@makingcents.com](mailto:diane@makingcents.com)