

Aprendiendo a responder



Buenas prácticas y lecciones
aprendidas en materia de salud
sexual y reproductiva y violencia de
género en situaciones de emergencia
en América Latina y el Caribe



Aprendiendo a responder

.....

Buenas prácticas y lecciones aprendidas en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones de emergencia en América Latina y el Caribe

Octubre 2013

Agradecimientos



Queremos dedicar nuestro más sincero agradecimiento a los numerosos colegas y socios del UNFPA por sus aportaciones y por la información compartida. Extendemos nuestra gratitud a las oficinas de país de la región de América Latina y el Caribe por poner a disposición su tiempo y su colaboración.

Agradecemos especialmente a las autoras, Mariangela Bizzarri y Jessica Colombo, consultoras independientes, quienes dedicaron a esta labor sus conocimientos y su entusiasmo. El diagnóstico que aquí se presenta se realizó bajo la supervisión de Marta Pérez del Pulgar, Especialista de Programa de UNFPA LACRO, en colaboración con Graciela Van der Poel, Oficial de Asuntos Humanitarios de UNFPA LACRO, y José Antonio Rayos, Asistente de Programa de UNFPA LACRO, quienes coordinaron los esfuerzos de este trabajo, aportaron insumos técnicos, facilitaron los intercambios con los principales actores, y en todo momento apoyaron el proceso.

También queremos manifestar nuestro más sincero reconocimiento al trabajo de todas las personas que compartieron su tiempo, su entusiasmo, experiencia y conocimientos para hacer realidad este estudio.

En la elaboración de este documento han participado numerosos colegas de las oficinas de país de la región de América Latina y el Caribe, quienes dedicaron su tiempo y sus conocimientos a este emprendimiento, y compartieron sus experiencias, lecciones y buenas prácticas. Entre las oficinas de país que contribuyeron activamente en el estudio figuran Bolivia (Pilar Orduña), la oficina subregional del Caribe (Mario Aguilar), Ecuador (Soledad Guayasamín Cruz, Roberto Ortiz y Jorge Parra), El Salvador (María Esperanza Alvarenga de Aparicio, María Lafuente Funes, Elizabeth Murcia y Verónica Simán), Guatemala (Alejandro Silva y Silvia Negreros), Nicaragua (Timothy Hansell y Edgard Narváez), Panamá (Martha Icaza) y Perú (Zilda Cárcamo). También colaboró en este trabajo Erin Kenny, de la sede central del UNFPA, con la revisión de la versión borrador del estudio, proporcionando ideas e insumos de gran utilidad.

Richard Pierce y Cristina Costa Bravo se encargaron, respectivamente, de la edición de la versión en inglés y de la traducción y edición de la versión en español.

Índice



Siglas.....	5
1 Introducción	6
1.1 Antecedentes	6
1.2 Propósito del estudio	7
2 Marco de análisis	8
2.1 Marco conceptual	8
2.1.1 Definiciones	8
2.1.2 Marco estratégico	8
2.1.3 Criterios de selección: buenas prácticas y lecciones aprendidas	9
2.2 Metodología	13
2.2.1 Análisis documental	13
2.2.2 Encuesta regional	13
2.3 Alcance y limitaciones	14
3 Principales resultados	15
3.1 Mapeo de las iniciativas humanitarias de salud sexual y reproductiva y violencia de género en América Latina y el Caribe	17
3.2 Buenas prácticas y lecciones aprendidas	25
Enfoque multisectorial y multi-institucional	28
Recopilación y gestión de datos sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva mejorada	31
Un enfoque verdaderamente sensible a la diversidad cultural	36
Convertir la preparación y la respuesta ante desastres en procesos inclusivos	38
Involucrar activamente a la población joven en salud sexual y reproductiva y prevención y respuesta de la violencia de género	38
La necesidad de un enfoque transformador	39
Desarrollo de capacidad institucional sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva	40
Apropiación y participación de la comunidad	40
3.3 Desafíos	41
4 Conclusiones y recomendaciones	42
4.1 Conclusiones	42
4.2 Recomendaciones	44
5 Referencias	48

Siglas



ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ALC	América Latina y el Caribe
CAP	Procedimiento de llamamiento unificado (<i>Consolidated Appeal Process</i>)
CERF	Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia (<i>Central Emergency Response Fund</i>)
CCCM	Coordinación y gestión de campamentos (<i>Camp coordination and camp management</i>)
CHAP	Plan común de acción humanitaria (<i>Common Humanitarian Action Plan</i>)
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
ECAP	Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (Guatemala)
GBVIMS	Sistema de gestión de información sobre violencia de género
GRT	Grupo Regional de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna
HFCB	Subdivisión de Contextos Humanitarios y Frágiles (<i>Humanitarian and Fragile Contexts Branch</i>)
IEC	Información, educación y comunicación
INE	Instituto Nacional de Estadística (Bolivia)
INIM	Instituto Nicaragüense de la Mujer
ISDEMU	Instituto Salvadoreño de la Mujer
ITS	Infección de transmisión sexual
LACRO	Oficina Regional para América Latina y Caribe
LGBT	Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PPE	profilaxis post-exposición
PIMS	Paquete inicial mínimo de servicios de salud reproductiva en situaciones de crisis
REDLAC	Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Riesgos, Emergencias y Desastres para América Latina y el Caribe
SE-SINAPRED	Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres
SINAPRED	Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres (Nicaragua)
SitRep	Informe de situación
SPRINT	Programa de salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis y postcrisis
SSR	Salud sexual y reproductiva
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
UNETE	Equipo Técnico de Emergencias de las Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USD	Dólar estadounidense
VG	Violencia de género
VNU	Voluntarios de las Naciones Unidas
WASH	Agua, saneamiento e higiene

1 Introducción

1.1 Antecedentes

Las emergencias, y en particular las relacionadas con los desastres naturales, son frecuentes en la región de América Latina y el Caribe. Sólo en el período 2008-2012, el UNFPA movilizó un total de 5 014 877 dólares estadounidenses en fondos del CERF para responder a las necesidades humanitarias de más de 2 300 000 personas en la región. Entre estas necesidades se incluyen las relacionadas con la violencia de género (VG) y la salud sexual y reproductiva (SSR) de más de 1 865 490 mujeres¹.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) afirma que todas las personas deben disfrutar del derecho a la salud sexual y reproductiva y vivir en todo momento libres de violencia sexual y cualquier de otro tipo de violencia de género incluso en situaciones de emergencia. El mandato humanitario del UNFPA quedó consagrado en la estrategia humanitaria de la organización (2007-2009)², y reafirmado más recientemente en la Estrategia de Respuesta Humanitaria de Segunda Generación³.

Los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y la violencia de género, y el papel del UNFPA en relación con ambas cuestiones justifican la realización de un análisis de dichas áreas de intervención en situaciones de emergencia. La salud sexual y reproductiva es una de las áreas básicas de intervención del UNFPA y comprende la prestación de un amplio abanico de servicios en las distintas etapas de la emergencia y la recuperación. Entre estos servicios destacan la atención en salud, la provisión de anticonceptivos,

kits de higiene o servicios de asesoramiento psicosocial a la población afectada, así como la restauración de los sistemas de salud.

El liderazgo del UNFPA en materia de salud sexual y reproductiva supone también un punto de entrada estratégico para la organización a fin de abordar la violencia de género, incluyendo en el marco de los servicios de salud sexual y reproductiva. La prevención y la respuesta a la violencia de género, con especial énfasis en la violencia sexual, es una de las áreas temáticas del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS)⁴ de salud reproductiva en contextos humanitarios. Están muy documentadas las consecuencias de la violencia sexual en la salud de las personas supervivientes⁵, y gran parte del trabajo para hacer frente a la violencia de género en contextos humanitarios procede, de hecho, del sector de la salud⁶. Esto explica por qué la prevención de la violencia sexual y la asistencia a las personas supervivientes es uno de los objetivos del PIMS.

Aprovechando los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y la violencia de género, así como las oportunidades de colaboración con otros actores pertinentes, el UNFPA puede mejorar el uso de los recursos disponibles y maximizar los

¹ Análisis de UNFPA LACRO sobre las dotaciones de fondos UNFPA CERF para 2008-2012 en la región de América Latina y el Caribe.

² UNFPA (2006). Integrating the Programme of Action of the International Conference on Population and Development into Emergency Preparedness, Humanitarian Response, and Transition and Recovery Programmes: a Strategy to Build Commitment and Capacity. New York: UNFPA.

³ UNFPA (2012). Humanitarian Response Strategy "Second Generation". New York: UNFPA.

⁴ El PIMS es un conjunto de intervenciones prioritarias que diseñadas para "reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad entre las poblaciones afectadas por situaciones de crisis, particularmente mujeres y niñas". Contiene directrices para establecer unos servicios coordinados de salud sexual y reproductiva en la fase inicial de una emergencia, así como para la planificación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva una vez estabilizada la situación. UNFPA et al. (2008). Training on the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Crises – A Course for SRH Coordinators. New York: UNFPA. En 2007, el PIMS fue incluido entre las intervenciones del CERF que ayudan a salvar vidas.

⁵ Entre ellas figuran las complicaciones obstétricas, los problemas de sexualidad, las infecciones del tracto urinario, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y los abortos inseguros.

⁶ Solo por citar un ejemplo, desde 2005 el UNFPA y ACNUR se han asociado para organizar cursos de capacitación para personal de la salud sobre el manejo clínico de las supervivientes de violaciones en entornos de refugiados y desplazados.

resultados y la eficacia de sus intervenciones. Sin embargo, hay indicios que parecen señalar que todavía no se están integrando de manera sistemática los servicios de salud sexual y reproductiva en las situaciones de emergencia humanitaria debido, principalmente, a una insuficiente coordinación y falta de personal cualificado⁷.

Según la información de la Oficina Regional del UNFPA para América Latina y el Caribe (UNFPA LACRO), desde 2008, dicha Oficina Regional ha apoyado de manera sistemática a las oficinas de país de la región en el diseño, la dotación de recursos y la implementación de programas de salud sexual y reproductiva y de violencia de género orientados tanto a la preparación como a la respuesta ante emergencias. Sin embargo, hasta la fecha no se cuenta con información suficiente sobre el alcance, la calidad y el impacto de la programación en estas áreas temáticas. El presente estudio tiene por objeto contribuir a llenar este vacío.

1.2 Propósito del estudio

El propósito del estudio es mapear y documentar los programas de salud sexual y reproductiva y violencia de género ejecutados por el UNFPA como parte de las iniciativas de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia humanitaria en la región de América Latina y el Caribe en los últimos cinco años, desde 2008 hasta 2012. Más concretamente, el estudio pretende identificar y mapear programas sobre salud sexual y reproductiva y violencia de género en contextos humanitarios en la región que abarquen las fases tanto de preparación como de respuesta, investigar el papel desempeñado por UNFPA LACRO, y seleccionar y documentar buenas prácticas y prácticas prometedoras, así como las correspondientes lecciones aprendidas.

La investigación puede ser una poderosa herramienta de incidencia. A menudo, la

investigación y la documentación son el único medio para dar a conocer ciertas prácticas eficaces y promover su replicación. El presente trabajo de inventario tiene por objeto dotar al UNFPA de información útil sobre experiencias presentes y pasadas en la ejecución de programas y proyectos en contextos humanitarios en la región, así como identificar qué elementos han funcionado o no, y cuáles son los desafíos y las oportunidades. Esta información se podrá utilizar tanto con otros organismos como con los donantes.

El presente estudio pretende aportar tanto inspiración como consejos prácticos y apoyo para futuros programas de salud sexual y reproductiva y violencia de género en la región. Para ello, se documentarán prácticas que sirvan como ejemplo del trabajo de excelencia del UNFPA y de sus socios⁸ en materia implementación en los últimos cinco años, y se extraerán los elementos clave que definen una buena práctica.

Tras la introducción el segundo capítulo describe el marco de análisis de este estudio —incluidos los criterios para la selección de buenas prácticas y lecciones aprendidas— y la metodología utilizada. En el tercer capítulo, se presentan los principales resultados del mapeo, así como las buenas prácticas y lecciones aprendidas identificadas. Por último, en un cuarto capítulo se incluyen algunas conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis.

⁷ Cfr. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010). *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises ; UNFPA et al. (2008), op. cit.; y WRC (2007). *Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations*. New York: WRC.

⁸ Por lo general, entre los socios del UNFPA se cuentan entidades gubernamentales de las áreas de salud, justicia, seguridad, educación, mecanismos de mujeres y/o género, organismos de planificación y protección y defensa civil, ONG nacionales e internacionales, grupos comunitarios, instituciones académicas, y otros organismos y donantes de las Naciones Unidas.

2 Marco de análisis

En este capítulo se describe el proceso de realización del mapeo y selección de proyectos y programas a lo largo de las distintas fases del estudio. Además, se detallan y justifican los criterios acordados para la selección de buenas prácticas y lecciones aprendidas.

2.1 Marco conceptual

2.1.1 Definiciones

La Nota de Orientación del UNFPA sobre intercambio de buenas prácticas en la programación (*Guidance Note on Sharing Good Practices in Programming*) distingue entre buenas prácticas y mejores prácticas por un lado, y lecciones aprendidas por el otro. A lo largo de la última década se ha empezado a utilizar con cautela la expresión “mejores prácticas”, ya que da a entender de forma rotunda que su aplicabilidad y pertinencia son universales. Para evitar esto, se prefiere en general utilizar las expresiones “buenas prácticas” y “prácticas prometedoras”, tal como se hace en el presente estudio. De acuerdo con las definiciones del UNFPA, una *buena práctica* hace referencia a la **“experiencia adquirida durante la ejecución de un programa, con métodos, técnicas o prácticas probados”**. Por su parte, las *lecciones aprendidas* pueden definirse como **“una práctica de trabajo que identifica los procedimientos y metodologías que facilitaron o dificultaron la ejecución de un proyecto o programa y el logro de los resultados esperados”**⁹.

2.1.2 Marco estratégico

Como agencia de desarrollo, el UNFPA está presente en los países antes, durante y después de una emergencia. Esta particularidad le confiere una posición única para la prestación de servicios

⁹ Definiciones tomadas y adaptadas de UNFPA (2010)b. *Guidance Note on Sharing Good Practices in Programming*. New York: UNFPA, p. 4.

vitales de salud sexual y reproductiva y de prevención y respuesta a la violencia de género en situaciones humanitarias. Esto queda recogido en su mandato, que le asigna el liderazgo dentro de las Naciones Unidas en materia de salud sexual y reproductiva, además del liderazgo compartido con UNICEF en el Área de Responsabilidad de Violencia de Género¹⁰.

La Estrategia de Respuesta Humanitaria de Segunda Generación del UNFPA marcó un cambio operativo que trasladó el liderazgo en preparación y respuesta humanitaria, así como los programas de recuperación, desde la sede hacia las oficinas regionales, subregionales y nacionales. El objetivo general de este nuevo enfoque es fortalecer la preparación ante desastres en la programación de desarrollo de los países para estar en mejores condiciones de responder adecuadamente en caso de emergencia¹¹. De conformidad con el mandato del UNFPA, la violencia de género y la salud sexual y reproductiva son parte integrante de dicha estrategia.

Tanto la Estrategia Humanitaria del UNFPA para América Latina y el Caribe¹² como la Estrategia regional para prevenir y combatir la violencia sexual contra las mujeres¹³, y el PIMS conforman el marco general dentro del cual identificar y analizar las prácticas en las distintas áreas.

La Estrategia regional para prevenir y combatir la violencia sexual contra las mujeres en la región articula un conjunto de medidas en áreas críticas para erradicar la violencia sexual¹⁴. Sitúa la

¹⁰ Dentro del IASC, el UNFPA detenta responsabilidades en materia de violencia de género, salud reproductiva y la incorporación de la perspectiva de género.

¹¹ UNFPA (2012), *op. cit.*, p. 12.

¹² UNFPA (2009). *Emergency Preparedness, Response and Recovery in Latin America and the Caribbean 2009-2013*. New York: UNFPA.

¹³ UNFPA LACRO (2013). *UNFPA Latin America and the Caribbean Regional Strategy to Prevent and Address Sexual Violence against Women, 2011-2013*. Panama: UNFPA.

¹⁴ Entre las muchas formas de violencia de género, se da prioridad a la violencia sexual como una violación fundamental de los derechos humanos, un obstáculo para el desarrollo humano, económico y social de las mujeres y una prioridad de salud pública, de amplia magnitud en la región. UNFPA

violencia sexual en el centro de la agenda de derechos humanos para hacer frente a los desafíos y avanzar en la respuesta institucional a la violencia sexual en la región. La Estrategia es el marco principal de los programas de violencia de género en la región.

En consonancia con la Estrategia y el Plan Estratégico del UNFPA para abordar la violencia de género (2008-2011, extendido hasta 2013), la intervención en situación de emergencia, de conflicto y post-conflicto es una de las cinco áreas estratégicas a las cuales se ha dado prioridad. En particular, esto incluye el fortalecimiento de los sistemas de protección y de salud en situaciones humanitarias, de conflicto y post-conflicto.

En lo que a la región de América Latina se refiere, el UNFPA cuenta con una dilatada experiencia en fraguar alianzas intersectoriales sólidas para integrar la prevención y la atención. Ejemplos de estas alianzas son el Grupo Regional de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna (GRT), un mecanismo regional integrado por diferentes organismos de las Naciones Unidas, actores bilaterales y multilaterales, profesionales y organizaciones de la sociedad civil para reducir la morbilidad y mortalidad materna¹⁵, o el Fondo de Cooperación UNFPA/Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) que promueve y protege la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluida la protección contra la violencia sexual¹⁶.

2.1.3 Criterios de selección: buenas prácticas y lecciones aprendidas

Para calificar a una práctica de prometedora, innovadora o de éxito es necesario contar con estándares y criterios para evaluarla.

A falta de evaluaciones específicas de programas y enfoques, se utilizaron las características descritas a continuación para la identificación de buenas prácticas. Los criterios se definieron de manera conjunta con UNFPA LACRO a partir de la revisión de la documentación y las herramientas y enfoques metodológicos existentes para la recopilación y presentación de buenas prácticas, así como de la realidad de los programas de salud sexual y reproductiva y violencia de género según lo observado durante el ejercicio de mapeo.

En términos generales, para que un programa fuera considerado como buena práctica debía contar con una base empírica y aprovechar el conocimiento y la experiencia existentes en su campo de intervención para, a su vez, enriquecerlos. Además, dadas las áreas en las que se centra este estudio, los programas deben estar fundados sobre los principios de la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres, los derechos humanos y el uso de enfoques sensibles a las diferencias culturales, la diversidad, las cuestiones de población y el ciclo de vida (transversalización de la diversidad, edad, género). Todos estos principios se encuentran en la base de la labor del UNFPA y deben quedar reflejados en todos sus proyectos y programas.

En el siguiente cuadro se describe con precisión el significado de cada criterio y se plantean preguntas clave para ayudar a evaluar su aplicabilidad a los proyectos/programas identificados.

LACRO (2011). UNFPA Latin America and the Caribbean Regional Strategy to Prevent and Address Sexual Violence against Women, 2011-2013. Panama: UNFPA LACRO, p. 10.

¹⁵ Para más información sobre el GRT consúltese: <http://lac.unfpa.org/public/pid/4101>, consultado el 10 de septiembre de 2013.

¹⁶ Para más información sobre el Fondo UNFPA/AECID, consúltese <http://lac.unfpa.org/public/pid/5032>, consultado el 10 de septiembre de 2013.

Cuadro 1: Criterios de selección de buenas prácticas y lecciones aprendidas

Criterios	Descripción, justificación y tema	Preguntas clave
Pertinencia ¹⁷	<p>Alineación y coherencia con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia de Respuesta Humanitaria de Segunda Generación (UNFPA) - Estrategia Humanitaria (UNFPA ALC) - Estrategia Regional de Violencia Sexual (UNFPA) - Estrategia y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva (PIMS) - Otras áreas prioritarias, en su caso 	<p>¿En qué medida las actividades y productos/efectos son coherentes con las estrategias y prioridades de UNFPA LACRO, tanto para la violencia de género como para la salud sexual y reproductiva?</p>
Replicabilidad	<p>Potencial para su aplicación en otros contextos humanitarios</p> <p>El proyecto/programa sirve como un modelo eficaz para otros países/organizaciones</p>	<p>¿Cuál es el potencial de aplicación del proyecto/programa a otros contextos?</p> <p>¿Cuáles son los elementos clave para la replicabilidad?</p>
Impacto	<p>El diseño del programa se ha fundado en la recopilación y análisis de datos precisos, y se ha establecido una línea de base a partir de la cual medir el progreso</p> <p>Se han logrado avances y resultados significativos</p> <p>La población beneficiaria, en particular las mujeres, “sienten que se las recuerda, se les da prioridad y se les presta una buena atención”</p>	<p>¿En qué medida las actividades logran sus objetivos?</p> <p>¿Qué ha ocurrido como resultado del programa?</p> <p>¿Qué diferencia real ha producido la actividad en los beneficiarios?</p> <p>¿Fue la iniciativa oportuna¹⁸ y operativa/funcional para el logro de los objetivos propuestos?</p>
Colaboración y coordinación	<p>El proyecto / programa tiene un enfoque multisectorial/multinivel (por ejemplo, prestación de servicios, desarrollo de políticas, etc.) que integra y coordina a muy diversos profesionales y servicios a través de distintos sectores de intervención</p> <p>Se fomentan los vínculos y la integración entre los diferentes sectores, líneas de trabajo y actores</p> <p>Los procesos de coordinación, seguimiento y control están integrados en el diseño del proyecto y se mantienen durante todo el programa</p>	<p>¿Estaba la iniciativa coordinada con otros organismos (instituciones gubernamentales, ONU, ONG)?</p> <p>¿Se establecieron y mantuvieron las asociaciones pertinentes?</p> <p>¿En qué medida el UNFPA creó sinergias y actuó en la defensa de la atención a las necesidades y preocupaciones específicas de las mujeres en la respuesta a la emergencia?</p> <p>¿En qué medida el UNFPA ejerce una función de coordinación?</p>
Sostenibilidad	<p>El proyecto / programa se basa en la idea de que la emergencia, la transición y la recuperación constituyen un <i>continuum</i></p> <p>El proyecto/programa tiene en cuenta las intersecciones entre la SSR y la violencia de</p>	<p>¿En qué medida los beneficios del programa son sostenibles en el tiempo y una vez finalizada la intervención?</p> <p>¿Está la iniciativa contribuyendo a apoyar/construir las capacidades y</p>

¹⁷ Por lo general, se refiere al objetivo o propósito general de un programa.

¹⁸ Si bien la puntualidad y oportunidad suele ir implícita en el concepto de eficacia, no está de más considerarla de forma explícita, en especial por su importancia en los programas de emergencia. Del mismo modo, cuestiones como la dotación de recursos, la preparación y la coordinación (la última que se incluye en la asociación o colaboración), aunque no se consideran como criterios independientes, deben tenerse en cuenta.

	<p>género, así como con otros campos de trabajo pertinentes (por ejemplo, el VIH y el sida) y aprovecha las oportunidades disponibles de programación y dotación de recursos (conectividad)</p> <p>Hay un continuo potencial de impacto, a través del apoyo al desarrollo de las capacidades locales, la institucionalización del trabajo y la identificación de oportunidades para una continua obtención de recursos</p>	<p>oportunidades locales?</p> <p>¿Se proponen/ejecutan soluciones duraderas?</p>
Capacidad transformadora	<p>Se promueve un cambio en los distintos niveles: individual, colectivo, político, legislativo y social</p> <p>El proyecto/programa tiene como objetivo transformar las normas y relaciones de poder de género según lo obtenido del análisis exhaustivo del contexto</p> <p>Se facilita y fomenta la capacidad individual y colectiva para un cambio sostenible</p> <p>El enfoque del proyecto/programa pone de manifiesto, cuestiona y, en última instancia, transforma las normas y creencias de género perjudiciales</p>	<p>¿Es el enfoque de transformación apropiado y sensible culturalmente?</p> <p>¿Qué aspectos han cambiado como resultado del programa?</p> <p>¿Hay algún signo de cambio que pueda atribuirse al proyecto/programa?</p>
Apropiación y participación de la comunidad	<p>Conocimiento y análisis del contexto local</p> <p>El proyecto y la forma en que se implementa es cultural y socialmente aceptable</p> <p>Se busca, alimenta y monitorea la aceptación de la comunidad como parte esencial del programa</p> <p>Se cuenta con unos procesos operativos de comunicación bidireccional, transparencia y participación de la población beneficiaria de la ayuda, y con un sistema de quejas para fomentar la participación de las comunidades locales y asegurar la obtención información sobre los riesgos a los que se enfrentan las poblaciones</p> <p>Los grupos beneficiarios / comunidades conocen la existencia del proyecto y comprenden sus objetivos y las actividades implementadas en el marco del mismo</p> <p>Se cuenta con dispositivos de intercambio de información y desarrollo de habilidades para proveedores de servicios, autoridades, sectores legales y de salud y responsables políticos a nivel local</p>	<p>¿Está el proyecto fundamentado en un profundo conocimiento del contexto local?</p> <p>¿Cuánto y en qué medida se ha buscado la consulta activa con la población local y su participación?</p> <p>¿Se construyen y transfieren capacidades?</p> <p>¿Existen y se utilizan sistemas formales de quejas y sugerencias disponibles para la población beneficiaria?</p> <p>¿Están previstas sesiones periódicas para reflexionar, reevaluar y hacer los ajustes necesarios, también a partir de los comentarios y las consultas con la población beneficiaria?</p>

Además, se han tenido en cuenta las lecciones extraídas de la ejecución de proyectos y programas que pueden aportar o han aportado conocimiento e información útil —tanto positiva como negativa— para el proceso de aprendizaje de la organización. Las lecciones aprendidas se identificaron de acuerdo con los siguientes criterios:

1. **Valor/trascendencia:** algo que sea importante conservar para su uso en el futuro o que pueda ser relevante para otros países/organizaciones —resultados indeseables que deban evitarse, factores que obstaculizaron el proceso de ejecución, etc.—;
2. **Grado de precisión:** magnitud, calidad y exactitud de la información y la reflexión;

3. **Novedad:** un aspecto innovador que haya que retener y compartir para su replicabilidad.

Para facilitar la decisión y evitar la subjetividad en la selección de prácticas a documentar, se definió como buena práctica aquella que cumpliera cinco criterios o más, mientras que aquellas que cumplieran tres o cuatro de los siete criterios seleccionados serían calificadas como prácticas prometedoras. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, dado que la evaluación se basa en gran medida en la información proporcionada por las personas que respondieron a la encuesta, entrevistas y un pequeño número de documentos de proyecto, la misma dista mucho de ser exhaustiva o concluyente.

En el cuadro del anexo 6.3 se proporciona una descripción de la correlación entre cada práctica y los criterios establecidos.

2.2 Metodología

2.2.1 Análisis documental

Durante la primera fase del estudio (mayo-junio de 2013), se analizó la documentación disponible —documentos de proyecto, de política o de orientación, exámenes y evaluaciones—. Los recursos compartidos por UNFPA LACRO constituyeron una parte sustancial de la documentación analizada. Se incluyeron propuestas de proyectos elaborados en el marco de la respuesta a emergencias para la movilización de recursos (es decir, propuestas para los Fondos de Emergencia del UNFPA, el CERF y los llamamientos de emergencia), así como informes de progreso.

Los resultados del análisis documental contribuyeron tanto a la identificación de los actores clave, programas y recursos en materia de SSR y violencia de género en la región, como a la elaboración del cuestionario utilizado en la recopilación de datos y la definición de criterios para la identificación de buenas prácticas y lecciones aprendidas.

2.2.2 Encuesta regional

El análisis documental se completó con una encuesta regional para obtener información sobre los proyectos o programas ejecutados. La encuesta se elaboró a partir de la Nota de Orientación del UNFPA sobre intercambio de buenas prácticas en la programación y el modelo del UNFPA sobre buenas prácticas de programación¹⁹, así como de otros ejercicios similares que fueron identificados durante el análisis documental. Se incluyeron preguntas abiertas y espacio para que las personas encuestadas pudieran añadir información, cuando lo consideraran oportuno (el cuestionario de la encuesta está disponible en el anexo 6.2).

Entre las personas entrevistadas había oficiales de programas del UNFPA y puntos focales de temas humanitarios, género, salud sexual y reproductiva, educación y pueblos indígenas.

¹⁹ UNFPA (2010)b, *op. cit.*

Se solicitó a las oficinas de país que seleccionaran de uno a tres proyectos o programas en las áreas de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género de entre todos los ejecutados en los últimos cinco años (2008-2012) y que pudieran ser considerados como buenas prácticas de las que extraer lecciones²⁰. Se compartió con todas ellas una descripción general de los criterios que debían cumplir las buenas prácticas con el fin de ayudar en la selección.

El propósito de la encuesta era:

1. Recopilar prácticas y lecciones aprendidas sobre salud sexual y reproductiva y/o violencia de género que abarcaran tanto la preparación como la respuesta en situaciones de emergencia;
2. Identificar factores favorables y desfavorables, así como factores de éxito, en la ejecución de programas de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género;
3. Recopilar información sobre las capacidades del UNFPA y sus socios en materia de programación de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género para la preparación y respuesta ante emergencias;
4. Validar y complementar los resultados del análisis documental.

A raíz de la encuesta y del ejercicio de mapeo, y en consulta con UNFPA LACRO, se seleccionaron seis países para realizar entrevistas en profundidad²¹. La experiencia dice que, dado que la acción humanitaria rara vez está debidamente documentada, las entrevistas con informantes clave suelen ser una de las mejores maneras de entender exactamente lo que pasó y por qué²². Junto con análisis documental, las entrevistas en profundidad sirvieron para complementar la información obtenida a través de la encuesta, especialmente en relación con

²⁰ Véase la encuesta regional en el anexo 6.2.

²¹ Se seleccionó a Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá para mantener entrevistas en profundidad. La información sobre la oficina subregional del Caribe provino de una única entrevista en profundidad.

²² Cfr. ALNAP (2013). *Evaluation of Humanitarian Action – Pilot Guide*. London: ALNAP.

experiencias pasadas sobre las cuales podía haber faltado información, y ayudó a ampliar la información sobre las buenas prácticas y lecciones aprendidas existentes.

En todo momento se mantuvo una estrecha colaboración con UNFPA LACRO. Además de compartir la información y la documentación pertinente, la Oficina Regional desempeñó una función fundamental al facilitar la comunicación con las oficinas de país y la consolidación de insumos y comentarios de los actores clave durante los exámenes realizados en distintos momentos del estudio.

2.3 Alcance y limitaciones

El estudio se realizó entre mayo y octubre de 2013 y constó de dos fases. Durante la primera fase, se realizó el mapeo de las iniciativas ejecutadas en la región entre 2008 y 2012 gracias a un análisis en profundidad de los documentos de proyecto, incluidos informes y propuestas, y a las respuestas proporcionadas por las oficinas de país a través de la encuesta electrónica. En la encuesta, enviada a todas las oficinas del UNFPA en la región, se les solicitaba compartir de una a tres experiencias. De las 21 oficinas de país, solo siete respondieron al cuestionario electrónico y lo hicieron compartiendo una única experiencia²³. Entre las oficinas que no respondieron, algunas no habían experimentado ninguna situación de emergencia en los últimos cinco años y, por lo tanto, no tenían nada que aportar a la encuesta; otras no contaban con información completa y fiable debido a la alta rotación de personal durante las intervenciones de emergencia²⁴.

En una segunda fase, se identificaron una serie de buenas prácticas, prácticas prometedoras y lecciones aprendidas a partir del análisis documental, la encuesta electrónica y las entrevistas en profundidad con algunos informantes de los países seleccionados, .

²³ Más concretamente, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Perú.

²⁴ Es el caso de República Dominicana donde, al contactar a la oficina de país, se indicó que la mayoría del personal que había participado en la única emergencia relevante de los últimos cinco años, a saber, el terremoto de Haití en 2010, ya se había marchado, llevándose consigo la información cualitativa sobre la respuesta de emergencia.

En el marco de este estudio no se realizaron visitas a proyectos o programas específicos. Esto, sumado a la escasez de documentación sobre prácticas observada en toda la región de América Latina y el Caribe, ilustra algunos de los retos con los que se ha encontrado el estudio para lograr una descripción más completa y exhaustiva de las experiencias efectivamente apoyadas por el UNFPA en la región en los últimos cinco años. Este es otro de los motivos por los cuales el estudio se centra principalmente en las actividades y no contiene más que algunas observaciones acerca de los resultados. De manera similar a lo que ocurre en muchos lugares del mundo con la acción humanitaria, en América Latina y el Caribe las evaluaciones en esta materia también son escasas y, existente realizarse, suelen centrarse más en actividades y resultados que en el impacto de las intervenciones en la población beneficiaria²⁵. A pesar de todo, la combinación de encuestas electrónicas y entrevistas con el personal de terreno de las oficinas de país seleccionadas proporcionaron la oportunidad de ampliar el análisis y profundizar en algunos aspectos que no estaban tan claros o que no se hubieran podido observar de otra manera.

Este estudio recoge únicamente las iniciativas implementadas o financiadas directamente por el UNFPA. Como se señaló anteriormente, dado el reducido número de evaluaciones o estudios sobre los programas de SSR y violencia de género en situaciones humanitarias en la región, el presente trabajo se nutre principalmente de la información proporcionada por el personal del UNFPA, tanto de la oficina regional como de las oficinas de país (véase la sección 2.2 para una descripción de la metodología). La encuesta y las entrevistas en profundidad resultaron esenciales para la selección y el análisis de las buenas prácticas.

Si bien la metodología adoptada (véase la sección 2.2 para una descripción más detallada) contribuyó positivamente a delimitar el alcance del estudio y a plasmar la voz de las personas que participan en la ejecución de las intervenciones de

²⁵ Cfr. Hoffmann C. et al. (2004). *Measuring the Impact of Humanitarian Aid – A Review of Current Practice*. London: HPG-ODI.

emergencia, la misma no estuvo exenta de limitaciones. En primer lugar, dado que la participación dependía de la voluntad y la disponibilidad de las personas encuestadas, es posible que algunas experiencias relevantes no hayan sido identificadas ni analizadas. Por lo tanto, que una iniciativa o país no aparezca en el estudio, no significa necesariamente que una determinada experiencia no sea destacable o que un país no cuente con experiencias reseñables. En segundo lugar, al dejar libertad para que las personas encuestadas seleccionaran la información que consideraran oportuna, puede haber espacio para la parcialidad y subjetividad en la selección de experiencias e información reportada. A modo de ejemplo, algunas conversaciones mantenidas con UNFPA LACRO revelaron que, si bien Bolivia, Colombia y Perú habían realizado actividades con enfoques similares a los de otros países, por ejemplo en las áreas de salud sexual y reproductiva y poblaciones indígenas²⁶, habían decidido priorizar otras experiencias.

Tomando esto en consideración, el estudio podría adolecer de sesgos en la selección de experiencias debido a que no se recurrió a un método aleatorio o representativo para seleccionar las personas de referencia ni las prácticas. Por otra parte, la información proporcionada no agota la variedad de iniciativas del UNFPA en la región. No obstante, el equipo de investigación opina que este informe refleja adecuadamente el nivel de intercambio de información y documentación que existe en la región, al tiempo que ofrece una relación precisa de lo que las oficinas de país decidieron dar a conocer y de lo que no.

Por último, si bien las prácticas y lecciones que se contemplan en este estudio se han documentado de forma independiente y por un período de tiempo determinado, no deben analizarse de forma aislada. Son más bien el resultado de un proceso continuo de experimentación, aprendizaje y transferencia de conocimiento al cual este estudio pretende contribuir.

3 Principales resultados

Los resultados están divididos en función de las dos fases que caracterizan el estudio: el mapeo y la selección y análisis de buenas prácticas en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones de emergencia en la región.

Entre los resultados figuran:

1. Algunas consideraciones generales extraídas del análisis del mapeo de prácticas de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones humanitarias en América Latina y el Caribe;
2. Un resumen de las prácticas seleccionadas en torno a aspectos clave encontrados en diferentes países. En el anexo 6.3 se presenta un resumen de todas las prácticas seleccionadas y su calificación, es decir, si cumplen o no alguno de los siete criterios de buenas prácticas —pertinencia, replicabilidad, impacto, colaboración y coordinación, sostenibilidad, transformación, apropiación y responsabilidad de la comunidad—;
3. Una descripción más a fondo de un reducido número de prácticas, según su pertinencia y la información disponible;
4. Lecciones extraídas de la implementación de proyectos específicos;
5. Una visión general de los retos de la programación en salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones humanitarias en la región en los últimos cinco años.

²⁶ Esta información fue compartida con el equipo de investigación de UNFPA LACRO.

Cabe mencionar la existencia de algunas limitaciones. Para la mayoría de los proyectos que se consideraron en este estudio (CERF y llamamientos de emergencia o Flash Appeals) solo estaban disponibles las propuestas de proyectos, ya que la información acerca de su ejecución real resultó ser escasa o nula.

De los siete proyectos estudiados, dos estaban financiados a través del CERF, por lo que la información proporcionada a través de la encuesta fue muy útil para completar a la incluida en las propuestas de proyectos. Los cinco restantes eran bien lo que se ha llamado “otros UNFPA” o proyectos para los que no se disponía de otra información aparte de la aportada a través de la propia encuesta.

Como resultado de lo anterior, aunque el mapeo consideró todos los proyectos de manera indiscriminada, para la selección y el análisis de buenas prácticas decidió dar prioridad a las iniciativas mencionadas en las encuestas u otros informes o documentación.

Por último, es importante tener en cuenta que muchos de los resultados que aquí se presentan reflejan las opiniones y percepciones individuales según la metodología adoptada. A falta de trabajo sobre el terreno, el equipo de investigación tuvo que depender de los aportes del personal de UNFPA, así como del análisis de los documentos existentes

3.1 Mapeo de las iniciativas humanitarias de salud sexual y reproductiva y violencia de género en América Latina y el Caribe

A partir del análisis documental y la encuesta regional se identificaron un total de 55 proyectos implementados en situaciones de emergencia en la región de América Latina y el Caribe en los últimos cinco años (gráfico 1)²⁷.

Haití y Guatemala son los países con el mayor número de proyectos en salud sexual y reproductiva y/o violencia de género. Ambos países registran una larga historia de emergencias —Haití ha vivido una crisis prolongada durante los últimos 20 años²⁸, agravada por el terremoto de 2010,

mientras que Guatemala ha padecido seis desastres naturales en los últimos cinco años—. En el otro extremo, países como Chile, Ecuador, Honduras, Panamá y Venezuela, aportaron respectivamente un solo proyecto humanitario en salud sexual y reproductiva y/o violencia de



Gráfico 1: Total de programas de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género identificados, organizados por país.1

género para el período considerado. La mayoría de estos proyectos están clasificados en el área de preparación ante emergencias.

Solo a partir de 2008, UNFPA LACRO comenzó a colaborar de manera sistemática con las oficinas de país para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones humanitarias. La atención prestada a ambos temas se mantuvo razonablemente estable entre 2008 y 2011, con una serie de intervenciones *ad hoc* para responder a emergencias inmediatas, mientras que en 2012 se registró un cierto aumento de las

intervenciones (véase el gráfico 2).

En realidad, mientras que el promedio del número de proyectos en respuesta a una emergencia específica en 2012 fue similar al de años anteriores, tres oficinas de país, a saber, Bolivia, Perú y Venezuela, también

comenzaron la ejecución de proyectos en

materia de preparación para situaciones de emergencia que incluían aspectos de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género.

Además de las intervenciones *ad hoc*, algunos países, como Colombia, El Salvador, Panamá y la Oficina Subregional para el Caribe planificaron y ejecutaron intervenciones a más largo plazo orientadas principalmente a fomentar la capacidad de los actores locales para abordar con eficacia la salud sexual y reproductiva y/o la violencia de género en situaciones de

²⁷ Los proyectos analizados se llevaron a cabo en 14 países, además de los países de habla inglesa y neerlandesa que forman parte de la subregión del Caribe, sumando un total de 36 países.

²⁸ Harmer A. et al. (2004). *Beyond the Continuum – The Changing Role of Aid Policy in Protracted Crises*. London: HPG-ODI.

emergencia. Por último, algunos proyectos *ad hoc* sentaron las bases para nuevas actividades en el futuro. Uno de estos ejemplos proviene de Ecuador. En 2008, la iniciativa para promover la protección de las mujeres, las personas jóvenes y la niñez contra la violencia de género en los refugios establecidos en respuesta a la temporada de invierno, sentó las bases de una estrategia nacional para responder a las cuestiones relacionadas con la violencia de género en situaciones de emergencia, desarrollada en 2012. Del mismo modo, un proyecto implementado en Haití en 2008 para establecer y fortalecer la capacidad de respuesta de los grupos de jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género en situaciones de emergencia permitió que el mismo grupo de jóvenes se movilizara en respuesta al terremoto de 2010²⁹.

No hay constancia de proyectos sobre salud sexual y reproductiva y violencia de género en los llamamientos que se activaron en respuesta a las situaciones de emergencia que afectaron a Honduras y Paraguay durante los años 2008, 2009, 2010 y 2012.

En lo que respecta a la capacidad, todas las oficinas de país de la región cuentan con puntos focales para asuntos humanitarios; sin embargo, esta función suele ser una responsabilidad

añadida a otros temas más que una ocupación a tiempo completo. En cuanto a los dos únicos países que disponen de un puesto a tiempo completo para los asuntos humanitarios, Colombia contrató a un voluntario local de las Naciones Unidas (VNU), y Haití no renovó el contrato de la funcionaria de asuntos humanitarios para 2014.

Una nota metodológica antes de profundizar en el análisis del mapeo: los porcentajes indicados a continuación representan el peso de cada valor que describe una variable con respecto al número total de proyectos analizados³⁰. Resultaba necesario adoptar esta forma de contabilización, ya que en cada uno de los proyectos ciertas variables (por ejemplo, tipo de actividades, sectores de intervención o población objetivo) podían ser descritas por una multiplicidad de valores. Así, por ejemplo, dado que a menudo los proyectos implican más de un tipo de actividad (variable), cada actividad (valor) se consideró por separado en el análisis. Por este motivo, los porcentajes no suman 100 % en todos los casos.

El Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia (*Central Emergency Response Fund - CERF*) es el principal mecanismo de financiación utilizado por el UNFPA para ejecutar intervenciones humanitarias en salud sexual y reproductiva y/o violencia de género en la

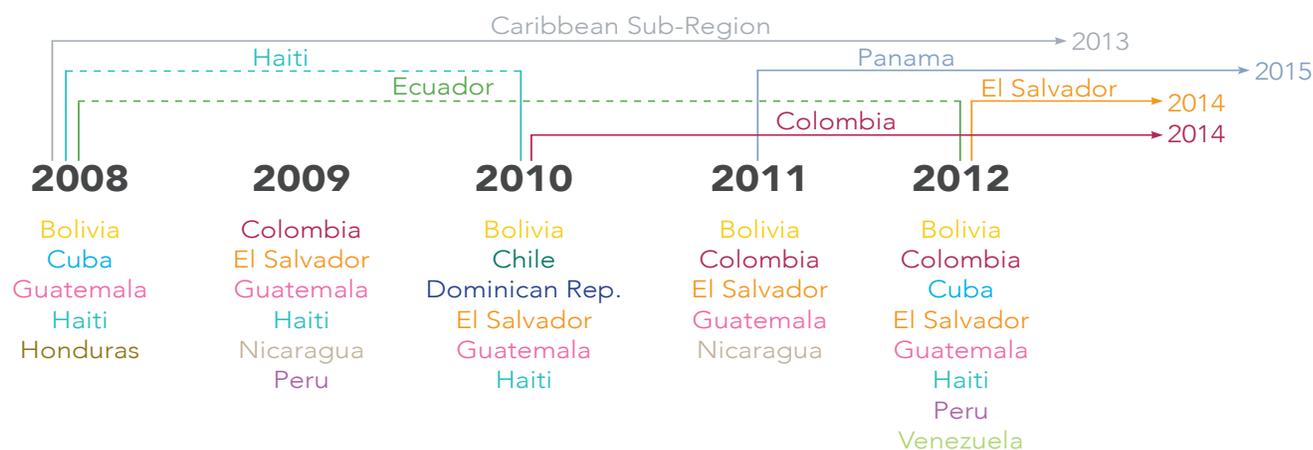


Gráfico 2: Proyectos de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género ejecutados desde 2008

²⁹ UNFPA (2010)a. *Good Practices – Global Meeting 2010*. New York: UNFPA, p. 61.

³⁰ Más específicamente, se calculó la cantidad de veces que se mencionaron diferentes valores en proyectos; y este valor se dividió por el número total de proyectos.

región³¹. De acuerdo con el gráfico 3, la mitad de los proyectos analizados fueron financiados a través de contribuciones del CERF, el 25,5 % a través de llamamientos de emergencia en respuesta a crisis específicas, mientras que el 23,6 % fueron financiados directamente por el UNFPA, al margen de llamamientos específicos. Estos últimos son en su mayoría proyectos de preparación. Algunas excepciones son los proyectos ejecutados en República Dominicana en respuesta al terremoto de Haití en 2010, en Ecuador (2012), Haití (2008-2010) y Perú (2009), que también fueron intervenciones de respuesta.

A raíz de lo anterior, la mayoría de las acciones analizadas (87,3 % o 48 de 55) se ejecutaron en la fase de respuesta, con tendencia a ser intervenciones de corto plazo (de seis meses a un año). Curiosamente, solo el 7,3 % de estos proyectos (4 de 55) incluye también una visión de mediano y largo plazo, y combina actividades de respuesta con actividades de recuperación y rehabilitación.

Una quinta parte de las iniciativas identificadas estaban orientadas a la preparación, mientras que solo cuatro proyectos (7,3 %) contaban con actividades de preparación y respuesta. Se trata del Sistema de gestión de datos sobre violencia basada en género (GBVIMS, por sus siglas en inglés) establecido en Colombia para recoger información sobre violencia de género de una manera sistemática y uniforme³²; la integración de la violencia de género en los planes de respuesta de emergencia en Nicaragua para hacer frente a la Depresión Tropical 12 E de 2011; y los dos proyectos descritos anteriormente de Ecuador y Haití.

Dado que tanto la salud sexual y reproductiva como la violencia de género son áreas prioritarias

del UNFPA, los proyectos de emergencia aquí analizados prestan una atención similar a ambos temas: el 69,1 % de las iniciativas (38 de 55) abordan la salud sexual y reproductiva y el 65,5 % (36 de 55) la violencia de género. Sin embargo, mientras que el 34,5 % (19 de 55) y el 27,3 % (15 de 55) de los proyectos abordan bien la salud sexual y reproductiva bien la violencia de género de manera exclusiva, el 34,5 % de las intervenciones (19 de 55) aborda ambas áreas de manera conjunta. Cabe mencionar que solo en el 9,1 % de los casos (5 de 55) se citó de forma específica la salud mental, y siempre ligada a iniciativas sobre violencia de género, ya fuera de forma independiente o en conjunción con la salud sexual y reproductiva. Por lo general, las actividades relacionadas con la salud mental se limitan a la asistencia psicosocial a las supervivientes de violencia de género. La experiencia de Guatemala es una excepción, ya que la asistencia no se centró exclusivamente en la violencia de género, sino que también se ocupó de paliar la angustia causada por la pérdida de familiares, propiedades y medios de vida.

Mientras que los proyectos de salud sexual y reproductiva se centran de manera natural en las necesidades relacionadas con la salud de la población afectada, los proyectos analizados sobre violencia de género se ejecutan bien desde una perspectiva de salud (50 %) bien desde una

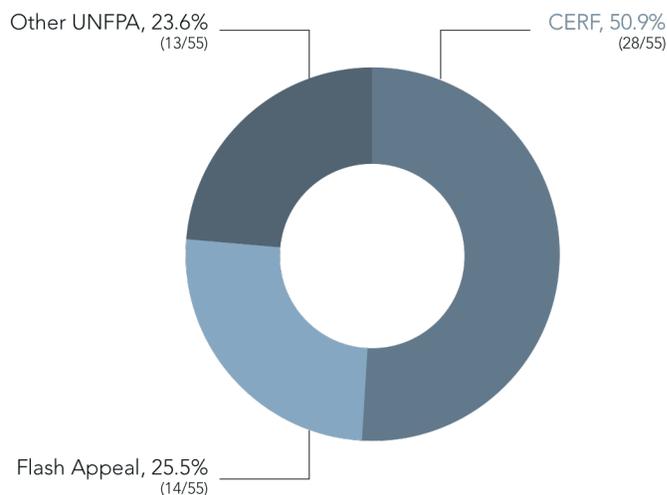


Gráfico 3: Marcos utilizados para implementar proyectos de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género.2

³¹ Las subvenciones del CERF están concebidas para complementar —no para reemplazar— la financiación disponible a través de mecanismos como el procedimiento de llamamientos unificados (CAP)/Plan Común de Acción Humanitaria (CHAP), los llamamientos de emergencia y los fondos mancomunados. Así, en la práctica, incluso los proyectos financiados por el CERF también reciben fondos de otras fuentes, como el UNFPA y otros fondos comunes.

³² La implementación del GBVIMS puede considerarse como una actividad de preparación ya que los actores locales que se ocupan de los supervivientes de la violencia de género están formados y preparados en el uso de la herramienta, y al mismo tiempo, como una actividad de respuesta ya que ayuda a mejorar la respuesta a la violencia de género.

perspectiva de protección (50 %) ³³. Entre los proyectos de violencia de género relacionados con la salud figuran, por ejemplo, el manejo clínico de la violación o la distribución de profilaxis post-exposición (PPE). Por su parte, los proyectos de violencia de género relacionados con la protección incluyen un conjunto muy diverso de actividades que van desde la sensibilización sobre la violencia de género a la adecuada iluminación de aseos, pasando por la creación de capacidades en prevención y respuesta a la violencia de género en situaciones de emergencia.

El gráfico 4 muestra un resumen de los principales **sectores de intervención**. No obstante, es importante tener en cuenta que estos sectores reflejan en su mayoría el tipo de actividades realizadas, pero no se trata de una clasificación formal ³⁴. Esto también es debido al

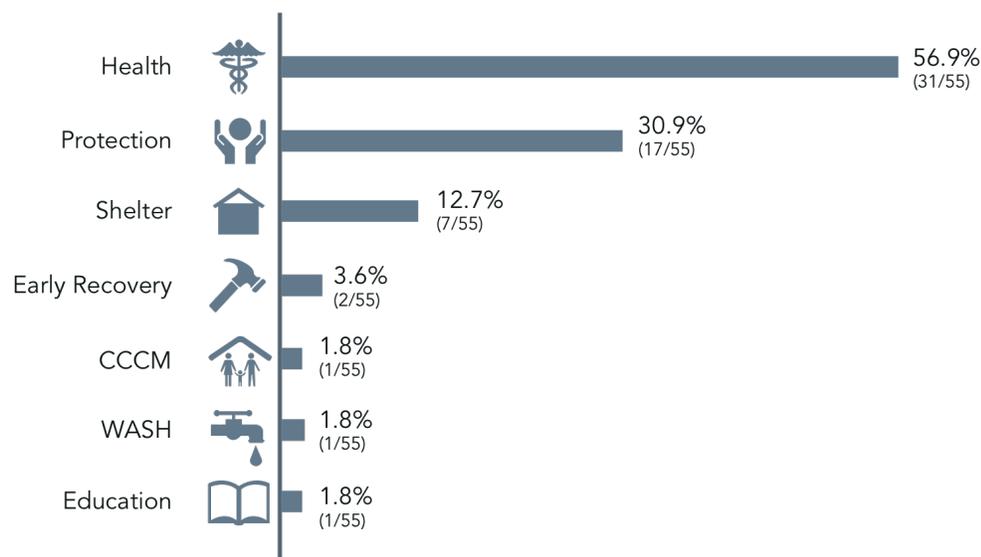


Gráfico 4: Principales sectores de intervención de los proyectos de salud sexual y reproductiva y violencia de género³

³³ Si bien el proyecto ejecutado en Nicaragua en 2011 en respuesta a la depresión tropical 12E iba dirigido a tratar la violencia de género, tanto desde el punto de vista de la salud como de la protección, el proyecto GBVIMS de Colombia no tiene una perspectiva de este tipo, ya que se trata de una mera herramienta para recopilar datos.

³⁴ Aunque los proyectos ejecutados a través del CERF o de llamamientos de emergencia se clasifican de acuerdo con el sistema de grupos humanitarios de las Naciones Unidas, en este análisis no se mantuvo la clasificación formal debido a que la intención era poner de relieve el tipo de actividades que realmente se habían ejecutado. A modo de ejemplo, no resultaba inusual raro que los proyectos clasificados en el grupo de vivienda incluyeran también actividades de protección o de salud.

hecho de que no en todas partes se activan todas las áreas del ámbito humanitario ³⁵. Por ejemplo, en Nicaragua no se había creado una unidad de protección, por lo que las actividades de este tipo recaían en los equipos de salud y de vivienda, incluso cuando tenían un claro componente de protección.

La salud es, con mucho, el sector de intervención más habitual. Esto es coherente con el hecho de que la mayoría de las intervenciones humanitarias del UNFPA se pueden identificar como intervenciones en salud sexual y reproductiva, y la mitad de los proyectos sobre violencia de género están relacionados con la salud. Del mismo modo, dado que la otra mitad de los proyectos sobre violencia de género están relacionados con la protección y que el UNFPA co-dirige el área de responsabilidad de violencia de género ³⁶ bajo el clúster de protección, se puede inferir que la

protección es el segundo sector de intervención más habitual. El 12,7 % de los proyectos analizados se encuentra dentro del sector de la vivienda, mientras que los restantes recaen supuestamente en las áreas de recuperación temprana, coordinación y gestión de campamentos (CCCM, por sus siglas en inglés), agua, saneamiento e higiene (WASH, por sus siglas

en inglés), y educación.

En cuanto a los **tipos de actividades**, el desarrollo de capacidades sobresale como la actividad más común y se cita en el 67,3 % de los proyectos (37 de 55). Entre los ejemplos de

³⁵ Para una explicación general de los grupos de respuesta humanitaria véase <http://www.humanitarianresponse.info/clusters>, consultado el 1 de agosto de 2013.

³⁶ Con la colaboración de UNICEF.

actividades de desarrollo de capacidades destacan la formación de formadores, el fortalecimiento o la creación de capacidades de actores nacionales, como el Ministerio de Salud o de Asuntos Sociales y de la Mujer, o la elaboración de manuales y guías para apoyar la ejecución de intervenciones de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género en situaciones humanitarias, entre otros. Tal y como establece su mandato, el desarrollo de capacidades es parte integral de la labor del UNFPA³⁷. La distribución de artículos es la segunda actividad más citada y está presente en el 54,5 % de las intervenciones humanitarias (30 de 55). Kits de PIMS y de dignidad, linternas, carpas, etc. son algunos de los ítems más distribuidos. Aparecen en tercer lugar la prestación de servicios y la sensibilización, ambas incluidas en el 47,3 % de las iniciativas (26 de 55). Dentro de la primera categoría figuran la prestación de apoyo psicosocial, la atención médica y los servicios de planificación familiar a la población afectada, mientras que la segunda abarca actividades como la difusión de cuñas radiales, la elaboración de material informativo y de sensibilización en varias lenguas, incluidas las indígenas, y la preparación de material de información, educación y comunicación (IEC). Algo más de una cuarta parte de los proyectos (25,5 % o 14 de 55) comprenden actividades de recolección y análisis de datos, por ejemplo, el mapeo de los servicios y recursos disponibles, o la evaluación de los riesgos de protección. Otras de las actividades que se identificaron, aunque con menor frecuencia, fueron la asistencia técnica (12,5 %, 7 de 55), el desarrollo de políticas y estrategias (7,3 %, 4 de 55), y la coordinación (3,6 %, 2 de 55). En concreto, la asistencia técnica prestada por el UNFPA consistió en el apoyo a los gobiernos nacionales en la adquisición y administración de artículos de salud sexual y reproductiva para responder a las emergencias, el fortalecimiento de los mecanismos para integrar los temas de salud

³⁷ El mandato del UNFPA afirma que la organización tiene el objetivo de "construir el conocimiento y la capacidad de responder a las necesidades de planificación familiar y de la población". Apartado de preguntas frecuentes del UNFPA <http://www.unfpa.org/public/about/faqs#mandate>, consultado el 24 de julio de 2013.

sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones de emergencia, o el desarrollo de herramientas de recopilación de datos y de evaluación rápida de necesidades, entre otros.

Las actividades están dirigidas principalmente a la población afectada por la emergencia, con atención a cada grupo específico de personas en función de sus necesidades y vulnerabilidades particulares. El 58,2 % (32 de 55) de los proyectos tiene en cuenta a las mujeres como grupo objetivo, mientras que las personas jóvenes y adolescentes, principalmente las niñas, son el foco de atención del 30,9 % (17 de 55) de los proyectos. Esto es coherente con la reciente directiva de la política del UNFPA de ampliar y mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes, también en situaciones humanitarias³⁸. Los hombres también son el foco de algunas intervenciones específicas, aunque en menor medida (9,1 %, 5 de 55). Por último, solo en algunos casos las intervenciones están dirigidas a otros grupos con necesidades y vulnerabilidades específicas, como personas con discapacidad (3,6 %, 2 de 55), personas adultas mayores (3,6 %, 2 de 55) y pueblos indígenas (1,8 %, 1 de 55).

Otras de las actividades van dirigidas a prestadores de servicios (36,4 %, 20 de 55), como el personal de salud —enfermeras y parteras, parteras tradicionales, entre otros—. Estas actividades están destinadas a reforzar sus capacidades en tareas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y la violencia de género. Por ejemplo, las parteras tradicionales recibieron capacitación sobre cómo garantizar una labor de parto segura en situaciones de emergencia y en el uso de los kits de parto previamente distribuidos, mientras que el personal de salud recibió capacitación sobre cómo tratar a supervivientes de la violencia de género de manera segura y ética. Otros de los grupos beneficiarios fueron las entidades públicas (23,6 %, 13 de 55), incluidos los mecanismos de defensa civil (5,5 %, 3 de 55), ONG locales

³⁸ Esto se describe en el resultado 6 "La mejora del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y la educación sexual para los jóvenes (incluidos los adolescentes)" de la Estrategia Humanitaria del Fondo "Segunda Generación". UNFPA (2012), op. cit., p. 19.

(7,3 %, 4 de 55) y personas con posición de liderazgo en sus comunidades (9,1 %, 5 de 55).

En una amplia mayoría de los casos (65,4 %, 36 de 55), UNFPA encomienda la **implementación** de los proyectos a diversos actores locales, entre los que figuran entidades locales como ONG, Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, organizaciones comunitarias e institutos de investigación (34,5 %, 19 de 55), actores de la sociedad civil, como voluntarios o profesionales de la salud (3,6 %, 2 de 55). En el 27,3 % de los proyectos analizados (15 de 55), no se especificaba la naturaleza de los actores locales. Otros de los actores locales son organismos del gobierno (49,1 %, 27 de 55), como ministerios o autoridades locales en el 38,2 % de los casos (21 de 55), mecanismos nacionales de protección civil en el 9,1 % (5 de 55) y fuerzas armadas (1,8 %, 1 de 55). El UNFPA se ocupa directamente de la implementación del 61,8 % de los proyectos considerados (34 de 55), entre cuyas actividades destacan el suministro de insumos, el desarrollo de capacidades de los actores locales y la sensibilización sobre temas de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género. Otros organismos del sistema de las Naciones Unidas aparecen como ejecutores en el 14,5 % de los proyectos (8 de 55).

Entre los **socios** de implementación de las intervenciones de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género en situaciones humanitarias destacan organismos de las Naciones Unidas, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en el 14,5 % de los casos (8 de 55), organismos gubernamentales, como ministerios de salud o ministerios de asuntos de la mujer (30,9 %, 17 de 55), mecanismos de defensa civil (3,6 %, 2 de 55) y actores locales (10,9 %, 6 de 55), principalmente organizaciones comunitarias. La colaboración abarca desde una mejor coordinación entre el UNFPA y los socios para garantizar una respuesta humanitaria más concertada, integral y eficaz a las necesidades de la población afectada, evitando solapamientos y despilfarro de recursos, para la provisión de

insumos técnicos a los programas del UNFPA, hasta el intercambio de información para mejorar la planificación de las intervenciones, aspectos logísticos de materiales y personal, la gestión de los fondos recibidos a través de los fondos comunes y el seguimiento de la ejecución de los proyectos.

UNFPA LACRO también desempeña una función clave en la ejecución de iniciativas de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género en contextos humanitarios en la región. En la mayoría de los casos (90,9 %, 50 de 55), la contribución consistió en la prestación de asistencia técnica y programática, como apoyo para la preparación de propuestas de proyectos, el cálculo de kits necesarios, estimaciones de población beneficiaria, el desarrollo de herramientas de recopilación de datos y evaluación rápida de necesidades, o apoyo para la elaboración de los informes de situación (SitRep), entre otros. En casi una cuarta parte de las iniciativas (23,6 %, 13 de 55), LACRO brindó apoyo operativo a la respuesta. En el 20 % de los casos examinados (11 de 55), LACRO facilitó la coordinación entre las oficinas de país y la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) u otros actores humanitarios a través del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Riesgos, Emergencias y Desastres para América Latina y el Caribe (REDLAC)³⁹. Por último, pero no menos importante, UNFPA LACRO financió directamente algunas intervenciones en salud sexual y reproductiva y/o violencia de género (16,4 %, 9 de 55).

El cuadro 2⁴⁰ muestra las **fuentes de financiación** y la cobertura de los proyectos de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género identificados en el mapeo. Se mencionan

³⁹ Creada en 2003, REDLAC es una plataforma para el intercambio de información, la planificación conjunta y actividades comunes de preparación, mitigación y respuesta ante desastres naturales en la región de América Latina y el Caribe.

⁴⁰ En una nota metodológica, los proyectos a largo plazo que están en curso en el momento de la redacción de este estudio no se han incluido en el análisis de las fuentes de financiación, ya que pueden variar durante la ejecución. Para los proyectos concluidos, se consideró para el análisis el primer año del proyecto. Por último, para seis proyectos no se contaba con este tipo de información, por lo que no se incluye aquí.

el CERF, los llamamientos de emergencia, agencias de las Naciones Unidas distintas del UNFPA y los gobiernos afectados como fuentes de financiación externa al UNFPA. Como fuentes internas del UNFPA se hace referencia a los fondos procedentes de UNFPA LACRO, las oficinas de país y la Subdivisión de Contextos Humanitarios y Frágiles (HFCB, por sus siglas en

inglés). Para cada año y cada fuente de financiación, se ha calculado el promedio de los fondos conseguidos con respecto al importe total de los fondos solicitados para los proyectos, con el correspondiente desglose. Esto permite tener una visión general de las tendencias y observar las diferencias entre los distintos proyectos.

Cuadro 2: Fuentes de financiación y cobertura de los proyectos de salud sexual y reproductiva y violencia de género por año, 2008-2012

		2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	
Externas	CERF	72,1; 11,3	79,9; 42,7; 84,5; 58,3	47,9; 26,2; 71,5; 16,7; 19,9; 3,2; 5,7; 61,2	16; 7,6; 66; 50,3; 59,5; 78,2; 58,2; 55,6	92,4; 22,5	
		Promedio: 41,7	Promedio: 66,4	Promedio: 31,5	Promedio: 48,9	Promedio: 59	
	Llamamientos de emergencia	100; 42; 71	39,5; 43; 5,8	42; 100; 25; 69; 107; 100; 73; 9; 88; 9			53; 100
		Promedio: 71	Promedio: 29,4	Promedio: 62,2			Promedio: 76,5
	Agencias de la ONU	12,5			3,8		
		Promedio: 12,5			Promedio: 3,8		
	Gobierno	25					71,4
		Promedio: 25					Promedio: 71,4
UNFPA	LACRO	62,5			44,4	90,2; 7,5; 19,1; 100; 29,3	
		Promedio: 62,5			Promedio: 44,4	Promedio: 49,2	
	Oficinas de país				22,6; 21,8; 41,8	9,8; 28,6; 80,9; 70,7	
					Promedio: 28,7	Promedio: 47,5	
	HFCB		21,1; 17,8; 41,7	131,4		19,9	
			Promedio: 26,9	Promedio: 131,4		Promedio: 19,9	

CERF es la única fuente de financiación que se ha mantenido estable a lo largo de los años. Los

llamamientos de emergencia (*Flash Appeals*) también son habituales, aunque con una

distribución temporal irregular. Por ejemplo, la gran mayoría de los fondos procedentes de llamamientos de emergencia datan de 2010, coincidiendo con el terremoto de Haití, que sigue siendo la emergencia que más fondos ha recibido durante los últimos cinco años⁴¹. Además de estos, solo el Gobierno de Ecuador aportó fondos para el proyecto de dos fases descrito anteriormente junto con ONU Mujeres; mientras que en Bolivia, UNICEF financió una pequeña parte de la respuesta a las inundaciones de 2011 causadas por el fenómeno de La Niña. En cuanto a los fondos internos del UNFPA, los procedentes de LACRO y de las oficinas de país se han concentrado principalmente en los últimos dos años y HFCB no ha contribuido de manera significativa a los presupuestos de los proyectos (con la excepción del proyecto ejecutado en la República Dominicana, una vez más en respuesta al terremoto de Haití de 2010). En conclusión, los fondos “externos” al UNFPA han representado una fuente regular y fiable de financiación, mientras que los fondos del UNFPA para intervenciones de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género a nivel nacional y regional han ido aumentando en los últimos dos años.

Como se mencionó anteriormente, el estudio se centra principalmente en las actividades (véase la sección 1.3 para una explicación de las limitaciones). Sin embargo, no está de más incluir aquí algunas consideraciones sobre los resultados obtenidos a través de las actividades de salud sexual y reproductiva y/o violencia de género en situaciones de emergencia durante los últimos cinco años en la región. De hecho, se han señalado actividades que habrían tenido bien un impacto directo sobre la población beneficiaria, bien algún impacto institucional sobre los actores involucrados en la respuesta de emergencia. Aunque las poblaciones afectadas son el principal público beneficiario de las iniciativas humanitarias del UNFPA en la región, rara vez queda

documentado el impacto que las intervenciones tienen sobre ellas. Algunas excepciones a esto son: el proyecto GBVIMS en Colombia, gracias al cual se registraron mejoras en la vida de supervivientes de violencia de género y en los servicios de violencia de género; el proyecto de apoyo psicosocial llevado a cabo en Guatemala en respuesta a la depresión tropical 12E, donde las mujeres tuvieron la oportunidad de conocer los mecanismos de prevención y respuesta de la violencia de género gracias a las sesiones de sensibilización impartidas por el proyecto; y las mejoras observadas en los albergues de Nicaragua, específicamente en lo que respecta a la protección contra la violencia de género.

Por su parte, el impacto en las instituciones y actores involucrados en la respuesta de emergencia está más documentado. El resultado más citado es la inclusión de la salud sexual y reproductiva y la violencia de género en los planes nacionales de preparación y respuesta ante emergencias, bien como objetivo explícito de la actividad o como resultado de las actividades de desarrollo de capacidades y sensibilización llevadas a cabo por el UNFPA. Por ejemplo, los actores estatales de Bolivia, en colaboración con el UNFPA y otros organismos humanitarios, han desarrollado una estrategia de atención a la violencia de género, tanto para la fase de preparación como para la de respuesta, así como un “acuerdo de compromiso” para su puesta en funcionamiento. Cinco países de la subregión del Caribe que se beneficiaron de actividades de capacitación incluyeron protocolos de salud sexual y reproductiva en sus planes nacionales de contingencia. Además, gracias al compromiso a largo plazo tanto con la erradicación de la violencia de género como con los actores humanitarios, las actividades nacionales de preparación de Nicaragua tuvieron en cuenta la prevención y respuesta a la violencia de género. Otro resultado habitual es el cambio de mentalidad y percepción de la salud sexual y reproductiva y de la violencia de género: después de la realización de actividades sistemáticas de capacitación y sensibilización, algunos países de la subregión del Caribe reconocieron la salud sexual y reproductiva como una cuestión vital en la preparación y la respuesta ante desastres, y

⁴¹ Más información sobre las tendencias de financiación de la región por año, véase el [Financial Tracking Service Trend Analysis](http://fts.unocha.org/pageloader.aspx?page=Trend-TrendAnalysis) en <http://fts.unocha.org/pageloader.aspx?page=Trend-TrendAnalysis>. Además, en 2010, Haití fue el principal receptor de la ayuda humanitaria oficial de todo el mundo, <http://www.globalhumanitarianassistance.org/countryprofile/haiti>, consultado el 1 de agosto de 2013.

reconocieron el papel de liderazgo del UNFPA en este ámbito. En El Salvador, no solo las personas que participan en la respuesta de emergencia en salud sexual y reproductiva y violencia de género están solicitando capacitación, sino que también algunos de las personas que participaron en los talleres han declarado que la capacitación tuvo un impacto positivo en su vida personal y produjo un cambio en su manera de ver la salud sexual y reproductiva y la violencia de género.

3.2 Buenas prácticas y lecciones aprendidas

En esta sección, se presentan y analizan las buenas prácticas y lecciones aprendidas sobre

violencia de género y salud sexual y reproductiva en contextos de emergencia. El gráfico 5 muestra los países en los que se basó el análisis de buenas prácticas y lecciones aprendidas.

Los resultados se agrupan en torno a algunos aspectos clave y se presentan en forma cualitativa y descriptiva.

El siguiente cuadro proporciona una visión general de la evaluación de las prácticas. Se adjunta como anexo una matriz de buenas prácticas en la que se presenta una descripción más detallada de los aspectos clave que forman la base del análisis y la selección de buenas prácticas.



Gráfico 5: Países en los que se identificaron buenas prácticas, y áreas de interés

Cuadro 3: Clasificación de las prácticas seleccionadas

Proyecto	Criterios		Número de criterios satisfechos	Clasificación
Bolivia “Elaboración de una estrategia nacional sobre prevención y atención de la violencia de género con énfasis en violencia sexual, en emergencias”	Pertinencia	✓	5 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora			
	Apropiación y participación de la comunidad	✓		
Subregión del Caribe “Desarrollo de capacidades sobre la incorporación de la salud sexual y reproductiva a través de capacitación en PIMS y SPRINT en la respuesta de emergencia de 22 países de la subregión”	Pertinencia	✓	6 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora	✓		
	Apropiación y participación de la comunidad			
Colombia “Sistema de gestión de datos sobre violencia basada en género (GBVIMS)”	Pertinencia	✓	6 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora			
	Apropiación y participación de la comunidad	✓		
Ecuador “Convivir en emergencias sin violencia, de la practica a la política”	Pertinencia	✓	6 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto			
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora	✓		
	Apropiación y participación de la comunidad	✓		
El Salvador “Integración de la salud sexual y reproductiva en la respuesta ante situaciones de emergencia mediante la implementación del PIMS”	Pertinencia	✓	6 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora	✓		
	Apropiación y participación de la comunidad			
El Salvador “Integración de la salud sexual y reproductiva, igualdad de género y prevención de violencia por razón de género en planes de atención por desastres”	Pertinencia	✓	4 de 7	Práctica prometedora
	Replicabilidad			
	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora			
	Apropiación y participación de la comunidad			
Guatemala “Promoción de espacios	Pertinencia	✓	6 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		

seguros y libres de violencia y atención psicosocial y cultural a mujeres, adolescentes y niñas en situación de albergues y comunidades afectadas por el terremoto del 7 de noviembre de 2012, Guatemala"	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora			
	Apropiación y participación de la comunidad	✓		
Haití "Movilización y participación de jóvenes en la respuesta humanitaria del UNFPA"	Pertinencia	✓	6 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación			
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora	✓		
	Sentimiento de apropiación y participación de la comunidad	✓		
Nicaragua "Prevención y atención de la violencia basada en género en situaciones de emergencias"	Pertinencia	✓	7 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora	✓		
	Sentimiento de apropiación y participación de la comunidad	✓		
Panamá "Atención en situaciones humanitarias"	Pertinencia	✓	5 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto	✓		
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad			
	Capacidad transformadora			
	Sentimiento de apropiación y participación de la comunidad	✓		
Perú "CERF: Apoyo a la gestión de centros colectivos, refugios y artículos no alimentarios"	Pertinencia	✓	6 de 7	Buena práctica
	Replicabilidad	✓		
	Impacto			
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad	✓		
	Capacidad transformadora	✓		
	Sentimiento de apropiación y participación de la comunidad	✓		
Venezuela "Formación del personal de protección civil y administración de desastres en violencia de género y salud sexual y reproductiva y fortalecimiento de la mesa técnica para la recolección de información en emergencias"	Pertinencia	✓	3 de 7	Práctica prometedora
	Replicabilidad	✓		
	Impacto			
	Colaboración y coordinación	✓		
	Sostenibilidad			
	Capacidad transformadora			
	Sentimiento de apropiación y participación de la comunidad			

Enfoque multisectorial y multi-institucional

El análisis de los proyectos reveló que, en gran medida, el UNFPA desempeña en la región un rol de facilitador y catalizador que aglutina y promueve la coordinación y la colaboración entre los diversos actores de diversos sectores y niveles de intervención. Esto se complementa además con el papel del UNFPA como defensor de la creación y aplicación de políticas y leyes de salud sexual y reproductiva y violencia de género, también en situaciones de emergencia.

La vinculación de los diversos niveles, actores y sectores de intervención asegura las condiciones para que se incluyan y aborden los temas de violencia de género y salud sexual y reproductiva desde diferentes ángulos, dependiendo del contexto y de las interacciones entre los factores culturales, sociales y políticos pertinentes. Permite además la optimización de los recursos y la experiencia existentes a través de la programación conjunta, la colaboración y la coordinación. También garantiza que se aplique un enfoque integral a la violencia de género y la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en El Salvador, la colaboración entre el Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño de la Mujer (ISDEMU) mejoró el intercambio de conocimientos entre los actores que intervienen en los temas de salud sexual y reproductiva y de violencia de género, de manera que se garantiza que ambos temas se incorporen de forma integrada en los planes nacionales de contingencia y que todas las partes reconozcan sus respectivas responsabilidades. En Ecuador, los ministerios, las ONG locales y la sociedad civil trabajaron juntos en la elaboración de una política de prevención y respuesta a la violencia de género en los refugios de emergencia y de otra política de protección de los derechos de salud sexual y reproductiva de las poblaciones afectadas. Además, se formaron equipos intersectoriales de respuesta a situaciones de emergencia integrados tanto por instituciones gubernamentales como por organizaciones de la sociedad civil. Una experiencia similar se observó

en Bolivia, donde la política nacional para abordar la violencia de género en situaciones de emergencia fue fruto un esfuerzo conjunto entre los distintos ministerios, organismos de las Naciones Unidas, el consorcio de ONG presentes en Bolivia y la Sociedad Nacional de la Cruz Roja.

En Nicaragua, este enfoque multisectorial y multi-institucional se ha traducido en la creación de vínculos entre los actores habituales de la prevención y respuesta a la violencia de género y los humanitarios. En este caso, el UNFPA desempeñó un papel significativo en la creación de un comité interministerial sobre violencia de género (2010), que más tarde incluiría la variable de violencia de género en situaciones de emergencia, así como en la incorporación de la violencia de género en la respuesta a situaciones de emergencia del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres (SINAPRED). Desde su función como nexo entre ambas entidades y su estrecha colaboración con ellas en los últimos años, el UNFPA ha podido promover el desarrollo de una sensibilidad común sobre salud sexual y reproductiva y violencia de género, e identificar sinergias y áreas comunes de trabajo. Algunos de los factores de éxito señalados por los encuestados de Nicaragua fueron la participación regular y sistemática con los actores e instituciones locales en las cuestiones de violencia de género, así como las oportunidades concretas de ejecución a través de los fondos del CERF.

Esto es de especial interés ya que una de las principales conclusiones de un estudio realizado entre 2010 y 2011 acerca de los vínculos entre la violencia de género y las situaciones de emergencia causadas por desastres naturales en la región de América Latina y el Caribe, fue la ausencia de puntos de encuentro entre los actores tradicionales de la violencia de género y los responsables de la gestión de desastres⁴². En particular, en lo que respecta a Nicaragua, el estudio llamó la atención sobre la falta de referencia a la violencia de género en los instrumentos jurídicos del SINAPRED, junto con

⁴² UNFPA (2011). *Gender-based Violence and Natural Disasters in Latin America and the Caribbean*. UNFPA LACRO: Panama.

la falta general de representación de los problemas de las mujeres entre en la composición del SINAPRED.

Un enfoque multidimensional ayuda a integrar de manera sistemática en las intervenciones de emergencia no solo la salud sexual y reproductiva y la violencia de género, sino también la salud mental, aspecto a menudo ignorado. Por ejemplo, como se señala en El Salvador, la integración de aspectos de salud sexual y reproductiva — planificación familiar, VIH, atención materna y neonatal—, y la violencia de género y la salud mental garantiza que, dada su naturaleza entrelazada, se confiera la debida atención a estas cuestiones durante la respuesta de emergencia. Por ejemplo, las clínicas móviles de respuesta a la depresión tropical 12E, equipadas con personal de ginecología/obstetricia y profesionales de la educación, permitieron responder a las múltiples necesidades de la población salvadoreña afectada en materia de prevención de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, prevención y respuesta a la violencia de género, prevención del VIH, promoción de los sistemas de derivación de salud

sexual y reproductiva y de violencia de género, y recopilación de datos sobre salud sexual y reproductiva. La experiencia del UNFPA en El Salvador también demuestra la importancia de contar con una buena coordinación entre los diferentes niveles para garantizar la efectiva integración de la salud sexual y reproductiva y la violencia de género en la respuesta humanitaria. Las lecciones aprendidas de la oficina de país ponen de relieve que la estrecha colaboración entre los niveles políticos y técnicos del Ministerio de Salud y los niveles central y regional/local es un factor clave para el éxito de la intervención.

La adopción de un enfoque integral a través de la colaboración y la coordinación con otras organizaciones que trabajan sobre el terreno también se ha destacado como un factor clave de éxito en Guatemala, donde las mismas familias se benefician por un lado del suministro de kits para las mujeres por parte del UNFPA, de la distribución de kits y los servicios para niños y mujeres embarazadas de UNICEF, y del apoyo de la OIM a los hombres para reiniciar sus actividades productivas.

Recuadro 1: Nicaragua – “Prevención y atención de la violencia basada en género en situaciones de emergencias”

La depresión tropical 12E de 2011 afectó en Nicaragua a casi 150 000 personas⁴³. UNFPA, en estrecha colaboración con la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres (SE-SINAPRED), el Ministerio de la Familia y el Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM), puso en marcha una iniciativa para proteger a las mujeres y los niños y niñas de la violencia de género en los refugios temporales.

UNFPA Nicaragua desempeñó un papel clave en el suministro de la información y los insumos técnicos pertinentes para la Comisión Interministerial sobre Violencia de Género, defendiendo al mismo tiempo la inclusión de este tema en los planes nacionales de respuesta a emergencias. Gracias a la confianza adquirida a través de su trabajo sistemático sobre violencia de género en los últimos años, la oficina de Nicaragua acompañó durante seis meses las negociaciones entre SINAPRED y el Ministerio de la Familia y el INIM para incorporar la violencia de género en los planes de contingencia del SINAPRED. Los fondos del CERF de respuesta a la emergencia causada por la depresión tropical 12E permitieron llevar todo esto a la práctica.

Uno de los elementos clave para el éxito de la intervención fue la selección de los actores relevantes tanto en temas de violencia de género como en respuesta humanitaria. Se buscó que todas las partes contaran con la capacidad y la voluntad necesarias para participar en un grupo más amplio de actores con el fin de garantizar una respuesta integrada. En palabras de la persona entrevistada en la encuesta de Nicaragua: *“tres instituciones lograron involucrar a otras once instituciones para trabajar en el tema, garantizando un enfoque integral entre los actores de violencia de género y los que se centran en la respuesta humanitaria”*.

La experiencia de Nicaragua cumple con los siete criterios de buenas prácticas, siendo especialmente prominentes la **colaboración y la coordinación**. La sensibilización y la capacitación dirigidas a SINAPRED así como a actores que intervienen en temas de violencia de género son una muestra del carácter **transformador** del proyecto. La integración definitiva de la violencia de género en la atención de emergencias de la legislación y los procesos nacionales, así como la sistematización de la experiencia de los refugios bajo la forma de un manual orientado a incorporar los temas de violencia de género en la respuesta humanitaria, están sentando las bases para la sostenibilidad de la intervención. La herramienta de recopilación y gestión de datos desarrollada en el contexto de la depresión tropical 12E, aunque no se utiliza, está disponible y puede renovarse si es necesario, al igual que la experiencia compartida con otras oficinas de país (**replicabilidad**). La participación de la población local en la promoción de la prevención de la violencia de género responde adecuadamente a la necesidad de fomentar la **apropiación y responsabilidad de la iniciativa por parte de la comunidad**. A su vez, la mejora de los refugios temporales para garantizar la privacidad y la seguridad a través de la iluminación y la asignación de más espacio representa solo un ejemplo del **impacto** del proyecto. Por último, cabe destacar que la iniciativa está en línea con el resultado 5⁴⁴ de la Estrategia de Respuesta Humanitaria de Segunda Generación del UNFPA y con la Estrategia Humanitaria Alineada para América Latina y el Caribe (**pertinencia**).

⁴³ CEPAL (2011). Resumen Regional del Impacto de la Depresión Tropical 12-E en Centroamérica. Cuantificación de Daños y Pérdidas Sufridos por los Países de la Región en el Mes de Octubre de 2011. Naciones Unidas: Ciudad de México.

⁴⁴ El resultado 5 de la Estrategia Humanitaria de Segunda Generación hace referencia a la mejora en la igualdad de género y los derechos reproductivos, en particular, mediante la promoción y aplicación de leyes y políticas.

Recopilación y gestión de datos sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva mejorada

Colombia es el único país de la región que ha logrado adoptar el Sistema de gestión de datos sobre violencia basada en género (GBVIMS, por sus siglas en inglés)⁴⁵. Sin embargo, mientras que la experiencia de Colombia en la aplicación del GBVIMS ha sido positiva, Haití ha experimentado algunos problemas con la implementación de la herramienta después del terremoto de 2010. Según los informantes del UNFPA, la multiplicidad de actores que trabajan en el país aún supone una de las grandes dificultades para el GBVIMS, debido a que existen demasiados sistemas distintos de recopilación de datos sobre violencia de género y resistencias para ponerse de acuerdo en un estándar común⁴⁶.

La experiencia de Colombia está en línea con el propósito del GBVIMS. Gracias al uso de unas herramientas y definiciones estandarizadas, el sistema permitió compartir información de forma ética y segura entre los distintos actores. Además, la recolección y el análisis sistemático de los datos sobre violencia de género sirvieron para mejorar los servicios de respuesta a la de violencia de género. El sistema común de recogida y análisis de datos trajo consigo la oportunidad de establecer nuevas alianzas e iniciar actividades conjuntas.

Por último, el proceso de estandarización sacó a relucir lagunas y desafíos de los sistemas existentes de recopilación y gestión de datos sobre violencia de género, además de contribuir a que las iniciativas de estuvieran mejor fundamentadas y centradas en aras de su fortalecimiento y mejora (véase el recuadro 2 para una lista completa de los resultados obtenidos).

⁴⁵ El GBVIMS es una iniciativa del ACNUR, el UNFPA, el IRC, la OMS y UNICEF para armonizar la recopilación de datos sobre violencia de género en situaciones humanitarias. La intención es permitir a los actores humanitarios responder a los incidentes de violencia de género en las esferas de la salud, justicia y asistencia psicosocial, para recoger, almacenar y analizar los incidentes de violencia de género, así como para compartir información tanto interna como externamente para el análisis de tendencias y la mejora de la coordinación. Hasta ahora, el GBVIMS se ha implementado en 18 países. En lo que a la región de América Latina y el Caribe se refiere, el sistema se ha implementado en Colombia y Haití. Más información sobre la iniciativa en: <http://www.gbvims.org/what-is-gbvims/>.

⁴⁶ No hay información pública disponible sobre la implementación del GBVIMS en Haití. La información incluida en el estudio se obtuvo a través de una reunión telefónica con UNFPA LACRO el 29 de agosto de 2013.

Recuadro 2: La necesidad de sistemas estructurados de recopilación y gestión de datos sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva

El personal de salud es a menudo el primero que presta ayuda a las personas supervivientes de la violencia de género. Para las mujeres, la visita a un centro de salud puede ser la única oportunidad para poner fin a un abuso. No obstante, los datos provenientes de los servicios (datos recopilados por los centros de salud, comisarías de policía, tribunales, vivienda y servicios de bienestar social, líneas directas y albergues) solo dan cuenta de una parte de los sucesos, ya que solo aquellas personas que presentan heridas graves y tienen los recursos necesarios terminan desplazándose hasta un hospital. Del mismo modo, solo aquellas personas que buscan una reparación o que cuentan con un nivel educativo más alto recurren a la policía o a organizaciones de derechos humanos⁴⁷. A falta de otros datos, los estudios e investigaciones existentes sobre estos temas se fundamentan en los historiales clínicos de los hospitales y en las denuncias policiales, omitiendo así parte de la realidad.

Los organismos que recopilan datos sobre salud sexual y reproductiva son muy variados. Entre ellos figuran entidades gubernamentales, servicios de salud pública y agentes humanitarios. Cada uno cuenta con su propio sistema y su orden de prioridades. Por lo tanto, los datos recogidos, en lugar de reflejar las necesidades de las personas afectadas, tienden a responder a las necesidades de quienes recolectan la información. Por su parte, los datos sobre salud sexual y reproductiva dependen de la atención que los actores que se encargan de la recopilación de los datos prestan a estos temas, y a la disponibilidad de servicios de recopilación.

En palabras de la Junta Ejecutiva del UNFPA, la disponibilidad de “datos demográficos y de salud precisos son la piedra angular de una respuesta humanitaria eficaz”⁴⁸. De ahí se desprende la necesidad de contar con un enfoque estructurado de recopilación y gestión de datos sobre salud sexual y reproductiva y violencia de género que permita una respuesta concertada y eficaz en situaciones de crisis.

⁴⁷ USIP (2013). *Special Report: Wartime Sexual Violence, Misconceptions, Implications, and Ways Forward*. Washington, DC: USIP.

⁴⁸ UNFPA (2010)c. *Guidelines on Data Issues in Humanitarian Crisis Situations*. New York: UNFPA, p. 11.

UNFPA Nicaragua también ha comenzado a trabajar en la estandarización de la recopilación y gestión de datos sobre violencia de género en el marco de la respuesta a la depresión tropical 12E de 2011. Tras reconocer que la información sobre violencia de género se encontraba muy dispersa entre los distintos actores y que se estaban utilizando diferentes bases de datos y sistemas de recolección de datos, la oficina comenzó a trabajar en la creación de una base de datos común sobre violencia de género en los refugios de emergencia. Con el fin de superar la resistencia de algunos ministerios para adoptar el GBVIMS, UNFPA Nicaragua trabajó con ellos en el desarrollo de una base de datos distinta, pero inspirada en algunas de las características del GBVIMS. Aunque la base de datos había sido concebida para su uso en los refugios de emergencia, cuando finalmente fue aprobada, la mayoría de las personas refugiadas ya habían abandonado los albergues. Por lo tanto, el sistema nunca llegó a implementarse. Esto no debe ser visto como un esfuerzo vano, ya que la experiencia y los conocimientos adquiridos, así como el interés por su implementación siguen latentes.

Por desgracia, no se ha encontrado ninguna iniciativa similar de recopilación de datos sobre salud sexual y reproductiva. Se ha observado que las oficinas de país y los actores humanitarios utilizan datos facilitados por los ministerios nacionales de salud u otras instituciones como los institutos nacionales de estadística o los cuerpos de protección civil. Tal es el caso de Cuba, Guatemala, El Salvador, Ecuador, Bolivia y Haití. Uno de los problemas de estas bases de datos nacionales es que no siempre incluyen información sobre salud sexual y reproductiva desglosada por sexo y edad (Guatemala, Bolivia) o no distinguen entre situaciones de emergencia y de no emergencia (Ecuador, Guatemala). Las oficinas de país de UNFPA emprendieron algunas iniciativas de capacitación en recopilación de datos sobre salud sexual y reproductiva con ministerios e instituciones de salud para la preparación y respuesta ante emergencias. UNFPA Bolivia promovió, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Banco Mundial, el establecimiento de una base de datos

sobre salud sexual y reproductiva que pudiera ser utilizada en momentos de crisis humanitarias. Sin embargo, algunas dificultades de sincronización terminaron mermando el éxito de la iniciativa. A través de capacitaciones en SPRINT y PIMS, UNFPA Ecuador aboga continuamente por la importancia de la recopilación de datos de salud sexual y reproductiva en emergencias. UNFPA Guatemala ha realizado ciertos esfuerzos por incluir la salud sexual y reproductiva en las áreas de atención del Instituto Nacional de Estadística, tanto para casos de emergencia como de no emergencia. En Cuba, se han realizado actividades de capacitación sobre recopilación de datos de salud sexual y reproductiva, pero no específicamente para situaciones de emergencia. UNFPA Haití financió una encuesta sobre salud sexual y reproductiva tras el terremoto de 2010 y apoyó la Encuesta sobre mortalidad, morbilidad y utilización de servicios (EMMUS-V) de 2012, en la que se incluían datos sobre salud sexual y reproductiva, violencia de género y VIH. Estos estudios podrían servir como referencia y línea de base para la implantación de una herramienta estandarizada de recolección de datos sobre salud sexual y reproductiva. Por último, UNFPA El Salvador, en el marco del Equipo Técnico Nacional de Emergencias de Naciones Unidas (UNETE)⁴⁹, logró incluir la salud sexual y reproductiva y el VIH en el formulario utilizado por Protección Civil para evaluar los impactos de los desastres y las necesidades de la población afectada, “Evaluación de daños y análisis de necesidades” (EDAN). Sin embargo, el formulario de la EDAN no está estandarizado y se modifica con cada emergencia.

Entre los desafíos para la implementación de un enfoque estandarizado de recopilación de datos sobre salud sexual y reproductiva, destaca el hecho de que apenas se da prioridad a la salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia, sobre todo si se compara con otros aspectos como los daños materiales o la pérdida de medios de subsistencia. También sobresalen la falta de colaboración entre los actores

⁴⁹ UNETE es un grupo interinstitucional de trabajo, presente en casi todos los países de la región, cuyo propósito es apoyar al sistema de las Naciones Unidas para prevenir y responder a los desastres naturales y las emergencias humanitarias.

humanitarios y las dificultades para acordar un enfoque común⁵⁰.

Honduras, Perú y la subregión del Caribe informaron que no contaban con ninguna herramienta estandarizada para recopilar datos sobre salud sexual y reproductiva en emergencias ni se estaban haciendo esfuerzos para que las hubiera en un futuro próximo.

⁵⁰ Al consultar sobre una herramienta estandarizada para la recolección de datos de salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia, el equipo de investigación no pidió información sobre los desafíos que se habían encontrado. Las resistencias aquí reportadas se refieren, por tanto, sólo a Guatemala, que las mencionó voluntariamente. Sin embargo, a partir del análisis global de los resultados, es razonable pensar que estos obstáculos podrían ser similares a los de otros países de la región.

Recuadro 3: Colombia – “Sistema de gestión de datos sobre violencia basada en género (GBVIMS)”

Además de contar con una base de datos nacional con datos sobre la violencia de género (Sivigila)⁵¹, en 2010 Colombia, bajo los auspicios de UNFPA y del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), decidió adoptar y aplicar el Sistema de gestión de datos sobre violencia basada en género (GBVIMS) para estandarizar y comparar los datos sobre violencia de género y permitir el acceso a la información y el intercambio entre los actores relevantes. El objetivo final es mejorar los servicios de respuesta a la violencia de género.

La implementación del sistema en Colombia reunió algunas características distintivas que la convierten en una buena práctica. En primer lugar, contrariamente a la mayoría de los países, en los que la implementación de este tipo de iniciativas dependen principalmente de las ONG locales, en Colombia la **colaboración y coordinación** se estableció principalmente con las autoridades estatales —principalmente municipios—, así como con actores de la sociedad civil, como organizaciones de mujeres, y ACNUR. Esto fomentó la idea de que el GBVIMS es una herramienta para y propiedad de los municipios, y no de las Naciones Unidas. Se contribuye así a la **sostenibilidad** del sistema, y a la **apropiación y responsabilidad comunitarias**, sobre todo teniendo en cuenta que solo se realizó la implementación inicial en aquellos municipios que ya disponían de servicios de respuesta a la violencia de género. Por otra parte, Colombia ha adoptado un innovador enfoque para el registro de los casos de violencia de género a través del desarrollo de una plataforma web que permite un intercambio de información rápido y seguro, evitando la revictimización de las personas supervivientes de la violencia de género. La protección y la confidencialidad de los datos recopilados son una de las principales preocupaciones de la iniciativa, como lo demuestra el protocolo sobre el intercambio ético y seguro de datos que todos los actores que utilizan el GBVIMS tienen que firmar.

Tras tres años en espera, el proyecto está teniendo múltiples **impactos** positivos. Entre ellos figuran cambios positivos en la vida de algunas supervivientes de la violencia de género, mejora de los servicios prestados, y el empoderamiento de las comunidades y organizaciones de mujeres que también son más activas en la denuncia de casos.

El éxito del sistema en Colombia es un buen precedente para la **replicación** del GBVIMS en otros países de la región.

Por último, cabe destacar que la iniciativa está en línea con el resultado 2⁵² y el resultado 5 de la Estrategia de Respuesta Humanitaria de Segunda Generación del UNFPA y con la Estrategia Humanitaria Alineada para América Latina y el Caribe (**pertinencia**).

⁵¹ UNFPA y UNHCR (2012). Implementación del Sistema de Gestión de Datos sobre Violencias Basadas en el Género – GBVIMS en Colombia 2011-2012. Nueva York, Ginebra: UNFPA y UNHCR

⁵² A través del resultado 2 de la Estrategia Humanitaria de Segunda Generación se pretende un mayor acceso y utilización de servicios de salud materna y de neonatología de calidad. No obstante, también se hace referencia a los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género.

Un enfoque verdaderamente sensible a la diversidad cultural

El hecho de trabajar en contextos múltiples, caracterizados por diversas realidades sociales y culturales, genera desafíos y oportunidades para la labor en salud sexual y reproductiva y violencia de género. No obstante, el proceso de abordar y modificar actitudes, comportamientos y modos de pensar relacionados con temas tan sensibles puede ser una tarea compleja.

La adopción de una perspectiva cultural ayuda tener una idea más clara de la realidad de las sociedades en las que se desarrollan los programas, aumentando así las posibilidades de que sean eficaces. Solo a través de un enfoque con sensibilidad cultural, se pueden identificar y tener en cuenta las creencias y prácticas que van a facilitar la aceptación de una intervención específica.

El proyecto de Guatemala es un buen ejemplo de cómo llevar esto a la práctica. En ese caso, uno de los factores clave del éxito fue la alianza que se forjó con la ONG local Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP), por su amplia presencia en las comunidades seleccionadas, su conocimiento de la lengua indígena, y el trabajo a largo plazo dedicado a la capacitación de los y las terapeutas locales en materia de violencia de género con la debida atención a la cultura, la espiritualidad y las creencias locales.

Trabajar con personas que ya cuentan con experiencia previa en un determinado contexto facilita la interacción con la comunidad afectada, especialmente si esta es de origen indígena⁵³. Conocer las costumbres y las tradiciones, pero

también la espiritualidad y los rituales de la comunidad local no solo facilitó la prestación de apoyo psicosocial, sino que también permitió mejorar la comunicación con las poblaciones afectadas, entender sus necesidades y abordarlas de la mejor manera posible, además de establecer conexiones con otros actores humanitarios pertinentes. Esta experiencia resultó aún más relevante si tenemos en cuenta que, en estos contextos, no es habitual el apoyo psicosocial.

UNFPA Panamá también ha integrado una dimensión intercultural en la planificación y ejecución de sus actividades de desarrollo de capacidades entre los pueblos indígenas. En particular, la oficina de país organizó una actividad para que se capacitó a las personas en posiciones de liderazgo dentro de las comunidades indígenas para diseñar y producir un espectáculo de títeres sobre temas de salud sexual y reproductiva y violencia de género. Se eligió este enfoque por el potencial del teatro para involucrar a todos los miembros de la comunidad a través de un lenguaje común que permite tratar asuntos sensibles de manera sencilla. Además, se favorece que el público asuma y comprenda los temas representados al identificarse con ellos.

⁵³ Se encontró un ejemplo de trabajo en atención tradicional del parto en comunidades indígenas para integrarlo en el sistema oficial de salud en UNFPA (2010)a, op. cit., p. 55. Además, también se encontró una referencia a esta cuestión en una propuesta de proyecto CERF de Guatemala en 2009. Allí, las parteras tradicionales eran el público objetivo de las actividades de creación de capacidad sobre partos de emergencia. Esto debería ayudar a garantizar que se respeten y cuiden los derechos de salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia, momento en que las poblaciones indígenas pueden ser todavía menos accesibles.

Recuadro 4: Guatemala – “Promoción de espacios seguros y libres de violencia y atención psicosocial y cultural a mujeres, adolescentes y niñas en situación de albergues y comunidades afectadas por el terremoto del 7 de noviembre de 2012, Guatemala”

Desde que en 2010 la tormenta tropical Agatha impactara en Guatemala, UNFPA comenzó a trabajar con ECAP, una ONG local especializada en apoyo psicosocial a población afectada que emplea mujeres terapeutas de diferentes comunidades indígenas.

Todas las terapeutas de ECAP son bilingües (español y una lengua indígena, en este caso la lengua mam) y tienen un profundo conocimiento de las creencias y las normas culturales que subyacen a la espiritualidad maya. Esto permitió que las terapeutas de ECAP acordaran con las mujeres afectadas un apoyo psicosocial teniendo en cuenta sus características culturales para poder superar la angustia causada por el terremoto de 2012. A través de un enfoque individual y de reuniones colectivas, las terapeutas organizaron “*jornadas del susto*” y otras ceremonias tradicionales mayas para ayudar a las mujeres afectadas a reconstruir sus vidas después del trauma. El objetivo era minimizar el trauma, reparar el tejido social y recuperar la confianza. Aunque en un principio solo las mujeres fueron objeto de esta intervención, más tarde el proyecto también se dirigió a las personas responsables de los refugios y de las instituciones nacionales que trabajan en estrecha colaboración con la población afectada para que fueran conscientes de los riesgos y las respuestas en materia de violencia de género.

Se encontró que este enfoque presentaba un alto grado de **sostenibilidad** y que dependía en gran medida de la **apropiación y responsabilidad de la comunidad**. El proyecto logró que las mujeres afectadas conocieran sus derechos y los mecanismos existentes para la prevención y respuesta a la violencia de género (**impacto**). Esto, junto con la sensibilidad cultural que caracterizó al proyecto, fueron los aspectos clave para su **replicabilidad**, tal como señalaron las personas entrevistadas.

El proyecto es también un ejemplo de **colaboración y coordinación** eficaz no solo con ECAP, sino también con UNICEF y la OIM.

Por último, además de estar en línea con el resultado 2 y el resultado 5 de la Estrategia de Respuesta Humanitaria de Segunda Generación de UNFPA y con la Estrategia Humanitaria Alineada para América Latina y el Caribe, esta iniciativa responde a la prioridad Estrategia Humanitaria de “participación de las poblaciones vulnerables en la planificación y la implementación de la preparación, la respuesta y la recuperación” (**pertinencia**).

Convertir la preparación y la respuesta ante desastres en procesos inclusivos

Está demostrado que las cuestiones de género y sexualidad suelen quedar a un lado en las emergencias, a menudo debido a factores como la falta de conocimiento, la incomodidad de tratar estas cuestiones, la discriminación o la estigmatización presentes en muchos contextos culturales. Paralelamente, las situaciones de emergencia suelen exacerbar los prejuicios y hacen que las personas marginadas sean aún más vulnerables. La angustia causada por situaciones de emergencia puede provocar que aflore o se intensifique la discriminación. Por otra parte, las formas tradicionales de asistencia —centradas, por ejemplo, en los grupos familiares— no benefician necesariamente a la totalidad de la población afectada. Así, lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT), entre otros, pueden quedar excluidos.

Este tipo de carencias son recurrentes en la mayor parte de la documentación y los protocolos de desastres. Por ejemplo, los protocolos de los refugios no suelen contener indicaciones sobre cómo tratar y atender a personas LGBT.

A falta de protocolos y orientación sobre este punto, UNFPA El Salvador ha abordado el tema desde una perspectiva de derechos humanos, tratando de aprovechar y sistematizar la experiencia que se estaba adquiriendo. El tema de la diversidad sexual surgió con fuerza en las actividades de capacitación en PIMS, donde se hizo referencia a aspectos prácticos, como dónde ubicar a las personas LGBT en los refugios de emergencia, qué baños deberían usar, y otros.

Involucrar activamente a la población joven en salud sexual y reproductiva y prevención y respuesta de la violencia de género

Las personas jóvenes representan con frecuencia una gran parte del total de personas afectadas

por las crisis. Es fundamental llegar a este grupo de población durante las situaciones de emergencia, y esto no solo por sus vulnerabilidades específicas, sino también por su capacidad para actuar como agentes de cambio en sus comunidades, influir en sus compañeros y participar activamente en el diseño y distribución de la ayuda. De la misma manera, las personas jóvenes son clave para sustentar la transformación de género, dada su influencia en las generaciones venideras.

Desafortunadamente, mientras que casi un tercio de los proyectos analizados hacen referencia a las personas jóvenes como un grupo objetivo específico, solo algunos proyectos contaban con información sobre la fase de ejecución. Uno de esos proyectos era el de “Movilización y participación de jóvenes en la respuesta humanitaria” de UNFPA, en Haití en 2008. La participación de 150 jóvenes en el montaje y la distribución de kits de dignidad después de la temporada de huracanes de 2008, permitió que UNFPA volviera a movilizar fácilmente a este grupo tras el terremoto que asoló el país en 2010. Tras esta experiencia, UNFPA Haití incluyó en sus planes de contingencia una lista de jóvenes disponibles para la acción. La participación de personas jóvenes también propició que se adaptaran algunas actividades a sus necesidades. Además, su potencial de transformación es enorme, especialmente en lo referido a la percepción que las nuevas generaciones tendrán de la violencia de género o la salud sexual y reproductiva.

También se contó con la activa participación de jóvenes y adolescentes en Ecuador en la respuesta a las intensas lluvias acaecidas durante la temporada de invierno de 2008, que desplazaron a refugios temporales a casi 15 000 personas, el 70 % de las cuales eran mujeres, adolescentes, niñas y niños. Gracias a su “influencia educativa y pedagógica en sus pares, que es mayor que la de la población adulta sobre las personas jóvenes”⁵⁴, organizaciones juveniles como Ponte Once participaron en capacitaciones entre pares y actividades de sensibilización sobre

⁵⁴ Entrevista telefónica con un funcionario de UNFPA Ecuador responsable de la ejecución de la iniciativa, 10 de septiembre de 2013.

derechos y SSR y prevención y respuesta a la violencia de género, dirigidas a población adolescente alojada en refugios temporales. Estas iniciativas fueron dirigidas no solo a las niñas, sino también a los niños por su potencial como agentes de cambio. Esto también fue posible gracias al compromiso de larga data de UNFPA con la creación de capacidades para las personas jóvenes sobre salud y derechos sexuales y reproductivos y violencia de género. Esta franja de población también participó en la elaboración de mensajes clave de sensibilización dirigidos tanto a los grupos afectados como las autoridades nacionales para llamar la atención, desde un enfoque de derechos humanos, sobre la inaceptabilidad de la violencia de género como aspecto que se considera “normal” en situaciones de emergencia, y sobre los derechos de la población afectada⁵⁵.

La necesidad de un enfoque transformador

Uno de los aspectos clave que se han destacado en relación con diversas prácticas observadas en la región es la necesidad de una profunda transformación en la mentalidad de quienes se dedican a la prestación de asistencia si se quiere garantizar un enfoque verdaderamente integral de la salud sexual y reproductiva y la violencia de género en situaciones de emergencia. De ahí la necesidad de que los programas sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva incorporen un enfoque transformador o aprovechen aquellos cambios de actitudes y comportamientos que ya se han producido.

Tal transformación es a menudo el resultado de la interiorización de normas positivas de género y de un mayor conocimiento acerca, por ejemplo, de las causas fundamentales que subyacen a la violencia de género y de cómo se pueden cambiar, o de cómo las dinámicas de género pueden afectar a la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

⁵⁵ Algunos ejemplos de mensajes clave son: “La violencia no es natural”, “La violencia no es una situación que se presenta solo en condiciones de emergencia”, “Nada justifica la violencia”, “La persona violentada y que vive situaciones de emergencia no está sola, tiene derechos”.

Los ejemplos de acciones transformadoras son muy variados. Destacan el cambio de la percepción en comunidades y proveedores de ayuda de la violencia de género como algo aceptable e inevitable en situaciones de emergencia, y la de las poblaciones afectadas como beneficiarios de la “caridad de Estado” en lugar de como titulares de derechos (Ecuador); la sensibilización a tomadores de decisiones sobre la importancia de integrar la salud sexual y reproductiva y la violencia de género entre las preocupaciones vitales en emergencias (subregión del Caribe, Nicaragua); el cuestionamiento de la percepción de que estos temas son tabú (Ecuador); el fomento de la participación de los hombres y los jóvenes como agentes de cambio en contra de la violencia de género (El Salvador, Haití y Ecuador); la adopción en Nicaragua, Ecuador y El Salvador de un enfoque sensible a la diversidad cultural para comprender y reparar algunas estructuras y dinámicas sociales, así como la cultura machista que sustenta, justifica y perpetúa la discriminación y la violencia no solo contra las mujeres, sino también contra población homosexual y transexual, y ello también en tiempos de crisis.

En palabras de algunas de las personas encuestadas, es necesaria una sensibilización sistemática sobre la importancia de integrar las cuestiones de violencia de género y salud sexual y reproductiva en la preparación y respuesta de emergencia para que se produzca la transformación. Esto también se debe a la falta de conocimiento y sensibilidad compartidos hacia estos temas entre los diversos actores humanitarios.

Cabe destacar el caso de Ecuador, donde a raíz del descubrimiento de las resistencias manifestadas por parte del personal de los distintos servicios (salud, vivienda, protección) hacia la salud sexual y reproductiva y la violencia de género, los equipos de diversos sectores realizaron actividades de sensibilización. Por último, a menudo se necesita sensibilización sobre estos temas no solo entre los actores locales, sino también entre el personal de UNFPA.

Desarrollo de capacidad institucional sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva

Es esencial invertir de manera sistemática en la incorporación de los temas de la violencia de género y la salud sexual y reproductiva en todo el ciclo de gestión de desastres para que ambos se tengan en cuenta en el momento de la emergencia. Esto abarca el fortalecimiento de la capacidad de las personas dirigentes de todos los sectores clave de la intervención —político, legislativo, judicial, social, seguridad y salud— para aumentar su eficacia y rendición de cuentas, así como el desarrollo de capacidades del personal de socorro y de los proveedores de servicios en general que se aborden los temas de violencia de género y salud sexual y reproductiva en las políticas, estrategias y prácticas de reducción del riesgo y respuesta ante desastres. Como lo demuestra la experiencia de Nicaragua, la incorporación de la violencia de género en los planes y procedimientos de respuesta de SINAPRED solo fue posible tras meses de colaboración conjunta y sensibilización sistemática sobre estas cuestiones. Además, la salud sexual y reproductiva y la violencia de género solo se pueden integrar de manera efectiva en las estrategias nacionales si los responsables de la respuesta son conscientes y están familiarizados con estos temas. Por ejemplo, en Ecuador, se realizaron actividades de desarrollo de capacidades y sensibilización con personal del Ministerio de Salud y el Ministerio de Inclusión Económica y Social sobre los derechos de salud sexual y reproductiva y la prevención y la respuesta a la violencia de género, los cuales fueron fundamentales para la inclusión de ambos temas en los planes nacionales de respuesta a emergencias. Del mismo modo, en El Salvador, se adoptó un enfoque de formación de formadores para fortalecer la capacidad institucional de los actores clave en el tratamiento de las necesidades de salud sexual y reproductiva y violencia de género en caso de emergencia.

Del mismo modo, la iniciativa emprendida por la oficina subregional del Caribe para entrenar a funcionarios públicos, proveedores de servicios y personal de UNFPA en materia de PIMS (2008-2013) en los 22 países de la subregión fue fundamental para que se reconocieran los temas de salud sexual y reproductiva como aspectos básicos de supervivencia. Como resultado de ello, cinco países incluyeron un protocolo de salud sexual y reproductiva en sus planes de contingencia, mientras que otros tres países han solicitado el pre-posicionamiento de los kits PIMS.

En Bolivia y Ecuador los esfuerzos se centraron en la institucionalización de los temas de violencia de género y salud sexual y reproductiva en la preparación y respuesta ante emergencias mediante la elaboración de estrategias y planes nacionales. Es importante destacar que la participación y la consulta con un amplio abanico de actores en el desarrollo de las estrategias contribuyó a aumentar la visibilidad de la violencia de género y la salud sexual y reproductiva, y a facilitar la creación de sinergias y los esfuerzos de colaboración en materia de prevención y respuesta y atención a la violencia de género y los derechos de salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo de gestión de desastres en general.

Apropiación y participación de la comunidad

Está demostrado que, en muchas ocasiones, la violencia de género se justifica e incluso se nutre de una cultura y unas prácticas sociales, actitudes y creencias que colocan a las mujeres en una posición de subordinación. En ocasiones, las leyes, reglamentos y políticas también legitiman ciertas formas de violencia. Del mismo modo, la salud y los derechos sexuales y reproductivos no son considerados como una prioridad y, a menudo, las autoridades, los gobiernos y los actores de socorro los ven como una carga adicional en contextos de emergencia.

Para que se produzcan cambios en este sentido, será imprescindible partir de una amplia movilización pública, ya que ninguna opinión o perspectiva externa podrá funcionar a menos que las partes interesadas las perciban como

beneficiosas. Por lo tanto, aquellos proyectos que inviten a las personas a encontrar nuevas formas de ver la realidad y movilizar a las comunidades hacia el cambio tendrán un mayor potencial de éxito. La participación de los principales actores, incluida la policía, el personal de salud, los tomadores de decisiones, los medios de comunicación, las personas que ocupan posiciones de liderazgo religioso y tradicional, especialmente a nivel local, es también esencial para que los proyectos sean eficaces.

Además, solo a través de las consultas y un sólido conocimiento de las distintas realidades se podrá identificar a las personas que tienen la capacidad y la legitimidad para motivar y movilizar a las comunidades en aras de lograr la aceptación y apropiación de los programas.

La oficina de país de Panamá supone un buen ejemplo de cómo se puede promover y mantener la movilización de la comunidad y la apropiación de las iniciativas por parte de la misma. En este caso, las actividades de desarrollo de capacidades, tanto de salud sexual y reproductiva como de violencia de género, fueron dirigidas a las personas líderes de las comunidades indígenas, a quienes les correspondió decidir los mensajes y temas clave para sus respectivas comunidades. El resultado fue que se dio prioridad a la prevención de la violencia de género y del VIH en los refugios de emergencia, ya que se consideró que eran temas especialmente problemáticos en situaciones de crisis.

La participación de las poblaciones vulnerables en las acciones de preparación, respuesta y recuperación es también una prioridad en la estrategia de respuesta de emergencia de América Latina y el Caribe. Por ejemplo, en Perú, la población beneficiaria participó en el diseño de la intervención exponiendo sus necesidades y preocupaciones. Por otra parte, el trabajo con líderes de las comunidades llevó a la identificación de las formas más comunes de violencia de género que deberían abordarse a través de cuñas radiofónicas. Otros ejemplos hallados en las prácticas estudiadas son las consultas y el enfoque participativo con adolescentes, jóvenes y mujeres para el desarrollo de una estrategia de violencia de

género y mensajes de sensibilización sobre violencia de género en Ecuador, y la participación de jóvenes para aumentar el conocimiento y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Haití. Otra experiencia similar se registró también en Panamá, donde se sensibilizó en temas de violencia de género y salud sexual y reproductiva a grupos de jóvenes y de mujeres creados a través del apoyo de un programa conjunto de las Naciones Unidas llamado “Ventana de Paz”⁵⁶, también con vistas a su movilización en caso de emergencias.

3.3 Desafíos

Por último, la encuesta también brindó a las oficinas de país la oportunidad de informar sobre los desafíos, tanto internos como externos, encontrados durante la implementación de proyectos y programas.

Los **desafíos internos** tienen que ver principalmente con la estructura de UNFPA y su funcionamiento en casos de emergencia. Tanto Guatemala como Panamá señalaron la burocracia como uno de los obstáculos para una respuesta de emergencia oportuna y efectiva. En Nicaragua, se registraron retrasos en el desembolso de los fondos destinados a las actividades de respuesta a la depresión tropical 12E en 2011. Los limitados recursos financieros para la programación en violencia de género y salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia fue otro de los desafíos más reportados (Panamá y Ecuador).

Entre los **desafíos externos**, destacan las cuestiones relacionadas con otros actores involucrados en las situaciones de crisis o respuestas a emergencias que están fuera del control de UNFPA. Uno de los temas recurrentes fue la escasa prioridad que se confiere a la salud sexual y reproductiva y a la violencia de género en situaciones de emergencia. UNFPA Ecuador lamentó la poca importancia que se presta a la salud y los derechos sexuales y reproductivos durante la respuesta a emergencias, y las resistencias y prejuicios de otros actores con

⁵⁶ Además de UNFPA, participan otros organismos de las Naciones Unidas como el PNUD, UNODC, UNESCO y UNICEF. El objetivo es lograr unas comunidades más seguras en Panamá.

relación a estos temas. En El Salvador, durante la respuesta a la depresión tropical 12E, se dio prioridad a la epidemia del dengue por encima de la salud sexual y reproductiva y la violencia de género.

Entre las actividades de UNFPA para abordar la falta general de prioridad que otros actores otorgan a estos temas figuran la promoción de la incorporación de las cuestiones de salud sexual y reproductiva y violencia de género en la respuesta de emergencia (Perú); la concienciación y sensibilización de los actores relevantes a través del desarrollo de capacidades en salud sexual y reproductiva y derechos de género, también a través de SPRINT (Ecuador); y la negociación con las personas responsables de la respuesta de emergencia para una re-priorización de temas y que se incluyan también la violencia de género y salud sexual y reproductiva (El Salvador).

La coordinación con los actores de todos los sectores de intervención y en los diferentes niveles de la respuesta de emergencia es otro de los retos que se suele citar. Entre las soluciones a estos retos, destaca el caso de El Salvador, donde se creó un equipo de facilitación integrado por representantes de los organismos nacionales responsables de la salud sexual y reproductiva, la violencia de género y la salud mental, para que sus integrantes pudieran conocer mejor el trabajo de los demás y para planificar y coordinar las actividades con el fin de satisfacer las necesidades de la población afectada de una manera integral. En Ecuador, la falta de diálogo entre los niveles central y local, así como la falta de consideración de la salud sexual y reproductiva en los planes de respuesta de emergencia se resolvió mediante la creación de un mecanismo de coordinación integrado tanto por los actores responsables de la gestión del riesgo de desastres como por aquellos que trabajan en temas de salud sexual y reproductiva, facilitándose la coordinación también a nivel local.

Por último, el limitado acceso a información fiable y precisa sobre la población afectada y sus necesidades y preocupaciones en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género se presenta como otro de los desafíos clave que

dificulta la acción humanitaria de UNFPA (Nicaragua y Panamá).

4 Conclusiones y recomendaciones

El presente informe contiene una recopilación de lecciones aprendidas y una selección de buenas prácticas y prácticas prometedoras sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva en entornos humanitarios en la región durante los últimos cinco años.

Se presentan a continuación algunas observaciones concluyentes seguidas de sugerencias para seguir avanzando. Dado el amplio alcance del estudio, las recomendaciones se refieren tanto a los aspectos programáticos como organizativos internos que deberían tenerse en cuenta para mejorar la programación y dar seguimiento continuado las intervenciones sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva en entornos humanitarios en la región. Lejos de limitarnos a abordar las brechas y desafíos, se hizo un esfuerzo específico por hacer también un buen uso de las oportunidades y los ejemplos de buenas prácticas y prácticas prometedoras identificadas a lo largo del estudio.

4.1 Conclusiones

Una primera consideración se refiere al **alcance del estudio y las oportunidades y limitaciones de la metodología adoptada**, la mayoría de las cuales ya se mencionaron al inicio de este estudio (véase la sección 1.3). Un estudio basado únicamente en un análisis documental, encuestas electrónicas y entrevistas por teléfono, si bien puede ser abarcador, siempre va a presentar ciertas limitaciones. Esto se puso claramente de relieve durante las entrevistas telefónicas con algunos representantes de los países, a raíz de las cuales se reveló información desconocida hasta entonces, o se hicieron más visibles algunos aspectos relevantes de los proyectos estudiados. Por otra parte, por extenso y detallado que sea el estudio, nada reemplaza la

observación directa y el trabajo de campo para conocer de primera mano los proyectos sobre el terreno. Por lo tanto, los vacíos de información e imprecisiones no solo eran posibles, sino incluso predecibles.

No obstante, este informe es único en cuanto al tipo y la amplitud de la información y el análisis sobre las prácticas de salud sexual y reproductiva y violencia de género, y sienta las bases de un proceso sistemático y más a largo plazo de intercambio de información, documentación y aprendizaje sobre estos temas. Además, al tratarse de la primera recopilación y el primer análisis integral sobre proyectos de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones de emergencia realizado en la región, lejos de ser exhaustivo, es más bien un punto de partida para la recopilación y el análisis de información en el futuro.

En lo que respecta al contenido, **una segunda conclusión se refiere al nivel de gestión del conocimiento** que se encontró en la región. Salvo escasas excepciones, la mayoría de las actividades de la región en materia de salud sexual y reproductiva y de violencia de género implementadas en los últimos cinco años no están debidamente documentadas ni compartidas⁵⁷. La mayor parte de las actividades mencionadas anteriormente están de hecho tomadas de las propuestas de proyectos más que de los informes de avance, reflejando así los planes en lugar de realidades de los programas.

Más difícil incluso es encontrar información acerca de los resultados e impactos de las actividades sobre los beneficiarios, debido también a deficiencias en el sistema de información interna. Es por ello que este estudio se refiere principalmente a las actividades planificadas y no tanto a productos o resultados. Esto también se refleja en los sistemas de información externa, como los de CERF y los llamamientos de emergencia. La falta de seguimiento y documentación de los impactos y resultados no solo influye negativamente en las posibilidades de aprendizaje y mejora de UNFPA,

⁵⁷ Entre los que documentaron sus actividades sobre salud sexual y reproductiva y/o violencia de género en situaciones de emergencia figuran Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Haití, República Dominicana y Venezuela.

sino que también merma la rendición de cuentas de la organización a los Gobiernos y a las poblaciones afectadas.

Otra consideración general que surge del análisis se refiere a la **importancia de invertir en la construcción de la preparación ante emergencias para evitar que los recursos se desperdicien o que no se aproveche su máximo potencial**⁵⁸ en el momento de la emergencia, así como para garantizar una respuesta eficaz y eficiente. En palabras del personal encuestado de UNFPA, *“UNFPA tiene tendencia a trabajar de forma ad hoc. De manera que cuando por fin estamos listos para responder, la emergencia ha terminado”*. Además, *“UNFPA está principalmente reaccionando ante las emergencias, pero no se hace mucho trabajo de preparación —no hacemos nada hasta que algo ocurre, no estamos preparados y estamos literalmente malgastando los recursos. Se trata de un problema de continuidad, sin preparación la eficacia de nuestras acciones será reducida”*⁵⁹.

Esto no solo significa que debería garantizarse la inversión necesaria para intensificar la preparación, sino también que cuando se trabaja para fortalecer la capacidad local de preparación y respuesta ante emergencias debe garantizarse la continuidad para que estos esfuerzos empiecen a dar resultados, como lo ilustra claramente la experiencia de Nicaragua.

Lejos de ser una mera cuestión financiera, las conclusiones sobre la financiación indican que la inversión en preparación no es suficiente ni regular para garantizar la continuidad. Por ejemplo, hasta la fecha CERF aparece como la fuente más fiable de financiación a lo largo de los años y entre los países y situaciones de emergencia de la región. Sin cuestionar su relevancia, los fondos del CERF no son suficientes para garantizar la continuidad de los

⁵⁸ Véase por ejemplo el caso de Nicaragua que se describe en la sección “Recopilación y gestión de datos sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva mejorada”. UNFPA Nicaragua usó los fondos de la respuesta de emergencia para desarrollar un sistema de recopilación de datos sobre violencia de género que nunca fue implementado. Si se hubiera desarrollado antes, la oportunidad de la intervención se habría beneficiado de ella.

⁵⁹ Reunión telefónica con UNFPA LACRO, 29 de agosto de 2013.

programas de violencia de género y salud sexual y reproductiva más allá de la fase inicial de emergencia. No solo eso, no puede garantizarse la eficacia de la respuesta a menos que se den las condiciones necesarias para la rápida y fácil activación de la capacidad, el conocimiento y la colaboración. Esto solo puede garantizarse si se hace una inversión significativa en preparación, también porque el CERF está destinado a complementar y no a sustituir los mecanismos existentes de financiación humanitaria. Como se hizo evidente en el proyecto en Nicaragua, los fondos fueron muy útiles para probar y consolidar los vínculos entre los actores tradicionales de los temas de violencia de género y los humanitarios, resultado de un largo y paciente proceso de sensibilización y creación de sinergias entre ambos.

Algunas de las conclusiones van referidas a los **temas de juventud, así como la participación de hombres y niños en las iniciativas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y la violencia de género**. Aunque, de hecho, casi un tercio de los proyectos analizados se refieren a la juventud como grupo objetivo específico, el equipo de investigación solo pudo encontrar información sobre su ejecución para algunos de ellos (por ejemplo, Haití y Ecuador). Teniendo en cuenta el alto grado de prioridad que UNFPA confiere a la salvaguarda del bienestar de las personas jóvenes, incluso en contextos de emergencia⁶⁰, es indudable que hay que redoblar los esfuerzos en esta área.

Desde el Programa de Acción de la CIPD de 1994, UNFPA se ha comprometido a fomentar la participación activa de hombres y niños como socios para alcanzar la igualdad de género y la erradicación de la violencia contra las mujeres⁶¹. Dicho documento señala que “deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las

enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; [y] la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo [...]”⁶². Sin embargo, aunque las pocas iniciativas dirigidas a los hombres son dignas de elogio, se reconoce que la falta de precisión y detalles de los documentos analizados podría haber limitado un análisis más profundo y que debe fomentarse de manera más sistemática la inclusión y la activa participación de los hombres también en situaciones de emergencia.

Por último, una lectura general del estudio revela el desequilibrio existente entre las iniciativas de violencia de género y las de salud sexual y reproductiva, a favor de la violencia de género. No es fácil determinar si esto es un reflejo de la realidad de la programación o un sesgo debido a la metodología adoptada y la información disponible.

4.2 Recomendaciones

Se presentan a continuación una serie de recomendaciones que se derivan directamente de este estudio. Estas recomendaciones están organizadas en torno a los siete criterios que se utilizaron para la identificación y selección de buenas prácticas.

Pertinencia

1. Asegurar una **interpretación y apreciación comunes de mandato de UNFPA en situaciones de emergencia** entre su personal y los socios en la región, incluidas funciones y responsabilidades en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género. Deben dirigirse mensajes sobre estos aspectos a todo el personal en los diferentes niveles, incluidos los altos directivos y se deberá buscar la forma de superar las resistencias.
2. En línea con lo anterior, asegurar que las oficinas de país cuenten con una **adecuada capacidad** (recursos humanos, tiempo y antigüedad/rendición

⁶⁰ UNFPA (2012), *op. cit.*, p. 19.

⁶¹ UNFPA (2013). *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNFPA Experience*. New York, UNFPA, p. 3.

⁶² Para 4.27. UN (1995). *Report of the International Conference on Population and Development*. New York: UN.

de cuentas) en materia de preparación y respuesta de emergencia.

Replicabilidad

- 3. Identificar y promover formas más estructuradas de intercambiar experiencias periódicamente, documentar prácticas** y mantener activo el circuito de aprendizaje de UNFPA en la región. Si bien este estudio es sin duda un buen punto de partida, deberán considerarse otras actividades para asegurar que los conocimientos y la experiencia no caigan en saco roto, o sigan siendo prerrogativa de unos pocos profesionales en el terreno. Esto podría lograrse por distintos medios, como por ejemplo: talleres para discutir, revisar y difundir buenas prácticas en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género; revisión de las acciones por parte del personal y narración de historias; llamamientos periódicos entre los responsables de los programas de violencia de género y salud sexual y reproductiva para aprovechar la experiencia y los conocimientos, y compartir inquietudes, ideas y posibles soluciones; visitas a al terreno donde se desarrollan los proyectos para fomentar el aprendizaje y asegurar la transferencia de conocimientos entre los equipos y los países como forma de mejorar el rendimiento. Podrían servir a este fin algunas iniciativas internas, como los folletos “Evidence and Action” [“Pruebas y acción”] o los concursos de buenas prácticas.
- 4. Dar un estrecho seguimiento a la aplicación del GBVIMS en Colombia, y otras experiencias similares de recopilación sistemática y análisis de datos sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva**, con el fin de identificar lecciones y oportunidades para su aplicación en otros países de la región. UNFPA LACRO debería considerar fomentar el desarrollo de métodos e instrumentos estándar para la

recolección de datos sobre salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia y para fines de preparación, en colaboración con los actores pertinentes y bajo los auspicios de mecanismos de coordinación como REDLAC.

- 5. Seleccionar un determinado número de prácticas y experiencias para su posterior análisis y documentación**, con el fin de extraer lecciones y aprovechar dichas iniciativas. Lo ideal sería que los primeros temas que se investiguen fueran aquellos para los cuales se suele carecer de información, ya sea por tratarse de temas novedosos o por ser especialmente complicados o innovadores, por lo que la experiencia es más escasa⁶³. Se sugiere profundizar en el análisis de algunas de las iniciativas, por ejemplo, la experiencia de El Salvador sobre la inclusión de los temas que afectan a las personas LGBT en la respuesta de emergencia, la experiencia de la participación de los jóvenes en Haití y/o Ecuador, y el enfoque con sensibilidad cultural en materia de preparación y respuesta ante emergencias de Guatemala.

Impacto

- 6. Es necesario que UNFPA se aleje de la mera documentación del número de actividades realizadas o artículos distribuidos, lo cual puede ser una práctica estéril, para buscar un análisis más profundo y la comunicación de los resultados e impactos de los programas y proyectos.** Además de la incorporación de indicadores de efectos e impacto, en su caso, deberían realizarse una serie de estudios en profundidad para

⁶³ Cabe destacar que Colombia será uno de los cuatro países que reciban una evaluación en profundidad del GBVIMS en el marco de un proceso de evaluación de cinco años de duración. Más información en: <https://www.ungm.org/Notices/Item.aspx?Id=27311>.

documentar los resultados de manera más específica.

7. Realizar un seguimiento de los proyectos dirigidos a jóvenes y de su eficacia, y alentar a las oficinas de país a **documentar mejor sus experiencias de trabajo con y para los jóvenes en situaciones humanitarias**. Se necesitan pruebas para evitar que la referencia a la juventud de las propuestas y documentos de proyectos sea un mero ejercicio de estilo, justificado por las respectivas políticas de la organización, y asegurar el aprendizaje en este relativamente nuevo campo de trabajo.

Colaboración y coordinación

8. **Fortalecer y normalizar la función de UNFPA como facilitador y catalizador que aglutina y promueve la coordinación y la colaboración entre diversos actores**. En toda la región, deberían hacerse esfuerzos sistemáticos para vincular a los actores de diferentes niveles y sectores de intervención con el fin de garantizar que se conozcan bien los temas de violencia de género y salud sexual y reproductiva y que los mismos se tengan en cuenta en la preparación y respuesta ante emergencias. Asimismo, deberían optimizarse los recursos y la experiencia a través de la programación conjunta, la colaboración y la coordinación. Debe prestarse especial atención a la vinculación de los actores tradicionales de los temas de violencia de género y salud sexual y reproductiva y los responsables de la gestión de desastres y agentes humanitarios en general. En particular, se recomienda recopilar información sobre los mecanismos de coordinación existentes en otras áreas de la respuesta de emergencia, como la vivienda, donde se puedan incorporar los temas de salud reproductiva y violencia de género.

Sostenibilidad

9. **Asegurar fondos adecuados para la preparación y respuesta ante**

emergencias, para complementar los fondos puestos a disposición a través del CERF y otros mecanismos de financiación de respuesta ante emergencias. Esto servirá para garantizar la continuidad de las actividades realizadas y la adecuada capacidad y coordinación entre los actores locales para el momento de la emergencia. Las inversiones pueden ir destinadas a programas extensos de formación y actividades de capacitación dirigidas a los actores nacionales, el desarrollo y mantenimiento de la capacidad de respuesta dentro de UNFPA para proporcionar en la región un apoyo cualificado directo siempre que sea necesario, y el apoyo a las actividades nacionales de planificación de la preparación, entre otros.

10. Tras las capacitaciones en PIMS y en el uso de los correspondientes kits⁶⁴ para el personal de UNFPA y de los socios relevantes de toda la región, **garantizar que se continúen los esfuerzos para mantener las capacidades que se han creado y capitalizar y movilizar esas capacidades cuando sea necesario**.
11. Considerar la posibilidad de elaborar una **lista de coordinadores/as de salud reproductiva capacitados y cualificados y expertos/as en violencia de género** a nivel regional para su despliegue desde el inicio de una situación de emergencia para trabajar en estrecha colaboración tanto con el personal local como con los trabajadores humanitarios y mantener la coordinación y la respuesta en materia de salud reproductiva y violencia de género. Las personas que hayan participado en la

⁶⁴ Los equipos de salud reproductiva contienen medicamentos para la salud reproductiva, insumos y equipos para facilitar la implementación de los servicios de salud reproductiva en la etapa inicial de una emergencia (tres meses como máximo). Han sido formulados específicamente para responder a una necesidad de salud reproductiva en particular, como el parto clínico y el tratamiento médico de la violación, así como las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Un equipo puede servir a entre 10 000 y 150 000 personas.

formación en PIMS en curso en la subregión del Caribe, o en otros países, pueden constituir un primer grupo.

12. Abogar por que la región de América Latina y el Caribe cuente con un **asesor o asesora de Respuesta Rápida en el área de responsabilidad de violencia de género**.

Capacidad transformadora

13. Además de la formación, es **necesaria la sensibilización sistemática del personal de UNFPA y de las organizaciones asociadas, tanto en la violencia de género como en salud y derechos sexuales y reproductivos** para evitar la estigmatización y la discriminación, tanto como la perpetuación de los prejuicios y actitudes y comportamientos negativos hacia la población afectada.
14. Garantizar que la diversidad sexual y las necesidades y preocupaciones relacionadas, por ejemplo, en relación a las personas LGBT, reciban la debida atención y estén incorporadas en las actividades de UNFPA de preparación y respuesta ante emergencias siempre que sea necesario. La **experiencia de El Salvador debería ser objeto de un proceso de análisis y documentación más extenso para su uso por otros países de la región**.

Apropiación y participación de la comunidad

15. También sería necesario obtener más pruebas sobre “cómo” se hacen las cosas, y las consecuencias, tanto positivas como negativas, de los

diferentes enfoques. Por ejemplo, se pueden recopilar prácticas sobre la utilización de un enfoque consultivo y participativo, que también incluya a todos los grupos necesitados, y su potencial para hacer frente a las necesidades de todos, fortalecer la resiliencia de las personas y dar soluciones duraderas. Esto es fundamental para el cambio que UNFPA está tratando de promover en las mentalidades tanto de la población afectada como de los actores humanitarios para que los primeros pasen de “receptores de la ayuda a agentes de su propio bienestar”, en consonancia con un enfoque de derechos humanos en el que el titular del derechos participa en el proceso humanitario.

16. **Continuar abogando por la inclusión de la salud sexual y reproductiva y la violencia de género como elementos clave de los planes, políticas y protocolos nacionales de contingencia y preparación y respuesta ante emergencias**. Además de las oportunidades que ofrecen la capacitación sobre el PIMS y otras de las iniciativas de desarrollo de capacidades que suelen inscribirse en el mandato de UNFPA, otra actividad de las actividades de éxito fue el compromiso sistemático para con los mecanismos nacionales de preparación y respuesta ante desastres tanto en momentos de emergencia como de no emergencia.

5 Referencias

- ALNAP (2013). *Evaluation of Humanitarian Action – Pilot Guide*. London: ALNAP.
- CEPAL (2011). *Resumen regional del impacto de la depresión tropical 12-E en Centroamérica. Cuantificación de daños y pérdidas sufridos por los países de la región en el mes de octubre de 2011*. Naciones Unidas: Ciudad de México
- Harmer A. et al. (2004). *Beyond the Continuum – The Changing Role of Aid Policy in Protracted Crises*. London: HPG-ODI
- Hoffmann C. et al. (2004). *Measuring the Impact of Humanitarian Aid – A Review of Current Practice*. London: HPG-ODI
- Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010). *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises
- UN (1995). *Report of the International Conference on Population and Development*. New York: UN
- UNFPA (2013). *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNFPA Experience*. New York, UNFPA
- UNFPA (2012). *Humanitarian Response Strategy “Second Generation”*. New York: UNFPA
- UNFPA (2011). *Gender-based Violence and Natural Disasters in Latin America and the Caribbean*. UNFPA LACRO: Panama
- UNFPA (2010)a. *Good Practices – Global Meeting 2010*. New York: UNFPA
- UNFPA (2010)b. *Guidance Note on Sharing Good Practices in Programming*. New York: UNFPA
- UNFPA (2010)c. *Guidelines on Data Issues in Humanitarian Crisis Situations*. New York: UNFPA
- UNFPA (2009). *Emergency Preparedness, Response and Recovery in Latin America and the Caribbean 2009-2013*. New York: UNFPA
- UNFPA (2006). *Integrating the Programme of Action of the International Conference on Population and Development into Emergency Preparedness, Humanitarian Response, and Transition and Recovery Programmes: a Strategy to Build Commitment and Capacity*. New York: UNFPA
- UNFPA y UNHCR (2012). *Implementación del Sistema de gestión de datos sobre violencias basadas en el género – GBVIMS en Colombia 2011-2012*. Nueva York, Ginebra: UNFPA y UNHCR
- UNFPA et al. (2008). *Training on the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Crises – A Course for SRH Coordinators*. New York: UNFPA
- UNFPA LACRO (2011). *UNFPA Latin America and the Caribbean Regional Strategy to Prevent and Address Sexual Violence against Women, 2011-2013*. Panama: UNFPA LACRO
- UNFPA LACRO (2013). *UNFPA Latin America and the Caribbean Regional Strategy to Prevent and Address Sexual Violence against Women, 2011-2013*. Panama: UNFPA
- USIP (2013). *Special Report: Wartime Sexual Violence, Misconceptions, Implications, and Ways Forward*. Washington, DC: USIP
- WRC (2007). *Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations*. New York: WRC

