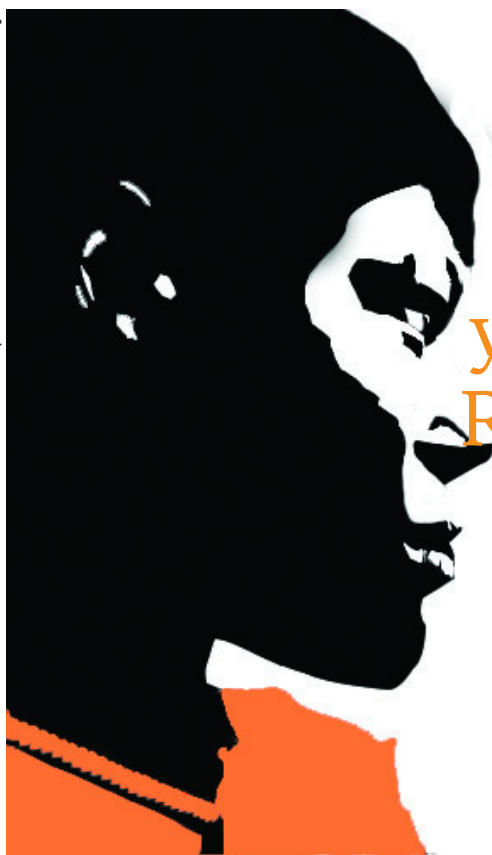




Adaptado de un banner de Politeia Kody



Violencia de Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y la Respuesta del Sector de la Salud

editorial 2-4	Reafirmar los roles de las/os jóvenes en el abordaje de la violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos 11-13	Recursos del centro de conocimiento compartido de ARROW sobre SDSR 19-20
La violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos: una mirada hacia la respuesta del sector de la salud en la región asia		Otros recursos 21-22
destacadas 5-7	Cuestionar las raíces: cambiar las normas de género para crear apoyo para la igualdad de género y la no violencia 14-15	Publicaciones de ARROW 23
Violencia contra las mujeres y niñas y sus consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva en américa latina y el caribe		Definiciones 24
¿Son las emergencias oportunidades para el cambio? 8-10	Monitoreo de actividades a nivel país 16-18	hoja informativa 25-27
		Violencia en la pareja entre mujeres y salud reproductiva en el pacífico: uniendo todo 28
		Equipo de traducción, edición y producción 28

publicado por
the asian-pacific
resources &
research centre
for women

traducido por
FEIM



Publicado con el
financiamiento
de



Notas

LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LA SALUD Y LOS
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOSUna mirada hacia la respuesta del sector de la salud
en la región Asia-Pacífico

1 Stephenson, R.; Koenig, M.A., & Ahmed, S. (2006). Domestic violence and contraceptive adoption in Uttar Pradesh, India. *Studies in Family Planning*, 37(2), 75-86.

2 Fulu, E. (2007). Domestic Violence and Women's Health in Maldives. *Regional Health Forum*, 11(2): 25-32.

3 Fikree, F.F.; Bhatti, L.I. (1999). Domestic Violence and Health of Pakistani Women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 65(2), 195-201. Cited in ARROW, 2010. "Understanding Understanding the critical linkages between gender-based violence and sexual and reproductive health and rights: Fulfilling commitments towards MDG+15." Malaysia: ARROW & UNFPA.

4 WHO. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>

5 Center for Reproductive Rights. CEDAW Committee Expresses Concern over Bangladesh. <http://reproductiverights.org/en/press-room/cedaw-committee-expresses-concern-over-bangladesh>

6 Government of Bangladesh & the United Nations Country Team in Bangladesh, Millennium Development Goals Progress Report 2005, at www.searo.who.int/Link-Files/MDG_Reports_BangladeshMDG.pdf

7 Ganatra, B.R.; Coraji, K.J. & Rao, Y.N. (1998). Too far, too little, too late: A community-based control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 76, 591-598.

8 Attygala, D. (2010). Presentation made at a scientific meeting on Suicide in Pregnancy in Sri Lanka at the Sri Lanka College of Obstetricians and Gynaecologists, with information gathered at the Maternal Mortality Reviews conducted by the Family Health Bureau.

9 UNAIDS. (2009). *HIV Transmission in Asia in Intimate Partner Relationships*. Switzerland.

10 UNDP (2010). *Progress on MDG 6 and 3: Perspectives of women living with HIV in India, Philippines and Papua New Guinea, Bangkok, Thailand*. In UNESCAP, ADB and UNDP. 2010. *Paths to 2015: MDG Priorities in Asia and the Pacific*, Asia-Pacific MDG Report 2010/11. UN.

11 Duvvury, N. & Knoess, J. (2005). *Gender Based Violence and HIV/AIDS in Cambodia: Links Opportunities and Potential Responses*. Germany: GTZ.

12 Wilson-Williams, L., Stephenson, R., Juvekar, S., & Andes, K. (2008). Domestic violence and contraceptive use in a rural Indian village, 14(10), 1181-98.

La violencia de género (consulte "Definiciones" en la página 14) es una violación de los derechos humanos y afecta la salud sexual y reproductiva (SSR). Ampliamente presente y socialmente silenciada en la mayoría de los países de Asia-Pacífico, se reconoce cada vez más a la violencia de género como un grave problema de salud pública en la región.

La violencia de género limita las opciones y la toma de decisión de las que la padecen, restringiendo sus derechos a lo largo de sus vidas para acceder a información y servicios de SSR fundamentales. Es un factor de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, y los embarazos no deseados, además de provocar un daño físico y mental directo. Algunos ejemplos de la región del impacto de la violencia de género en la SSR incluyen lo siguiente:

- Un estudio en la India muestra el vínculo entre experimentar violencia física, una menor probabilidad de utilizar contracepción y una mayor probabilidad de embarazos no deseados.¹ Estudios en Kiribati, Samoa y las Islas Salomón muestran que las mujeres que son víctimas de violencia en la pareja eran las que representaban mayores tasas de rechazo de la anticoncepción (*consulte Koziol-McLain en la página 15*).

- Estudios realizados en muchos países, incluidos las Maldivas² y Pakistán³, detectaron que el abuso sexual estaba asociado con altas tasas de pérdidas de embarazo, sangrado en las últimas etapas del embarazo, partos prematuros, incluso nacimientos prematuros, abortos e ingreso tardío a los servicios de atención prenatal.⁴

- La violencia en la pareja durante el embarazo está relacionada con las muertes maternas. En Bangladesh, donde la razón de mortalidad

materna es de 340 cada 100.000 nacidos vivos superando por lejos al promedio del Sudeste asiático de 208⁵, un estimado de 14 % de muertes maternas se atribuyen a la violencia.⁶ En los países como India e Sri Lanka, se registró una cantidad importante de muertes violentas durante el embarazo producidas por homicidio por parte de la pareja o suicidio, que a menudo se vincula con la violencia en la pareja.^{7,8}

- Existe una correlación entre la transmisión del VIH y la violencia de género, y las desigualdades de género que subyacen en las negociaciones por tener sexo seguro.⁹ La violencia de género es un motor clave en la epidemia del VIH en Papúa Nueva Guinea.¹⁰ Un estudio de Camboya identificó los vínculos entre las dos epidemias y la importancia de un diálogo transversal entre las dos comunidades de profesionales que trabajan con ellas.¹¹

Por otra parte, también cabe destacar que el vínculo es bidireccional. El uso encubierto de anticonceptivos en las mujeres aumenta su riesgo a la violencia, como lo muestra un estudio en la India.¹² Es posible que los agresores utilicen algunos asuntos de SSR, como la infertilidad, las ITS y el VIH para propagar la violencia. Las actitudes sociales ante estas condiciones y ante la falta de cumplimiento de los roles de género de las mujeres, que principalmente se fundamentan en normas de desigualdad e inequidad de género, agravan este problema. Se necesitan más estudios para una mejor comprensión y para brindar propuestas efectivas.

Todos los derechos humanos, que son universales, indivisibles e interdependientes, hacen que el Estado sea responsable de garantizar la SSR y las decisiones individuales

con respecto a la reproducción y la sexualidad. Sin embargo, el cumplimiento de los derechos humanos en la mayoría de los países de Asia, en particular en el sector de la salud, es un reto. Hay muy poca experiencia, aunque va en aumento, en invocar los derechos humanos para garantizar los compromisos internacionales, como lo establece la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (PA de la CIPD) y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los profesionales de la salud que no conozcan el lenguaje de derechos humanos pueden considerarlo intrusivo en la soberanía nacional o en su campo profesional.

Por otra parte, el rol del sector de la salud, como parte de una iniciativa multisectorial para abordar la violencia de género, debe enfatizarse. El sistema de salud es un excelente punto de entrada para que las sobrevivientes comiencen a recibir atención, ya que es probable que las mujeres acudan a profesionales de la salud en algún momento de su vida para atención en servicios de salud sexual y reproductiva o por otros motivos.

Sin embargo, la falta de conciencia sobre los derechos humanos, el género y la violencia de género, y la falta de capacidades para responder ante dicha violencia a menudo hacen que los servicios brindados sean de baja calidad y estén fundados en prejuicios de género. La mayoría de los países de Asia Pacífico están respondiendo de manera activa ante este problema, pero existe una amplia variación en la respuesta del sector de la salud con respecto a la cantidad, la calidad, el alcance y la escala y la integración que ha logrado cada país.¹³

• Las políticas y los decretos de salud implementados por el Estado en relación a la violencia de género son fundamentales para iniciar y sostener la respuesta del sector de la salud ante la violencia de género, y países

como Maldivas, Nepal y Sri Lanka tienen políticas de salud o decretos ministeriales en implementación. Por ejemplo, el Plan Maestro de Salud de Sri Lanka (*Health Master Plan of Sri Lanka 2007-2016*) reconoce a la violencia de género como un asunto de salud importante e identifica diferentes estrategias para abordarla.

• El establecimiento de espacios dedicados a la provisión de servicios integrados (como OneStop Crisis Centre u OSCC), que incluyen servicios legales y de consejería, fue implementado en muchos países de la región en diferentes grados. Por ejemplo, en Maldivas, Malasia y Sri Lanka se han utilizado los servicios de accidentes y emergencias o ambulatorios, como puntos de ingreso menos estigmatizantes y de más fácil acceso para las sobrevivientes a los servicios todos los días del año. La sostenibilidad de estos centros solo puede garantizarse cuando están completamente institucionalizados, como en Malasia y Sri Lanka. Muchos países enfrentan desafíos a la hora de establecer e implementar estos centros en lugares suficientes a lo largo del país, incluida la falta de recursos humanos y financieros, la falta de liderazgo comprometido, y la escasez de proveedores de la salud cuyos servicios se priorizan en otras partes.

Todos los derechos humanos, que son universales, indivisibles e interdependientes, hacen que el Estado sea responsable de garantizar la SSR y las decisiones individuales con respecto a la reproducción y la sexualidad.

Otros modelos y enfoques que se utilizan en la región incluyen la integración de la violencia de género en la atención primaria de la salud, atención de salud reproductiva o servicios de planificación familiar. También existen modelos basados en ONG, como en Papúa Nueva Guinea y Filipinas, que se llevan a cabo

Notas

¹³ UNFPA APRO. 2010. Health Sector Response to Gender-based Violence: An Assessment of the Asia Pacific. Thailand.

de manera independiente o en colaboración con agencias gubernamentales. Muchos de estos servicios brindan otros servicios de salud sexual y reproductiva, como profilaxis para ITS y VIH, y anticonceptivos de emergencia a las sobrevivientes. Muchos países utilizan una combinación de modelos y enfoques.

- El desarrollo de las capacidades para responder ante la violencia de género es esencial para los proveedores de atención de la salud. Muchos países de Asia Pacífico han creado programas de desarrollo de capacidad; sin embargo, la mayoría de ellos no son holísticos ni están integrados.¹³ Además, la integración de la violencia de género en la currícula de medicina todavía no se ha logrado en la región.¹³
- Uno de los principales desafíos que enfrentan la mayoría de los países es la falta de refugios temporales para las sobrevivientes, principalmente debido al alto costo que representa la creación y el funcionamiento de estos centros. En aquellos lugares donde sí están disponibles, en general se encuentran en manos de ONG, a pesar de que algunos servicios de salud utilizan camas reservadas para otras especialidades para brindar alojamiento temporal por unos días. Se debe realizar todo esfuerzo para asegurar que todos cumplan con los estándares de alta calidad, principalmente en confidencialidad y seguridad.
- El manejo de documentación y datos es un área que presenta fallas en la mayoría de los países. Sin embargo, Tailandia ha establecido un sistema de manejo de la información (Management Information System, MIS), conectando todos los servicios.¹³
- Pocos países han iniciado estrategias preventivas. En Sri Lanka se desarrolló un paquete de derechos humanos y violencia de género orientado a los recién casados, que debe proveerse a través de los registros civiles y de los médicos del sector público, incluidas las parteras.

Para mejorar la respuesta del sector de la salud, son necesarios programas de concientización a nivel comunitario, basados en los derechos, el

género y la cultura. La educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en las escuelas también es una buena oportunidad para desarrollar prevención primaria. Desarrollar grupos de expertos a nivel nacional e internacional será fundamental para el desarrollo de capacidad.

Además, la voluntad política debe fortalecerse y mantenerse para poder institucionalizar una respuesta sistémica ante la violencia de género en la atención de la salud sexual y reproductiva de rutina. La integración de la prevención y los servicios de violencia de género en el sistema de salud debe lograrse de manera sostenible para llegar al mayor número de mujeres, al mismo tiempo que deben mantenerse intervenciones efectivas basadas en proyectos. Pero fundamentalmente, los modelos deben usar enfoques basados en los derechos y deben ser sensibles al género para abordar la violencia de género. También se necesitan evaluaciones formales y monitoreo para evaluar cómo funcionan realmente las intervenciones.

También es muy importante abordar otras falencias, que incluyen responder a la violencia en contextos de crisis y poscrisis, abordar a la violencia dentro del sistema de salud (debido a que inevitablemente algunos de los trabajadores de la salud son víctimas de violencia o perpetradores de ella), trabajar con hombres y niños, y garantizar que los grupos marginados estén incluidos en las políticas y los programas que responden a la violencia de género.

Abordar dicha violencia en la agenda de salud sexual y derechos sexuales y reproductivos es crucial para que los países logren sus compromisos con la CIPD y para que alcancen las metas de los ODM. Además, es clave para que la violencia de género, así como la salud y los derechos sexuales y reproductivos estén en la agenda de desarrollo incluso luego del 2015, las fechas límites iniciales establecidas para CIPD y ODM.

Violencia contra las mujeres y niñas y sus consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe

La igualdad de género y la capacidad de ejercer en forma plena los derechos humanos de las mujeres y niñas, incluyendo el poder de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y vivir una vida libre de violencia, es aún una deuda pendiente para la mayor parte de las mujeres y niñas de la región de América Latina y el Caribe.

América Latina y el Caribe es la región¹ más desigual del mundo, diez de los 15 países más desiguales son parte de esta región y concentra siete de los 14 países más violentos.² Las desigualdades económicas, políticas y sociales, como así también ciertos factores característicos de la región, tales como pobreza, marginación, violencia generalizada, desplazamiento, conflictos armados, crimen organizado, tráfico de drogas, trata de personas, y altos niveles de impunidad, refuerzan las desigualdades de género y aumentan la vulnerabilidad de mujeres y niñas a la violencia. En este contexto, los grupos más vulnerables son aquellas mujeres que enfrentan múltiples formas de discriminación debido a su raza, edad, etnia, orientación sexual e identidad sexual, condición de VIH, condición socio económica, entre otros.

En la región, 32 de los 34 países de la Organización de Estados Americanos (OEA) han ratificado la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” (1994). Sin embargo, solo muy pocos países han incluido en sus legislaciones nacionales la sanción de todas las formas de violencia de género establecidas en dicha Convención. En aquellos casos en los que la legislación ha

avanzado, la misma no se cumple ni es aplicada en forma adecuada.

La violencia contra las mujeres es un problema innegable en la región. La ausencia de estadísticas en la mayoría de los países no permite conocer el número exacto. De acuerdo a la información disponible, se ha registrado un aumento en las tasas de las diferentes formas de violencia de género a lo largo de la región, particularmente femicidios. Más de la mitad de los 25 países con las tasas más altas de femicidio se encuentran en el Caribe, América Central y América del Sur.³

En 2011, 647 mujeres fueron asesinadas en El Salvador y 375 en Guatemala; el femicidio es considerado la segunda causa de muerte entre las mujeres de edad reproductiva en Honduras.⁴ En Argentina, una mujer es asesinada cada 30 minutos;⁵ en Colombia, asesinan a una mujer cada dos días;⁶ y en México, 529 mujeres fueron asesinadas entre Enero del 2011 y Junio del 2012.⁷

Durante los últimos años algunos países han incorporado la figura del femicidio en sus códigos penales. Sin embargo, el número de casos ha aumentado y la impunidad continúa ocurriendo. De acuerdo con el documento elaborado en 2013 por el Comité de ONG de América Latina y el Caribe sobre la CSW (CoNGO LAC CSW, por sus siglas en inglés), el cuál incluyó la participación de más de 90 organizaciones de la sociedad civil de la región, “Los esfuerzos para prevenir el femicidio en toda la región son a menudo inexistentes o inefectivos. Los servicios públicos encargados de proveer orientación

Notas

1 PNUD. “Sobre América Latina y el Caribe”. Consultada 22 de septiembre, 2015. <http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/regioninfo/>

2 CEPAL. Comunicado Prensa. “Se estanca la reducción de la Pobreza e Indigencia en la mayoría de los países de América Latina”. Enero 26, 2015. <http://www.cepal.org/es/comunicados/se-estanca-la-reduccion-de-la-pobreza-y-la-indigencia-en-la-mayoria-de-los-paises-de>

La información hace referencia al “Estudio Mundial sobre Homicidios 2013” Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen, quienes examinaron estadísticas de asesinatos en todo el mundo. El mayor porcentaje de muerte como consecuencia de homicidios intencionales fue registrado en las Américas (36 %). El documento explica que las crecientes tasas de homicidios en América Central y el Caribe están relacionados con el tráfico de drogas, la violencia de pandillas y los altos niveles de crimen organizado.

3 Nowac, Matthias. “Femicide: A Global problem”. Small Arms Survey Research Notes. Number 14. February 2012. http://www.smallarmssurvey.org/fileadmin/docs/H-Research_Notes/SAS-Research-Note-14.pdf

4 ONU Mujeres. “El femicidio en América Latina”. Fecha: 4 de Abril, 2013. <http://www.unwomen.org/es/news/stories/2013/4/femicide-in-latin-america>
5 Carbajal, Mariana. “Las Cifras del Horror”. Página 12. 7 de Marzo, 2014. <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-241212-2014-03-07.html>

6 Moloney, Anastasia. “Colombia confronts femicide, the most extreme form of violence against women”. Reuters. 20 de Agosto, 2015. <http://www.reuters.com/article/2015/08/20/us-colombia-women-murder-idUSKCN0QP0CM20150820>

7 Pérez Salazar, Juan Carlos. “Ser mujer es un riesgo de muerte”. BBC Mundo. 8 de Marzo, 2013.

8 Comité de ONG de América Latina y el Caribe sobre la CSW. “Documento del Comité de ONG de América Latina y el Caribe sobre la CSW. Documento para la Discusión”. 15 de Febrero, 2013. En <http://feim.org.ar/pdf/csw57.pdf>

Notas

e información a las víctimas o potenciales víctimas de violencia contra las mujeres y niñas (VCMN) en general no llegan a las mujeres, son pocos en cantidad y las mujeres se resisten a recurrir a ellos para pedir ayuda”.⁸ El documento también resalta las debilidades del sistema de justicia, incluyendo la inadecuada aplicación y cumplimiento de las ordenes de protección, menor cantidad de casos de exclusión obligatoria del perpetrador del hogar, investigaciones y juicios lentos y reducciones en las sentencias de prisión preventiva.⁹ En Nicaragua, solo un cuarto de los perpetradores en los casos de femicidio están actualmente detenidos,¹⁰ y en Guatemala, solo 2 % de los casos que involucran la muerte violenta de mujeres han sido resueltos.¹¹

La violencia sexual es también un problema central y predominante en la región. En un día típico en América Latina, 460 personas son víctimas de violencia sexual, usualmente mujeres.¹² De acuerdo con la OPS (2013), en los 12 países de América Latina y el Caribe estudiados, el porcentaje de mujeres que reportaron violencia sexual fue desde el 10,3 % en Paraguay (2008) al 27,2 % en Haití (2005/6).

El documento regional “A 20 años de la Plataforma de Acción de Beijing: Objetivos Estratégicos y Esferas de Preocupación”¹³ elaborado en 2015 por el Comité de ONG de América Latina y el Caribe sobre la CSW llama la atención en torno al uso de la violación como arma de guerra en contextos de conflicto armado, particularmente contra las mujeres indígenas. En Guatemala, el 88,7 % de las mujeres víctimas de violaciones fueron mayas; en Perú, el 75 % fueron quechua hablantes. El documento indica que durante el siglo XX tuvieron lugar conflictos armados en Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. La violencia sexual aumenta también durante los desplazamientos internos y en contextos de crisis humanitarias y desastres naturales. En Colombia, las mujeres representan el 75 % de la población desplazada como consecuencia

del conflicto armado interno, y en Haití, los casos de violencia sexual aumentaron luego del terremoto devastador en 2010, particularmente en campos de refugiados en donde muchas mujeres estuvieron, y aún están, en riesgo.¹⁵ Asimismo la violencia de género debe ser considerada dentro de contextos de resoluciones post conflicto; la participación de las mujeres ha sido mínima en El Salvador, Honduras y actualmente en Colombia. En Guatemala y Perú, se crearon entidades legales para proteger a las mujeres.

Las mujeres jóvenes y niñas en la región son vulnerables a experimentar diversas formas de violencia, incluyendo abuso sexual infantil intrafamiliar, violación, matrimonio temprano, y trata de mujeres, entre otras. Perú es el país con la tasa más alta de violencia sexual en América del Sur, en donde 8 de cada 10 víctimas son menores. En Colombia, 11.333 casos de violencia sexual hacia niños/as y adolescentes menores de 17 años ocurrieron entre Enero y Septiembre del 2013; del total de los casos, el 83 % fueron niñas.¹⁶ En Haití, aún antes del terremoto, 40 % de los 500 casos de violación fueron a niñas menores de 18 años.¹⁷ El matrimonio temprano es una práctica común en la región. Cerca de 1 de cada 3 niñas en América Latina se casa antes de los 18 años, y de acuerdo con UNICEF (2014) es la única región del mundo en donde el matrimonio temprano no ha disminuido.¹⁸ En Guatemala, el 54 % de la población femenina mayor de 12 años vive en unión. En Guayana, los matrimonios de las niñas se arreglan frecuentemente a la edad de 12 años.

Las consecuencias de la violencia de género sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas son extensas e incluyen: embarazo no planificado, VIH y otras ITS, lesiones genitales, abortos inseguros, y problemas ginecológicos, entre otras. Las niñas que son víctimas del matrimonio temprano generalmente tienen acceso limitado o nulo a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), incluyendo

⁹ Ibid, 8.

¹⁰ Ibid, 8.

¹¹ Ibid, 8.

¹² Ibid, 1.

¹³ Bianco, Mabel and Winocur, Mariana, comp. “A 20 años de la Plataforma de Acción de Beijing: Objetivos Estratégicos y Esferas de Preocupación”. Febrero 2013. <http://www.feim.org.ar/pdf/BEIJING+20-esp.pdf>

¹⁴ Ibid, 13.

¹⁵ Mujica, Jaris. “Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el estado de la cuestión”. November, 2011. Lima: PROMSEX. <http://promsex.org/images/docs/Publicaciones/violaciones-sexuales-en-el-peru.pdf>

¹⁶ Alliance for Colombian Children Monitoring Roundtable. “Supplementary Report to Regular Reports IV and V of Colombia to the Committee on the Rights of the Child, Corresponding to the 2006-2010 Period”. February, 2014. file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Plan-Studie_Kolumbien_Mangelernaehrung_SPANISCH-ENGLISCH.pdf

¹⁷ Kang, J.Y. “The Hidden Epidemic: VAW in Haiti”. University of Duke. Abril, 2011.

¹⁸ Girls not brides. “Child Marriage: in Latin America and the Caribbean”. Consultada el 22 de Septiembre, 2015. <http://www.girlsnotbrides.org/region/latin-america-and-caribbean/>

métodos anticonceptivos, e información; son más vulnerables a la violencia por parte de la pareja y presentan un mayor riesgo de infectarse con el VIH. La violencia sexual así como el matrimonio temprano pueden resultar en embarazos no planificados, con consecuencias tales como abortos inseguros y complicaciones durante el embarazo y el trabajo de parto. En América Latina el riesgo de muerte materna es cuatro veces mayor entre adolescentes menores de 16 años que entre mujeres de 20.

En la región, la ausencia de coordinación entre los programas y servicios de SSR y la VCM es uno de los principales problemas existentes en la respuesta del sector salud, debido al hecho de que ambos son programas verticales.

Las mujeres y niñas a menudo enfrentan una segunda violación de sus derechos cuando son forzadas a continuar con un embarazo producto de una violación. En la región, 95 % de las mujeres en edad reproductiva viven en países en donde la ley de aborto es altamente restrictiva. Las complicaciones de los abortos inseguros están entre las causas principales de mortalidad materna, representando al 12 % de las muertes maternas en la región. Es la primer causa de muerte en Argentina, Jamaica y Trinidad & Tobago. Esta situación se ve agravada por la resistencia de gran parte del personal de salud a practicar abortos seguros cuando es permitido por la ley, debido a creencias religiosas o sociales. Las mujeres que concurren a los servicios de salud con complicaciones por abortos inseguros son usualmente denunciadas y a menudo son víctimas de abusos verbales y discriminación. En la región, la ausencia de coordinación entre los programas y servicios de SSR y la VCM es uno de los principales problemas existentes en la respuesta del sector salud, debido al hecho de que ambos son programas verticales. Los

programas para prevenir y erradicar la VCM generalmente no incluyen información y acceso a servicios de SSR, lo cual es fundamental para las mujeres dentro de una relación abusiva para poder tomar sus propias decisiones. Asimismo, los servicios de SSR en la región no incluyen la detección de casos de VCM y el personal de salud, particularmente de los servicios de SSR, no están adecuadamente capacitados en torno a este tema y viceversa. Además, la ausencia o fallas en la implementación de protocolos de violencia sexual, que incluyan la profilaxis posexposición, colocan a las mujeres y niñas en riesgo de embarazos no planificados e infección por VIH. Nuestra región ha registrado un aumento en el número de mujeres que viven con el VIH. En América Latina las mujeres adultas representan el 31 % de las personas viviendo con VIH, y en el Caribe esta cifra se eleva a 53 %. A pesar de estos hechos, la violencia contra las mujeres, la salud sexual y reproductiva así como la feminización del VIH, continúan siendo abordados como temas separados.

La ausencia de adecuación de la leyes nacionales según la Convención Regional de Belém do Pará y los retrasos en su implementación, el escaso acceso a la justicia, la ausencia de asesoramiento legal asociado a altos niveles de impunidad, como también respuestas parciales y descoordinadas por parte del sector salud, particularmente de los servicios de VCM y SSR, son los aspectos que caracterizan a la situación de la violencia de género y sus consecuencias en la SSR en la región. En este contexto, los gobiernos deben tomar medidas urgentes, que incluyen el aumento de los presupuestos, el desarrollo de sistemas de registro de información, la adecuada implementación y cumplimiento de la legislación, e intervenciones multisectoriales, integrales, programáticas y preventivas, con la participación de todos los actores relevantes especialmente de grupos de mujeres—para responder en forma efectiva a esta creciente pandemia.

Notas

¿Son las emergencias oportunidades para el cambio?

Abordar la violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos en situaciones de desplazamiento en el Sur de Asia

Introducción. Un estudio reciente ha demostrado que las mujeres y niñas son en particular vulnerables ante la violencia de género en situaciones de desplazamiento que se producen luego de conflictos y desastres, ya sean de pequeña o gran escala.^{1,2} Esto es un asunto preocupante ya que el Sur de Asia ha sufrido recientemente muchas emergencias que provocaron el desplazamiento de millones: 1,5 millones en Sri Lanka debido al tsunami que afectó Asia (2005), 3,5 millones debido al terremoto de Pakistán (2005) y otros 20 millones por las inundaciones en Pakistán (2010). Las mujeres representan una amplia proporción de los sobrevivientes. En 2010, en las inundaciones en Pakistán, el 50 % de las personas desplazadas eran mujeres.³ La respuesta humanitaria brinda ayuda inmediata, pero tiende a borrar las necesidades o vulnerabilidades específicas de mujeres y niñas. Esto es un reflejo de las normas socio-culturales que definen la condición de las mujeres en la sociedad, mientras que a las mujeres del Sur de Asia, en particular a las adolescentes, se les niega el derecho a la elección del matrimonio, al uso de anticonceptivos y al aborto, y están sujetas a prácticas culturales dañinas.

La violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) en emergencias. Las últimas emergencias en Bangladesh, Pakistán y Sri Lanka han provisto pruebas convincentes de que la violencia de género tiene un impacto directo en la SDSR de mujeres y niñas,^{2,4} y que ambas son de hecho dos caras de la misma moneda. Estudios realizados durante las emergencias

de Pakistán demuestran que la violencia de género y las violaciones de la SDSR ocurren a la par. Por ejemplo, una evaluación rápida de las necesidades luego del terremoto de 2005 reveló que la violencia de género tuvo un impacto en la SDSR de mujeres y niñas a través del sexo forzado, el mayor riesgo de embarazos no deseados, infecciones transmitidas sexualmente, abuso sexual y violaciones, secuestros, tráfico y matrimonios forzados. Las restricciones de movilidad (incluso más restringida en situaciones de emergencia) se combinan con la infraestructura de salud destruida, la ausencia de proveedores de la salud mujeres, el transporte y los costos, y la inseguridad física que impide que las mujeres y niñas accedan a servicios y suministros, incluidos los anticonceptivos, el cuidado pre y posnatal y los partos. Estos hallazgos se corroboraron en estudios posteriores a la inundación de 2010.^{3,5}

¿Son las emergencias oportunidades? Una gran pregunta es si las emergencias que incrementan las vulnerabilidades y ansiedades, y crean alienación e aislamiento, pueden volverse oportunidades para la transformación social que responda al género. ¿Puede la ayuda humanitaria que surge durante las emergencias movilizarse para romper con algunas de las ataduras sociales? ¿Y pueden crearse espacios para introducir medidas innovadoras? Si se aplica el principio de que todas las personas en situaciones de emergencia tienen derecho a que se cumplan todos sus derechos y se satisfagan todas sus necesidades por igual,⁶ entonces las necesidades específicas de mujeres y niñas relacionadas con la violencia

1 United Nations Population Fund (UNFPA). (2010). Health Sector Response to Gender-based Violence in the Asia Pacific Region: Assessment 2010. Thailand.

2 Murthy, R.K. (2008). Feminist and rights-based perspectives: Sexual and reproductive health and rights in disaster contexts. ARROWS for Change, 14(3), 1-2. Malaysia: ARROW.

3 Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC) and Norwegian Refugee Council (NRC). (2011). Briefing paper on flood-displaced women in Sindh Province, Pakistan. Switzerland.

4 Siddiqui, S. (2008). "Monitoring country activities: Bangladesh." ARROWS for Change, 14(3). Malaysia: ARROW.

5 Hallazgos de Shirkat Gah recolectados en su documental, Swollen River.

de género, al igual que la SDSR, también deben satisfacerse. Sin embargo, las prácticas que persisten revelan que las mujeres, los jóvenes, los niños y los grupos marginales a menudo quedan de lado, por lo que se viola el principio de no discriminación que respalda el derecho de todos los sobrevivientes a recibir asistencia por igual.

La respuesta humanitaria brinda ayuda inmediata, pero tiende a borrar las necesidades o vulnerabilidades específicas de mujeres y niñas.

El cambio de foco de la provisión de ayuda convencional ante la emergencia hacia una respuesta a las necesidades específicas de mujeres y niñas se discutió por primera vez en la región luego del tsunami en Asia. La idea de “espacios para mujeres” se originó en Sri Lanka para proporcionar a las mujeres y adolescentes un espacio físico sin limitaciones dentro de los campamentos de ayuda para juntarse libremente y discutir y abordar sus asuntos. Esta experiencia se llevó a cabo en Pakistán luego del terremoto de 2005. Las mujeres habían expresado en una evaluación rápida de necesidades el deseo de un lugar donde “puedan relajarse”, ir al baño o tomar una ducha en paz. En respuesta a esto, Shirkat Gah ayudó a establecer seis espacios para mujeres, en dos zona geográficas diferentes afectadas por el terremoto: una relativamente desarrollada y otra muy conservadora y remota. Sin ser específicamente concebido como un abordaje de la violencia de género ni de todas las dimensiones de la SDSR, el espacio para mujeres en la zona relativamente desarrollada se convirtió en un espacio donde las mujeres acuden solas, ganan confianza y emprenden iniciativas. Surgió el liderazgo femenino a nivel local (mujeres jóvenes y adultas).⁷ Aunque inicialmente los hombres de la comunidad lo miraban con sospecha por considerar que engañaba a las mujeres, pronto lo aceptaron por su inclusividad. Mientras que el espacio para mujeres en la zona remota y

conservadora brindó un refugio muy necesario ante las presiones del hogar. El experimento de los espacios para mujeres demostró que el trabajo de socorro en emergencias debe ir más allá del objetivo inmediato hacia el largo plazo en la promoción de derechos de mujeres y niñas para permitir la lucha contra la violencia de género y la reivindicación de la SDSR. Se destacaron los asuntos de violencia de género y las necesidades de SDSR de las mujeres durante el terremoto de 2005 y las lecciones en este período parecen haberse internalizado. Se observó en emergencias posteriores y esto fue confirmado por varios informes de diferentes ONG, que se prestó más atención a las necesidades específicas de las mujeres, desde toallas sanitarias hasta vestimenta adecuada y hornos y distribución de bienes de ayuda a las familias a través de las mujeres. Muchos campamentos crearon espacios seguros para mujeres donde podían relajarse, interactuar con otras mujeres y donde se brindaban actividades económicas e información sobre higiene/salud. Los campamentos sanitarios con servicios de planificación familiar/anticoncepción se organizaron en campamentos oficiales y no oficiales; se mejoraron los partos seguros a través de una mejor coordinación entre las ONG, los servicios gubernamentales y las agencias de NU; se diseñaron programas especiales de ayuda para mujeres embarazadas, madres jóvenes y niños; y las ONG más grandes y las internacionales establecieron campamentos con baños para mujeres, doctoras mujeres y medidas de seguridad. Además, las mujeres locales se movilizaron para ser parte de la ayuda.

A pesar de estas medidas, se registraron violaciones basadas en el género e inquietudes con respecto a la SDSR durante las emergencias: matrimonios tempranos y forzados, secuestros y pérdidas de embarazos (240.000 mujeres embarazadas en la inundación de 2011) en muchas áreas. La situación requiere una exanimación más profunda de las demandas de mujeres y niñas,

Notas

6 Barry, J. (2006). Relief in the human rights framework - Core Issues. In Shirkat Gah, *Rising from the Rubble: Special Bulletin*, pp. 15-21. The Brookings-Bern Project on Internal Displacement. (1998). *Guiding Principles on Internal Displacement*. www.idpguidingprinciples.org

7 Estos centros continúan trabajando sin el apoyo de UNFPA o Shirkat Ga. Son tan exitosos que uno de los socios estableció 17 espacios para mujeres.

Notas

especialmente en términos de seguridad personal y dignidad, e ir más allá de la provisión de ayuda. Las intervenciones deberán concentrarse en la sostenibilidad y la creación de oportunidades para que las mujeres y niñas tomen decisiones y ejerzan agencia.⁸

El camino por delante. Para responder de manera inmediata ante las emergencias, es importante lo siguiente:

- Las mujeres afectadas/desplazadas de todas las clases y grupos étnicos, así como mujeres jefas de hogar, solteras, viudas, mujeres de la tercera edad, adolescentes y jóvenes, mujeres con discapacidad, transgénero y otras participan activamente en la implementación y la planificación de las políticas y los programas relacionados con el conflicto y los desastres.
- Un enfoque basado en los derechos, que se centra de igual manera en los derechos y las necesidades de todos los desplazados/afectados, sin importar la edad, la ubicación, la clase, el género, el estado civil, la orientación sexual, la ciudadanía/estado de migración, estado de discapacidad, la etnia o casta, integrados en un proceso de planificación nacional, y en la implementación de políticas y programas.
- Planes de emergencia multisectoriales desarrollados por todos los actores involucrados en emergencias (gobierno, NU, ONG, ONG internacionales, donantes, organizaciones locales, etc.). Estas deben incluir estrategias para abordar la violencia de género y los asuntos de SDSR, que comienza, pero no se limita al Minimum Initial Service Package -MISP- (Paquete de servicio inicial mínimo) en salud reproductiva en emergencias. Para el largo plazo, es imperativo que:
 - Las agendas sin lograrse de CIPD y los ODM continúen y se expandan para poner mayor énfasis en la erradicación de la violencia de género y la plena aceptación de la SDSR;
 - Organismos intergubernamentales a nivel

regional (ASACR, ANSA y el Foro de las Islas del Pacífico) desarrollan mecanismos para medir el progreso sobre violencia de género y la SDSR; y

- Las ONG actúan como vigilantes y activistas para completar la agenda de Cairo y las metas del ODM 5 (a y b)

Muchos campamentos crearon espacios seguros para mujeres donde podían relajarse, interactuar con otras mujeres y donde se brindaban actividades económicas e información sobre higiene/salud.

La última palabra. Debemos recordar que la violencia de género y la negación de la SDSR es un problema en general en la región que está profundamente arraigado en el patriarcado.

En el centro de ambos está el control de la sexualidad y la capacidad de reproducción de las mujeres. En emergencias, los socorristas concientizados y las medidas preventivas eficaces pueden brindar servicios a las mujeres y niñas. Es posible que esto evite/reduzca algunas de las formas de violencia de género –que son pasos importante en sí, pero que no son suficientes para lograr una SDSR integrales y eliminar la violencia de género. La lucha a largo plazo utilizando diferentes estrategias debe continuar para movilizar a las mujeres y niñas, y ayudar a permitirles tener confianza y capacidad para ser sus propios agentes y tomar decisiones sobre sus derechos sexuales y reproductivos – incluidas las elecciones en matrimonio o pareja (sexual), la cantidad de hijos, el intervalo de los embarazos y la elección de anticonceptivos – y combatir la violencia de género.

⁸ Shirkat Gah repitió su intervención inicial y estableció seis espacios para mujeres en todo Pakistán, esta vez específicamente concentrándose en violencia de género y SDSR.

Consulte el informe de Shirkat Gah sobre lecciones aprendidas (En imprenta).

Reafirmar los roles de las/os jóvenes en el abordaje de la violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos

La violencia de género¹ y las/os jóvenes.

Las/os jóvenes tienen derecho a vivir libres de violencia y a acceder plenamente a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Estos derechos se han reivindicado en muchos acuerdos internacionales firmados por los gobiernos de Asia.²

Sin embargo, los datos de investigaciones muestran cuán a menudo estos derechos no se cumplen. A nivel global, entre el 7 % y el 48 % de las adolescentes mujeres y entre el 0,2 % y 30 % de los adolescentes varones registran haber tenido su primera experiencia sexual forzada.³ En el Sudeste asiático, las investigaciones demuestran números altos de violencia sexual. En Tailandia, por ejemplo, una en cuatro mujeres jóvenes tuvo su primera relación sexual por la presión de sus novios.⁴ En Filipinas, el 57 % de las primeras relaciones sexuales no fueron planeadas ni consensuadas.⁵ El estudio multipaís de la OMS revela que las mujeres más jóvenes, especialmente las que tienen entre 15 y 19 años, tienen mayor riesgo de experimentar violencia en la pareja.⁶

Al examinar el asunto de la violencia de género, es crítico reconocer la diversidad de los/as jóvenes. La definición de “juventud” y la percepción de ella son diferentes entre las sociedades. Está influenciada por los contextos sociales, políticos, culturales y económicos de una sociedad y determinados por el lugar de un individuo en términos de género, clase, casta, etnia, raza y orientación sexual entre otros aspectos de la diferenciación social.⁷

La violencia de género hacia las/os jóvenes no se limita a los hombres y las mujeres jóvenes heterosexuales, la violencia hacia las lesbianas, los gay, las personas bisexuales, transgénero, intersexuales y jóvenes (LGBTIQ)

también prevalece. En Filipinas, un estudio nacional sobre fertilidad y sexualidad en jóvenes reveló que el 15,8 % de los hombres jóvenes gay y bisexuales y el 27,6 % de las mujeres jóvenes lesbianas y bisexuales habían tenido intentos de suicidios comparado con el 7,5 % de los hombres jóvenes heterosexuales y el 18 % de las jóvenes mujeres heterosexuales. Este alto riesgo de suicidio se relaciona con experiencias de discriminación y violencia basada en la orientación sexual, la percepción de la estigmatización y homofobia internalizada.⁸ Como las leyes y normas penalizan y estigmatizan las relaciones no heterosexuales, los y las jóvenes que tienen otras identidades de género y orientaciones sexuales han tenido dificultades adicionales para informar acerca de sus experiencias de violencia de género.

Reconsiderar la diversidad también significa observar experiencias de mujeres jóvenes que viven con discapacidades. A pesar de los escasos datos en la región sobre violencia de género y mujeres jóvenes con discapacidad, estudios de mujeres con discapacidad comprueban que tienden a ser más vulnerables ante la violencia sexual, la violencia en la pareja, la explotación en el lugar de trabajo, así como también a violaciones de los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, un estudio en Odisha, India, muestra que todas las mujeres y niñas con discapacidad padecieron abuso sexual, el 25 % de las mujeres con discapacidad intelectual han sido violadas, mientras que el 6 % han sido esterilizadas a la fuerza.⁹ La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce “que las mujeres y niñas con discapacidad a menudo están en mayor peligro dentro y fuera del hogar de sufrir violencia, lesiones o abuso, no recibir tratamiento o recibir tratamiento negligente, sufrir maltrato o explotación”.¹⁰

Notas

1 Si bien este artículo se refiere a la violencia en la pareja principalmente por limitaciones de espacio, las jóvenes sufren otros tipos de violencia de género que merecen considerarse, como el abuso sexual por parte de miembros de la familia y extraños, la explotación sexual, las violaciones, la mutilación genital femenina y la violencia de género en las escuelas. Todos estos tipos de violencia de género entre las/os jóvenes varían según la cultura, los países y las regiones.

2 Estos incluyen la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y el Programa de Desarrollo de la Plataforma de Acción, y la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo.

3 ARROW. (2010). Understanding the critical linkages between gender-based violence and sexual and reproductive health and rights: Fulfilling commitments towards MDG+15. Malaysia: ARROW & UNFPA.

4 Gubhaju, B. (2002). Adolescent Reproductive Health in Asia. Asia-Pacific Population Journal, 17(4), 98-119.

5 University of the Philippines Population Institute (UPPI). (2002). 2002 Young Adult Fertility and Sexuality Study (YAFS) III. Philippines: UPPI. Cited in Hain, 2009, Too Young, Too Curious, which is cited in ARROWS for Change (AFC) Vol. 17 No. 2 Concept Note.

6 Garcia-Moreno; et. al. (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. Switzerland: WHO. Cited in AFC Vol. 17 No. 2 Concept Note.

7 Angelina, M. (2010). “The ABC Approach Unpacked: Assumptions versus Lived Reality of Youth and Safe Sex in Sub-Saharan Africa.” Best Student Essays of 2009/2010. Netherlands: Institute of Social Studies.

8 Manalastas, E. (2009). Dyke Dialogues/ Rainbow Exchange Series, Filipino LGB Youth and Suicide Risk: Findings from a National Survey. The Philippines: University of the Philippines Diliman. Cited in EnGendeRights, 2009, Shadow Letter to the Committee on the Rights of the Child: Supplementary information on the Philippines scheduled for review by the Committee on the Rights of the Child on 15 September; which is cited in ARROWS for Change Vol. 17 No. 2 Concept Note.

Notas

Los vínculos entre la violencia de género y la SDR. Los embarazos no deseados son precisamente una de las consecuencias tangibles de la coerción sexual y la violencia física en las relaciones de pareja. La violencia en la pareja también está relacionada con diferentes asuntos de SDR, como el aborto inseguro, las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, la mortalidad y morbilidad maternas y el trauma psicológico.¹¹ Esto es preocupante, dado los más de 15 millones de chicas entre 15 y 19 años que dan a luz cada año como resultado de los matrimonios tempranos y los embarazos tempranos. Además, actualmente, el 50 % de los nuevos infectados con VIH son jóvenes de entre 15 y 24 años, de los cuales el 60 % son niñas.¹²

Un estudio de UNICEF en nueve países, incluido Camboya, reveló que las niñas que se casan antes de los 18 años son más propensas a sufrir violencia en la pareja que sus pares, que se casan más tarde.¹³ Tienen menos poder en la negociación de sus derechos sexuales y reproductivos, como en la decisión de si tener relaciones sexuales o no, usar anticonceptivos, continuar el embarazo o tener hijos. La incapacidad de reclamar sus derechos coloca a las mujeres en mayor riesgo ante las ITS, incluido el VIH.³ También son vulnerables a sufrir lesiones o morir a causa de ellas, infecciones y discapacidad por el embarazo y el parto.¹⁴ Para las mujeres jóvenes, todos esto representa potenciales limitantes para sus elecciones de vida.¹¹ Esto puede reducir seriamente las oportunidades de educación y empleo y tener un impacto negativo a largo plazo en la calidad de vida de ellas y sus hijos.¹² Aparte de la vulnerabilidad de la salud sexual, en las relaciones con violencia, las mujeres jóvenes tampoco pueden ejercer sus derechos sexuales, incluido el derecho al placer.

La violencia hacia la juventud LGBTQ, como las violaciones a los niños gays, puede resultar en trauma psicológico, ITS y VIH. Además, las violaciones “correctivas” entre las jóvenes lesbianas podrían terminar en complicaciones de embarazos no deseados y mayores probabilidades de un aborto inseguro o mortalidad y morbilidad maternas.

Empoderar a las mujeres jóvenes + involucrar a los hombres = cortar el círculo de violencia.

Las causas de la violencia son complejas, muchas son sociales, políticas y estructurales. Las mujeres y niñas a menudo son vulnerables ante la violencia de género porque las normas y las creencias sociales refuerzan el rol de subordinación de mujeres y niñas en muchas sociedades.¹⁵

Algunos países del Sudeste asiático tienen normas y creencias sociales que están integradas en valores religiosos fuertes, que tienen impacto en las leyes, las políticas y los programas. Por ejemplo, la Indonesian Marriage Law (Ley de Matrimonio de Indonesia) establece que la edad mínima requerida para casarse para las mujeres sea de 16 años, menos que la edad establecida para los hombres, 19 años.¹⁶ Esto claramente muestra como la sociedad ubica a las mujeres en una posición inferior, donde se considera que pueden casarse y dar a luz a temprana edad, a pesar de los costos del matrimonio temprano y los partos prematuros en mujeres y sus niños.¹⁷ Esto se combina con la ausencia de una perspectiva en la que mujeres y niñas tienen derecho a la educación, mejores empleos e integridad física.

Al examinar el asunto de la violencia de género, es crítico reconocer la diversidad de los/as jóvenes. La definición de “juventud” y la percepción de ella son diferentes entre las sociedades.

La creencia de que la violencia es aceptable en algunas circunstancias aún prevalece en la sociedad del Sudeste asiático. Estudios revelan que si bien la exposición a la violencia no necesariamente debería llevar a una conducta violenta, puede formar actitudes y creencias en las/os jóvenes para que acepten la violencia.¹⁸ Los programas para jóvenes que desafían los roles de género y las relaciones de poder, promueven el empoderamiento de mujeres

9 United Nations. (2006). Fact Sheet: Some Facts about Persons with Disabilities. Cited in Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities of the Department of Economic and Social Affairs; United Nations Population Fund & Wellesley Centers for Women. (2008). Disability Rights, Gender, and Development: A Resource Tool for Action.

10 UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Preamble, q).

11 International Institute for Population Sciences (IIPS) and Population Council. (2009). Violence within marriage among young people in Tamil Nadu, Youth in India: Situation and needs 2006-2007. Policy Brief No. 12. Mumbai: IIPS. Cited in AFC Vol. 17 No. 2 Concept Note.

12 The Working Group on Girls. (2006). The right to protection: The girl child and gender-based violence. www.girlsrights.org/fact_sheets_files/Violence.pdf

13 UNICEF. (2005). Early marriage: A harmful traditional practice. UNICEF: New York. Cited in ICRW. (2006). Child marriage and domestic violence. Washington, DC, USA: ICRW.

14 UN Women Virtual Knowledge Centre to End Violence against Women and Girls. Adolescents. www.endvawnow.org/en/articles/685-adolescents.html

15 CARE. (2010). Bringing an end to gender-based violence. USA.

16 UNICEF. Adolescent and Youth: The Big Picture. http://www.unicef.org/adolescence/index_bigpicture.html

17 Population Reference Bureau and Advocates for Youth. Youth and marriage: Trends and challenges. USA: National Academies Press.

jóvenes, el respeto por la igualdad de derechos de las mujeres jóvenes, el respeto por los derechos de las personas LGBTIQ y enfatizan la inaceptabilidad de la violencia pueden tener un fuerte impacto en la erradicación del ciclo de violencia. Las personas jóvenes, sin importar el sexo, la identidad de género y la orientación sexual, pueden trabajar en conjunto para lograr un mundo sin violencia.

De compromisos internacionales a implementación nacional.

Si consideramos que los compromisos internacionales en relación a la violencia de género en jóvenes han existido desde hace 10 o 15 años, la implementación a nivel nacional ha sido muy baja y desaparece. Si bien en la mayoría de los países en la región hay leyes sobre violencia de género, la mayoría de estas no consideran las necesidades y realidades de las/os jóvenes, y los mecanismos de informe amigables para éstas/os apenas existen. Por ejemplo, en Indonesia, la ley regula la violencia en la pareja solo dentro del matrimonio legal, mientras que en la práctica, los matrimonios religiosos, sin base legal, son una práctica común entre los jóvenes. La ley no cubre estos ni otros casos de violencia durante el noviazgo. La falta de acceso a información de calidad, científica y sin prejuicios, y a servicios y suministros de salud sexual y reproductiva amigables para las/os jóvenes, que incluya el acceso a la anticoncepción, la anticoncepción de emergencia y el aborto seguro, son grandes preocupaciones. En muchos países del Sudeste de Asia el aborto es ilegal o muy restringido, o incluso si está permitido, existen muchas barreras para que las mujeres jóvenes puedan acceder a él, que incluye el consentimiento de los padres o de la pareja.

Llamado urgente a la participación activa de las/os jóvenes. Si bien es importante destacar el tema de la violencia de género y la SDR entre las/os jóvenes, también es extremadamente importante que se consulte a las/os jóvenes y se los incluya en las medidas para abordar este asunto de manera urgente. Como grupo que directamente sufre este problema, lo entienden mejor y entenderían qué estrategias podrían funcionar.

¿Qué significa “participación activa de las/os jóvenes”? Aquí hay algunas características: moviliza a otros jóvenes; se concentra en los aportes de las/os jóvenes, brinda espacios para los procesos de liderazgo de las/os jóvenes; crea y fortalece la capacidad de las/os jóvenes; tiene roles claramente definidos para las/os jóvenes que participan; es plenamente inclusivo y accesible para todos; tiene procesos transparentes; es visible y reconocido por otros actores; incluye una implementación y mecanismos de monitoreo; considera los contextos nacionales y garantiza la implementación local de las decisiones internacionales; está conectado con la política y el impacto y la realidad diaria.¹⁹ Además, la participación debería involucrar y dar espacio para todo tipo de jóvenes, incluidos jóvenes que viven en áreas rurales, jóvenes que viven con VIH, con discapacidad, jóvenes LGBTIQ y muchos más. Además, las/os jóvenes deberían participar no solo en actividades de proyectos, sino como decisores dentro de los comités directivos de los proyectos y en la estructura que gobierna, no solo por motivos relacionados a los derechos de participación, sino también para mejorar la calidad de las políticas los servicios para la juventud.²⁰ Además, la asociación jóvenes-adultos es fundamental, y los modelos efectivos deben estudiarse e implementarse.

Hacia el diseño de los próximos marcos de desarrollo. Como los objetivos de la CIPD y los ODM se vencen en 2014 y 2015, es necesario reafirmar el rol de las/os jóvenes, que incluye a las organizaciones lideradas por ellas/os, como socios igualitarios en el desarrollo. Las/os jóvenes deben verse como actores clave para romper con el ciclo de violencia y lograr la SDR. Tienen que participar activamente en el diseño de políticas, planificación de programas, implementación, monitoreo y evaluación en todos los niveles. Esto significa empoderamiento de las mujeres jóvenes, que incluye la brindarles educación basada en los derechos, así como también satisfacer las necesidades de los hombres jóvenes y trabajar con ellos para cambiar las relaciones de género y poder. Finalmente, hay una necesidad urgente de crear marcos de desarrollo que incluyan la diversidad de las/os jóvenes, que sean menos sesgados y que sean más igualitarios y justos en sus metas.

Notas

¹⁸ Domestic Violence & Incest Resource Centre Victoria (DVIRC). (2005). *Young People and Domestic Violence Factsheet*. Australia: DVIRC.

¹⁹ Open Society Foundation and British Council. (2011). *Meaningful Participation by Young People in International Decision-making: Principles, Practice and Standards for the Future*. The London Symposium Report.

²⁰ UNFPA and IPPF. (2004). *Addressing the Reproductive Health Needs and Rights of Young People since ICPD: The contribution of UNFPA and IPPF: Synthesis Report*

Cuestionar las raíces: cambiar las normas de género para crear apoyo para la igualdad de género y la no violencia

Bajo los resultados negativos de la salud y la violencia de género se encuentran las normas de género inequitativas que forman expectativas en relación con las conductas individuales de hombres y mujeres, así como definen las interacciones entre éstos. Estas normas reducen la autonomía de las mujeres, refuerzan la autoridad de los hombres en la toma de decisiones y el control sobre las mujeres, y tienden a permitir o justificar el uso de violencia. Al mismo tiempo, las normas de género y las expectativas relacionadas con la femineidad socaban el poder de decisión de mujeres y niñas y aumentan su vulnerabilidad a resultados de salud sexual y reproductiva (SSR) negativos y violencia.

Una iniciativa llamada Gender Equity Movement in Schools –GEMS– (Movimiento por la igualdad de género en las escuelas) trabajó con niños y niñas de 12 a 14 años en entornos escolares para hacer que las actitudes hacia el género sean menos rígidas, más equitativas y menos tolerantes con la violencia.¹ El estudio utilizó un diseño casi experimental y lo llevaron adelante en 45 escuelas seleccionadas al azar en Mumbai, India, durante dos años académicos (de octubre de 2008 a marzo de 2009 y de septiembre de 2009 a marzo de 2011). Las escuelas se seleccionaron de manera aleatoria y se distribuyeron por igual en tres grupos: el primero con clases y campañas, el segundo con solo campañas y el tercero sin intervención. Alrededor de 8.000 estudiantes participaron en el estudio.

Las clases incluyeron actividades para invitar a los estudiantes a que reflexionen de manera crítica sobre el género y la violencia, y las

campañas iniciaron el diálogo público y propiciaron un ambiente no amenazante para discutir estos temas en las escuelas. El enfoque del GEMS reconoce la importancia de ir más allá de las competencias para la vida para cuestionarse las construcciones básicas de género. Dar información no alcanza; deben crearse espacios para el debate y la reflexión para poder cambiar las creencias. En caso contrario, las escuelas como instituciones que tienen impacto en la socialización temprana continuarán con el status quo, formando valores y conductas que sostienen la desigualdad de género y el uso de violencia.

Para medir el impacto de la iniciativa, se recolectaron datos cuantitativos en tres momentos: al inicio, 1.º seguimiento luego de un año de intervención y 2.º seguimiento al final del segundo año de intervención. Un total de 2.035 estudiantes (1.100 niñas y 935 niños) de VI y VII grado participaron al inicio y 1.º seguimiento, mientras que 754 estudiantes de VI grado (426 niñas y 328 niños) participaron en las tres rondas.

Al mismo tiempo, las normas de género y las expectativas relacionadas con la femineidad socaban el poder de decisión de mujeres y niñas y aumentan su vulnerabilidad a resultados de salud sexual y reproductiva (SSR) negativos y violencia.

¹ International Centre for Research on Women (ICRW), CORO for Literacy y Tata Institute of Social Sciences (TISS) implementaron GEMS en escuelas municipales seleccionadas de Mumbai, India.

² Se utilizó una versión adaptada y modificada de Gender Equity Men's Scale (Escala de Igualdad de Género de los Hombres).

Los resultados de la evaluación muestran un cambio positivo en las actitudes hacia las normas de género, la sexualidad y la violencia. Algunas de las afirmaciones* sobre las que debían reflexionar les solicitaban a los estudiantes que evaluaran su apoyo a las normas de género.

Los niños y niñas en las escuelas intervenidas, en particular aquellas que tuvieron sesiones durante las clases, apoyaban menos las normas desiguales de género, mientras que en el grupo de control no se observó ningún cambio, poco cambio o un cambio negativo. El cambio positivo fue más pronunciado entre las niñas que entre los niños. Por ejemplo, luego de la intervención una alta proporción de estudiantes no estuvieron de acuerdo con la afirmación: “Como las niñas deben casarse, no deberían recibir educación superior”, (niñas: 53 % a 65 %; niños: 48 % a 57 %) comparado con el grupo de control (niñas: 44% a 43%; niños: 49% a 40%).

Los resultados de la evaluación muestran un cambio positivo en las actitudes hacia las normas de género, la sexualidad y la violencia.

Sobre las afirmaciones de sexualidad, como “Las niñas provocan a los niños con sus pantalones cortos”, a pesar de que hay un aumento en la proporción de estudiantes que discrepan de esta afirmación en el 1.º seguimiento en las escuelas intervenidas (niñas: 43 % a 52 %; niños: 27 % a 35 %), no hubo cambios o una disminución en las escuelas de control. Un patrón similar se observa en el tiempo sobre la percepción de los estudiantes con respecto a la violencia sexual y la violencia en las relaciones, como lo miden las afirmaciones, como “A veces está bien que los niños golpeen a las niñas”. Estos hallazgos indican que con el tiempo, los estudiantes tienden a obtener mensajes estereotípicos sobre la sexualidad y la violencia sexual, a menos que las intervenciones se realicen de manera sistemática a más temprana edad para concientizarlos.

Se notó un incremento en la demanda de información sobre cambios corporales en las escuelas intervenidas en comparación con las escuelas de control. La intervención también ayudó a mejorar la confidencialidad. Luego de participar en la iniciativa, los estudiantes expresaron sentirse más seguros en protestar y denunciar propuestas sexuales no deseadas (niñas: 51 % a 79 %; niños: 48 % a 66 %), un hallazgo que es prometedor para la seguridad y la salud.

Además, el 78 % de las niñas y el 77 % de los niños informaron que luego de participar en la intervención de GEM se sintieron más cómodas con los estudiantes del sexo opuesto. Nociones de sexualidad y la forma en que uno se relaciona con el sexo opuesto son componentes importantes de las relaciones sexuales saludables.

Estos indicadores sobre percepciones y autoeficacia son importantes y precursores necesarios para una mejor SSR y mejores relaciones. Esto es importante para establecer las bases de la comunicación entre las parejas sobre diversos temas, incluidos la negociación de las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos. De la misma manera, el aumento de la confianza para hablar y buscar información es un indicador importante para acciones de concientización y proacción con respecto a la salud.

Este programa demuestra la viabilidad y el potencial de modelar normas de género hacia relaciones más igualitarias.

Se notó un incremento en la demanda de información sobre cambios corporales en las escuelas intervenidas en comparación con las escuelas de control.

MONITOREO DE ACTIVIDADES A NIVEL PAÍS

Regional

Notas

La violencia sexual, como las violaciones o la explotación sexual, a menudo aumentan en las situaciones de crisis, los desplazamientos forzados y levantamientos contra la ley y el orden. A pesar de esto, la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) a menudo se pasan por alto, dejando a las mujeres y niñas en crisis vulnerables ante muertes y discapacidad prevenibles. La iniciativa SPRINT, liderada por International Planned Parenthood Federation (IPPF) en colaboración con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y otros aliados nacionales e internacionales,¹ tiene como objetivo mejorar los resultados de salud de poblaciones afectadas por las crisis al reducir las enfermedades, la discapacidad y las muertes prevenibles relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Opera en África, Asia del Sur y del Sureste y Pacífico. SPRINT facilita la implementación del Minimum Initial Service Package for Reproductive Health in Crisis Situations -MISP- (Paquete de servicio inicial mínimo para salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis), el estándar internacionalmente aceptado para la coordinación y el cuidado de la SSR en contextos de emergencia.

La prevención de la violencia sexual y la atención médica para las/os sobrevivientes es uno de los cinco componentes prioritarios de MISP.² El MISP incluye la adopción de un enfoque multisectorial para garantizar que las mujeres, los hombres y las/os jóvenes tengan acceso a servicios de SSR seguros, confidenciales y culturalmente adecuados, como emergencia obstétrica, anticoncepción, VIH y prevención y tratamiento de ITS, y consejería psicológica para la violencia sexual.

En Birmania, a pesar de las circunstancias desafiantes, el equipo del país apoyado por SPRINT fue pionero en brindar atención a las personas sobrevivientes de violencia sexual durante situaciones de crisis. Desde el ciclón Nargis en 2008, los becarios de SPRINT, en particular de UNFPA, han capacitado a más de 200 trabajadores de la salud y humanitarios en violencia de género y manejo clínico de la atención para las sobrevivientes de violaciones. El establecimiento de grupos de coordinación interagencial a nivel

nacional, que comprende al gobierno, Naciones Unidas, representantes de la sociedad civil ha permitido por primera vez que se discutan abiertamente temas de violencia sexual y crisis. Esto hizo más fácil la provisión de servicios de violencia sexual durante las crisis subsiguientes, como durante el ciclón Girl en 2010. Dado que la violencia sexual que se produce durante las crisis a menudo pasa desapercibida o no se denuncia, estar listos para brindar una respuesta ante la violencia de género es fundamental a la hora de garantizar que las poblaciones vulnerables afectadas por estas crisis tengan acceso a atención que salva vidas.

Mientras tanto, en las Filipinas, los tifones Pedring y Quiel azotaron la isla Luzón en septiembre de 2011. La Family Planning Organisation of the Philippines -FPOP- (Organización sobre Planificación Familiar de Filipinas), apoyada por IPPF de Asia del Este y Sudeste y Oceanía (IPPF ESEAOR, por sus siglas en inglés) y la iniciativa SPRINT, posibilitó el acceso necesario a servicios de salud reproductiva para las poblaciones afectadas por el tifón. Muchas de las más de 200.000 familias afectadas tuvieron que recurrir a refugios temporales creados apresuradamente por el gobierno local. Las condiciones humanitarias en estos centros eran desafiantes, ya que estaban demasiado pobladas y no contaban con las instalaciones básicas, como agua y saneamiento, electricidad y colchonetas para dormir. Las mujeres y niñas se volvieron vulnerables en estas circunstancias precarias, ya que los riesgos de la violencia sexual y los embarazos no deseados y los abortos inseguros posteriores aumentaron.

FPOP, bajo el auspicio del equipo de coordinación de la salud, estableció equipos de coordinación de MISP para apoyar la respuesta a la SSR en cinco de las provincias más afectadas. Las unidades de salud abordaron la violencia sexual, brindando servicios como un asunto de suma importancia pero en el cual tenían poca experiencia. Para mejorar las respuestas para los sobrevivientes de violencia sexual, FPOP brindó orientación y suministros médicos a los proveedores de salud del gobierno para el manejo clínico y la atención a sobrevivientes

¹ La iniciativa SPRINT está financiada por el Gobierno de Australia a través de AusAID.

² Para más información sobre los cinco objetivos de MISP, consulte www.rhrc.org/rhr_basics/mispoverview.html

de violaciones. El Philippine National Police Women's Desk (Departamento de Mujeres de la Policía Nacional de Filipinas), los proveedores de la salud y la Social Work and Development Office (Oficina de Trabajo Social y Desarrollo) también fueron incluidos en los mecanismos de coordinación para desarrollar procedimientos estándar de derivación entre los servicios médicos, psicosociales y legales. Dichos sistemas permiten a las mujeres acceder a la atención sin que se las mande de un lugar a otro entre los servicios, lo que a menudo funciona como impedimento para que accedan a ellos. Estos esfuerzos liderados por FPOP en colaboración con el gobierno, NU y otras ONG son pasos críticos en la integración de servicios de SSR y violencia sexual en la respuesta de la salud estándar durante las crisis.

Los estudios de caso arriba mencionados demuestran que se han producido logros y que se pueden conseguir al reconocer la SDSR de las poblaciones afectadas. Sin embargo, todavía hay un largo camino por recorrer para satisfacer la SDSR de las/os sobrevivientes al desplazamiento y la violencia sexual en contextos de emergencia. El estigma, la falta de trabajadores de la salud capacitados y el conocimiento de los servicios disponibles continúan siendo algunas de las barreras para acceder. La iniciativa SPRINT y su red de aliados están comprometidos con el abordaje de estas barreras antes, durante y luego de las crisis para garantizar que las personas afectadas por la violencia de género en contextos de emergencia tengan acceso a servicios de SSR efectivos.

Notas

Fuente: Keya Saha-Chaudhury, Coordinador, Iniciativa SPRINT, IPPF ESEAOR, Malasia. KSaha@ippfeseaor.org

Kirguistán

Los patrones étnicos y sociales son todavía muy fuertes en las zonas rurales de Kirguistán, lo cual afecta a la juventud rural de dicho país. Un ejemplo de la violación cultural es la práctica de secuestrar a las novias, lo cual tiene un alto impacto en los derechos de las mujeres jóvenes, incluidos los derechos reproductivos y sexuales. Si esto no es consensuado, es una forma de violencia contra las mujeres y viola los derechos de mujeres y niñas a la integridad física y a elegir una pareja, la libertad de movimiento y de una vida sin violencia. Estudios³ revelan que el 50 % de las mujeres kirguís están casadas por este matrimonio producto de un secuestro. A pesar de que el secuestro de novias incluye varias acciones, como la fuga consentida, los estudios muestran que dos tercios de ellos no son consensuados. Las violaciones a menudo se consideran un elemento común del secuestro de novias. Combinado con el estigma social de ser una chica no casada que pasa la noche con un hombre y con amenazas, esto empuja a las mujeres a quedarse con sus secuestradores. En algunos casos, el secuestro de novias lleva a que se mate a las jóvenes mujeres o que estas se suiciden.⁴ Una vez que se ven forzadas a casarse, en la mayoría de los casos, las niñas no pueden controlar su sexualidad y sus vidas y a menudo pierden oportu-

nidades de educación, trabajo y avance. Es importante destacar que no hay una obligación cultural de secuestrar a una novia. El secuestro de novias está ligado a la economía, la estructura social, la organización de la familia y la estratificación de género. El secuestro no consensuado está prohibido por la ley kirguís así como también por las convenciones internacionales que ha ratificado la República de Kirguistán. Sin embargo, la implementación de la ley es laxa y a práctica es muy aún muy común. Para ayudar a abordar estos asuntos, la Association of Rural Women -Alga- (Asociación de Mujeres Rurales)⁵ desarrolló un programa de capacitación integral que ha sido adaptado del módulo de capacitación "Stepping Stones" sobre género, SDSR, violencia de género, comunicaciones y relaciones. La filosofía de capacitación de Alga está basada en un fuerte compromiso con diálogos interactivos basados en la experiencia que brindan nuevos caminos para aprender. El programa de la capacitación y los talleres fue diseñado por grupos de personas de diferentes edades y sexo, grupos étnicos y condición social. Este programa de capacitación incluye discusiones sobre el secuestro de novias como un asunto de violencia de género y de SDSR, así como sobre las causas e impacto de la violencia de género. Todos estos temas se en-

3 Kleinbach, R.; Babaarova, G. & Orozbekova, N. (2009). "Reducing non-consensual bride kidnapping in Kyrgyzstan." http://faculty.philau.edu/kleinbachr/new_page_14.htm

4 Hay siete casos de suicidio en 2010 únicamente.

5 Alga fue creada en 1995 por mujeres rurales y tiene como fin mejorar la condición y los estándares de vida de las mujeres rurales a través de la estimulación de la concientización de las mujeres acerca de las realidades y el desarrollo de sus capacidades para la actualización propia, el fortalecimiento de la participación de las mujeres rurales en los esfuerzos de desarrollo y para la incidencia de sus derechos, el desarrollo de estrategias de empoderamiento y estructuras que promueven el crecimiento de la condición social y económica de las mujeres y las comunidades.

marcan en un contexto más amplio de relaciones con las parejas, las familias y la comunidad/sociedad. A lo largo de la capacitación, también se pone énfasis en el desarrollo de las habilidades de comunicación, que son importantes ya que la incapacidad de comunicarse con las mujeres jóvenes es una de las razones mencionadas que los hombres jóvenes dan para secuestrar novias. Además, Alga lleva a delante una escuela para padres jóvenes y consejería para mujeres secuestradas.

Alga ha tenido cierto éxito en estas intervenciones. Hay casos de mujeres que rechazan la práctica de secuestro de novias; el nacimiento de niños con la participación de las parejas masculinas se ha vuelto una práctica aceptable en las comunidades locales y en las maternidades locales; y 21 de los becarios de Alga se volvieron miembros de los consejos locales y distritales (keneshes). Los jóvenes líderes de Alga también han sido invitados al desarrollo de una nueva

política de juventud nacional, donde intentarán garantizar que se incluyan provisiones relacionadas con género, SDSR y el abordaje de la violencia de género y los secuestros de novias. Para poder obtener resultados en un asunto tan delicado como la violencia de género y la SDSR, se deberían desarrollar enfoques de comunicación adecuados. Todos los actores de la comunidad que puedan aumentar el dialogo sobre temas sensibles y crear un entorno favorable deberían participar. Además, los líderes tradicionales, comunitarios y religiosos deberían movilizarse en torno a la SDSR de las/os jóvenes y la prevención de la violencia de género y las violaciones a la SDSR. Además, la igualdad de género debería ser un componente crítico de todo programa de educación para jóvenes. Finalmente, Alga cree que la juventud debería participar en actividades no solo como receptores pasivos, sino como actores activos en la planificación y la realización de programas educativos.

Fuente: Aizhamal Bakashova, Rural Women's Association (Alga), Kirguistán. ngoalga@gmail.com

Nepal

La violencia contra las mujeres (VCM) es una manifestación de las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. En la actual fase de transición en Nepal, la VCM está creciendo de manera preocupante. Una cultura existente de silencio fomentó aún más la VCM y promovió la institucionalización de la impunidad. El Women's Rehabilitation Centre -WOREC- (Centro de Rehabilitación para Mujeres) de Nepal ha estado implementando directamente su programa en VCM y SDSR en seis distritos en Nepal. Además, las actividades de concientización, orientaciones y talleres móviles sobre temas de salud de las mujeres y VCM se llevaron adelante en otros distritos.

Las iniciativas de WOREC para abordar la VCM están directamente relacionadas con su continuo trabajo desde 1998 para abordar las necesidades de salud de las mujeres de comunidades marginalizadas y rurales. WOREC ha estado capacitando a mujeres de la comunidad como ginecólogas no médicas y creó 27 Women's Health Resource and Counselling Centres -WHRCC- (Centros de Recursos y Consejería sobre Salud de las Mujeres) en seis distritos. Los WHRCC fueron medidas eficaces para alcanzar a las mujeres de la comunidad y

su programa de detección ha sido clave para identificar a las mujeres que sufren violencia. Los centros se convirtieron en espacios para compartir y discutir asuntos, que incluye de qué forma la desigualdad social lleva a problemas de salud. Las mujeres de la comunidad comparten sus problemas de salud y experiencias, incluida la VCM, y reciben información importante y consejería, al igual que tratamiento. Los WHRCC fueron instrumentos para empoderar a las mujeres para que ganaran control sobre sus cuerpos y su salud, y para reconocer sus derechos. Aparte de los WHRCC, WOREC también estableció cinco refugios para víctimas de VCM. Se brindaron controles periódicos de la salud, así como derivaciones a los servicios legales y de salud adecuados.

Este enfoque holístico de establecer los WHRCC, en el cual los servicios de consejería y tratamiento los brindan mujeres consejeras de salud, y con la existencia de refugios, han resultado eficaces para abordar la violencia de género y la SDSR. Lo más importante es que esto ha permitido que las mujeres expresen sus problemas de salud y las ha apoyado para afrontar una vida libre de violencia.

Fuente: Babu Ram Gautam y Shaurabha Subedi, WOREC. womenhealth@worecnepal.org y wored.whrd@gmail.com

RECURSOS DEL CENTRO DE CONOCIMIENTO COMPARTIDO DE ARROW SOBRE SDSR

Abramsky, T., et al. (2011). *What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. (¿Qué factores están asociados con la reciente violencia en la pareja? Hallazgos del estudio multipaís de la OMS sobre salud y violencia doméstica de las mujeres)* BMC Public Health, 11(109), 1-17. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049145/?tool=pubmed

Este estudio examina datos de diez países incluidos en el estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica (que incluye Bangladesh, Japón, Samoa y Tailandia). Busca identificar los factores que se asocian consistentemente con el abuso en diferentes lugares para aportar al diseño de programas de prevención de la violencia en la pareja.



Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). (2010). *Understanding the critical linkages between gender-based violence and sexual and reproductive health and rights: Fulfilling commitments towards MDG+15* (Comprender los vínculos

fundamentales entre la violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos: cumplir con los compromisos hacia los ODM+15). Malaysia: ARROW & UNFPA. www.arrow.org.my/publications/GBVBrief.pdf

Este resumen de incidencia tiene como fin informar a los efectores de las políticas y las decisiones sobre los vínculos fundamentales entre eliminar la violencia de género y lograr los ODM, en particular mejorando la salud materna y brindando acceso universal a la salud reproductiva.

Devries, K.M., et al. (2010). *Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries (Violencia en la pareja durante el embarazo: análisis de prevalencia de 19 países)*. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158-170.

Este estudio describe la prevalencia de la violencia en la pareja durante el embarazo en 19 países, incluidos Australia, Camboya y Filipinas, y examina la tendencia a través de las edades y las regiones. Los hallazgos sugieren que la violencia en la pareja durante el embarazo es común, y que las iniciativas globales para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna debe prestar mucha atención a la violencia contra las mujeres (VCM), en particular durante el embarazo.

García-Moreno, C. & Stöckl, H. (2009). *Protection of sexual and reproductive health rights: Addressing violence against women (Protección de los derechos a la salud sexual y reproductiva: abordar la violencia contra las mujeres)*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 144-147.

Este artículo brinda un panorama de la prevalencia de VCM, los factores de riesgo y las consecuencias en la salud de estudios en todo el mundo. También es una evaluación de progreso y de brechas en el abordaje de la violencia contra las mujeres a nivel global en los últimos 15 años. Entre algunas de las recomendaciones figura la necesidad de políticas y servicios para la salud que aborden la violencia más sistemáticamente, en particular aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y para que los proveedores de la salud actúen. También pide el apoyo a las intervenciones de prevención de VCM.

Menon-Sen, K. (2011). *Monitoring and evaluating regional networks against violence: A thinkpiece for Partners for Prevention (Monitoreo y evaluación de redes regionales contra la violencia: un documento para la*

reflexión para los aliados de la prevención), GBV Prevention Network and Intercambios. www.partners4prevention.org/files/resources/evaluation_thinkpiece_final_version__august_2011_o.pdf

Este artículo presenta un marco conceptual, principios y pautas para la evaluación del impacto de iniciativas regionales sobre violencia contra las mujeres. Basada en las experiencias de estas redes de Asia, África y América Latina, la publicación tiene como fin liderar mejores programas y redes más efectivas para terminar con la VCM y podría ser útil para otras organizaciones regionales que trabajan en el cambio social.

Office of the High Commissioner for Human Rights. (2011). *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (UN document number A/HRC/19/41) (Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género: Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos)*. www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/19session/A.HRC.19.41_English.pdf



Este informe innovador es el primer informe de NU para combatir la discriminación y la violencia contra lesbianas, gays, bisexuales y transgénero. Afirma que los gobiernos tienen el deber de proteger a todas las personas de la discriminación y la violencia basada en la

orientación sexual y la identidad de género bajo las leyes de derechos humanos internacionales.

UNFPA Asia and the Pacific Regional Office. 2010. *Health Sector Response to Gender-based Violence: An Assessment of the Asia Pacific Region. (Respuesta del sector de la salud a*

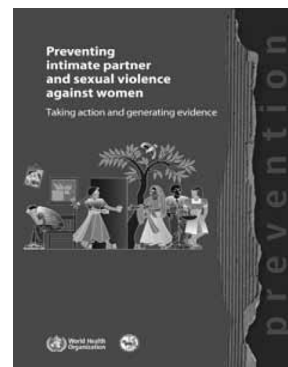
la violencia de género: una evaluación de la región de Asia Pacífico). Thailand: UNFPA. <http://asiapacific.unfpa.org/webdav/site/asiapacific/shared/Publications/2010/Assessment.pdf>

Este informe es una revisión de los enfoques existentes dentro del sector de la salud ante la violencia de género en la región de Asia Pacífico. El informe también incluye marcos normativos para protocolos, gestión y derivación; provisión de servicios; desarrollo de capacidad y vínculos multisectoriales con la violencia de género.

También documenta las lecciones aprendidas y presenta los hallazgos clave y las recomendaciones sobre enfoques y modelos de servicio; desarrollo de capacidad; protocolos y pautas; colaboración y derivaciones; detección; y manejo de documentos y datos. Contiene un anexo de estudios de caso que captura las mejores prácticas en Bangladesh, Malasia, las Maldivas, Papúa Nueva Guinea, las Filipinas, Sri Lanka y Timor del Este.

World Health Organisation (WHO) & London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2010.

Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against Women: Taking Action and Generating Evidence. (Prevenir la violencia en la pareja y la violencia sexual contra las mujeres: tomar acción y generar evidencia). Switzerland: WHO. www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf



Esta publicación tiene como fin brindar información para los efectores de políticas y los planificadores para desarrollar programas impulsados por datos y evidencia para prevenir la violencia en la pareja y la violencia sexual contra las mujeres.

OTROS RECURSOS

ACQUIRE. (2008). *Engaging Boys and Men in GBV Prevention and Reproductive Health in Conflict and Emergency-Response Settings: A Workshop Module. (Involucrar a niños y hombres en la prevención de la violencia de género y la salud reproductiva en contextos de conflicto y de emergencia: un módulo para talleres)*. USA. www.rhrc.org/resources/Conflict%20Manual_CARE_for%20web.pdf

Ashford, L. & Feldman-Jacobs, C. [n.d.] *The crucial role of health services in responding to Gender-Based Violence (El rol crucial de los servicios de salud en la respuesta a la violencia de género)*. USAID, IGWG & PRB. www.prb.org/igwg_media/crucialrole-hlth-srvices.pdf

Bianco, Mabel, Mariño, Andrea y Sacco, Eleonora (2010). *UNGASS Monitoreo de los compromisos asumidos frente al sida en Salud Sexual y Reproductiva*. Sociedad Civil Luchando por Derechos. Informe Argentina. En http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/INF_UNGASS_2010_ARG.pdf

Bianco, Mabel y Moore, Sussana (2011). *Mortalidad Materna: Un indicador de desigualdades transversales*. Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer. Octubre, 2011. En http://feim.org.ar/pdf/Publicaciones/Paper_desigualdades_FEIM_ESP.pdf

Budiharsana, M.P. and Mai Quoc Tung. (2010). *Improving the Health Care Response to Gender-based Violence—Phase II: Project Evaluation Report (Mejorar la respuesta de la atención de la salud ante la violencia de género. Fase II: informe de evaluación de proyecto)*. Vietnam: Population Council. www.popcouncil.org/pdfs/2010RH_GBVIIReport.pdf

Columbini, M., et al. (2011). *One stop crisis centres: A policy analysis of the Malaysian response to intimate partner violence (Centros de crisis integrales: una política de análisis de la respuesta malaya a la violencia en la pareja)*. Health Research Policy and Systems, 9,25. www.health-policysystems.com/content/pdf/1478-4505-9-25.pdf

Comité de ONG de América Latina y el Caribe sobre la Condición de la Mujer (2013). *Documento del Comité de ONG de América Latina y el Caribe sobre la CSW. Documento para la Discusión*. 15 de Febrero, 2013. En <http://feim.org.ar/pdf/csw57.pdf>

Commonwealth of Australia. (2008). *Violence against Women in Melanesia and East Timor: Building on Global and Regional Promising Approaches (Violencia contra las mujeres en Melanesia y Timor del Este: construir en los enfoques prometedores a nivel regional y global)*. Australia. www.ausaid.gov.au/publications/pdf/vaw_cs_full_report.pdf [Includes country supplements for Papua New Guinea, Solomon Islands, Fiji, Vanuatu and East Timor]

Decker, M.R., et al. (2009). *Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women's HIV infection: Findings from Indian husband-wife dyads (La violencia en la pareja funciona tanto como marcador de riesgo como factor de riesgo para la infección de las mujeres con VIH: hallazgos de la diada india esposo-esposa)*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 51(5), 593-600.

De Dios, A.; Dungo, N. & Herrera, M. (2009). *Violence against Women Is Not Inevitable: A Comprehensive Study on Gender-based Violence in CARAGA Region (La violencia contra las mujeres no es inevitable: un estudio integral sobre la violencia de género en la región CARAGA)*. Philippines: Miriam College.

Fuli, E. (2007). *The Maldives Study on Women's Health and Life Experiences (Estudio en Maldivas sobre la salud y las experiencias de vida de las mujeres)*. Maldives: Ministry of Gender and Family. <http://minivannews.com/files/2010/10/Maldives-Study-on-Womens-Health-and-Life-Experiences-2007.pdf>

Garcia-Moreno, C. & Watts, C. (2011). *Violence against women: An urgent public health priority (Violencia contra las mujeres: una prioridad urgente de salud pública)*. Bulletin of the World Health Organisation, 89,2. www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/bulletin_88_12/en/index.html

The Global Coalition on Women and AIDS. (2011). *Women who use drugs, harm reduction and HIV (Mujeres que utilizan drogas, reducción del daño y VIH)*. Switzerland. www.womenandaids.net/CMSPages/Get-File.aspx?guid=74d74180-8cba-4b95-931e-90bdoc4abef4&disposition=inline

Gender and Development for Cambodia (GADC). (2010). *A Preliminary Analysis Report on Deoum Troung Pram Hath in Modern Cambodia: A Qualitative Exploration of Gender Norms, Masculinity and Domestic Violence (Informe preliminar sobre Deoum Troung Pram Hath en la Camboya moderna: una exploración cualitativa de las normas de género, masculinidad y violencia doméstica)*. Cambodia. www.partners4prevention.org/files/resources/a_qualitative_exploration_of_gender_norms_masc_and_dv_cambodia.pdf

Guttenbeil-Likiliki, O.L. (2010). *Gender-based Violence and the MDGs in Tonga (Violencia de género y ODM en Tonga)*. ARROWs for Change, 16(1 & 2), 9-10. Malaysia: ARROW. www.arrow.org.my/publications/ARROW_Resources_AFC/v16n1&2.pdf

Interagency Gender Working Group (IGWG). (2010). *Gender-based violence: Impediment to reproductive health (Violencia de género: impedimento para la salud reproductiva)*. USA: Population Reference Bureau. www.prb.org/igwg_media/gbv-impediment-to-RH.pdf
International Institute for Population Sciences (IIPS) and Population Council. (2009). *Violence within marriage among young people in Tamil Nadu (Violencia en el matrimonio entre los jóvenes en Tamil Nadu), Youth in India: Situation and needs 2006-2007*. www.popcouncil.org/pdfs/2009PGY_YouthInIndiaBriefViolenceTN.pdf

Kisekka, M.N. (2007). *Addressing Gender-based Violence in East and Southeast Asia. (Abordar la violencia de género en el Este y Sudeste de Asia)*. Thailand: UNFPA APRO. http://asiapacific.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/1978;jsessionid=5750F214A93A684DB01EEE7D1E065057

Miller, E., et al. (2010). *Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy (Coerción en el embarazo, violencia en la pareja y embarazo no deseado)*. Contraception, 81, 316-322. www.dvstats.org/pdf/reproduction/Pregnancy-Coercion-study.pdf

Miller, E. & Silverman, J.G. (2010). *Reproductive coercion and partner violence: Implications for clinical assessment of unintended pregnancy (Coerción reproductiva y violencia en la pareja: implicancias para la evaluación clínica de embarazos no deseados)*. Expert Review of Obstetrics and Gynecology, 5(5), 511-515.

Raifman, S., et al. (2011). *The prevention and management of HIV and sexual and gender-based violence: Responding to the needs of survivors and those-at-risk (La prevención y el manejo del VIH y la violencia sexual y de género: responder a las necesidades de los sobrevivientes y las personas en riesgo)*. USA: Population Council. www.popcouncil.org/pdfs/2011_HIVSGBVBrief.pdf

Rani, M. & Bonu, S. (2009). *Attitudes towards wife beating: A cross-country study in Asia (Actitudes hacia la golpizas a las esposas: un estudio a nivel países en Asia)*. Journal of Interpersonal Violence, 24(8), p. 1371-1397.

Secretariat of the Pacific Community (SPC). (2007). *The Samoa Family Health and Safety Study (Estudio de seguridad y salud familiar en Samoa)*. New Caledonia: SPC, UNFPA & Government of Samoa. http://210.7.20.137/Publications/Talk_Gender/VAWC_Study_Samoa_Web.pdf

SPC. (2009). *Solomon Islands Family Health and Safety Study Report (Informe sobre seguridad y salud familiar en las Islas Salomón)*. New Caledonia: Ministry of Women, Youth and Children Affairs & SPC. http://210.7.20.137/Publications/Talk_Gender/VAWC_Study_Solomons_Web.pdf

SPC. (2010). *Kiribati Family Health and Support Study Report (Informe sobre seguridad y salud familiar en Kiribati)*. New Caledonia: Ministry of Internal and Social Affairs & SPC. http://210.7.20.137/Publications/Talk_Gender/VAWC_Study_Kiribati_Web

UNFPA. (2010). *Swimming against the Tide: Lessons Learned from Field Research on Violence Against Women in Solomon Islands and Kiribati (Nadar contra la corriente: lecciones aprendidas del campo de la investigación en violencia contra las mujeres en las Islas Salomón y Kiribati)*. Fiji: UNFPA Pacific Sub-regional Office. http://210.7.20.137/Pages/Talk_Gender.html

UNIFEM. (2010). *Ending Violence against Women and Girls: Evidence, Data and Knowledge in the Pacific Island Countries, Literature Review and Annotated Bibliography (Terminar con la violencia contra las mujeres y las niñas: evidencia, datos y conocimiento en los países del Pacífico, revisión de literatura y bibliografía anotada)*. Fiji: UNIFEM Pacific Sub-Regional Office. www.undp.org.fj/pdf/unp/evaw.pdf

RECURSOS DE ARROW

ARROW. (1995-2011). *ARROWs for Change Volumes 1-17*. <http://arrow/index.php/publications/arrows-for-change.html>

ARROW. ARROW Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Database of Indicators. www.srhrdatabase.org

ARROW. (2011). *Reclaiming & Redefining Rights—Thematic Studies Series 4: Maternal Mortality and Morbidity in Asia (Mortalidad materna y morbilidad en Asia)*. 104p. US\$10.00

ARROW. (2011). *Reclaiming & Redefining Rights—Thematic Studies Series 3: Reproductive Rights and Autonomy in Asia (Derechos reproductivos y autonomía en Asia)*. 156p. US\$10.00

Ravindran, T.K.S. (2011). *Reclaiming & Redefining Rights—Thematic Studies Series 2: Pathways to Universal Access to Reproductive Health Care in Asia (Caminos para el acceso universal a la atención de la salud reproductiva en Asia)*. ARROW. 92p. US\$10.00

ARROW. (2011). *Reclaiming & Redefining Rights—Thematic Studies Series 1: Sexuality & Rights in Asia (Reclamar y redefinir los derechos: Serie de estudios temáticos 1: Sexualidad y derechos en Asia)*. 104p. US\$10.00

ARROW. (2010). *ARROW Publications 1994-2010*. [DVD].

ARROW & WHRAP. (2010). *Making a Difference: Improving Women's Sexual & Reproductive Health & Rights in South Asia (Hacer la diferencia: mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Sur de Asia)*. 126p.

ARROW. (2010). "Regional overview—MDG5 in Asia: Progress, gaps and challenges 2000-2010 (Panorama regional: ODM 5 en Asia: brechas en el progreso y desafíos 2000-2010)." 8p.

ARROW. (2010). "Briefing paper: The Women and Health section of the Beijing Platform for Action (Resumen: las mujeres y la salud en la Plataforma de Acción de Beijing)." 4p.

Thanenthiran, S. & Racherla, S.J. (2009). *Reclaiming & Redefining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia (Reclamar y redefinir los derechos: CIPD+15: estado de la salud y los derechos*

sexuales y reproductivos en Asia). ARROW. 162p. US\$10.00

ARROW. (2008). *Advocating Accountability: Status Report on Maternal Health and Young People's SRHR in South Asia (Abogar por la rendición de cuentas: salud materna y salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes en el Sur de Asia)*. 140p. US\$10.00

ARROW. (2008). *Surfacing: Selected Papers on Religious Fundamentalisms and Their Impact on Women's Sexual and Reproductive Health and Rights (Salir a la luz: artículos seleccionados sobre fundamentalismo religioso y su impacto en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres)* en. 76p. US\$5.

ARROW. (2007). *Rights and Realities: Monitoring Reports on the Status of Indonesian Women's Sexual and Reproductive Health and Rights; Findings from the Indonesian Reproductive Health and Rights Monitoring & Advocacy (IRRMA) Project (Derechos y realidades: informes de monitoreo sobre la condición de salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Indonesia; Hallazgos del proyecto Indonesian Reproductive Health and Rights Monitoring & Advocacy)*. 216p. US\$10.00

ARROW. (2005). *Monitoring Ten Years of ICPD Implementation: The Way Forward to 2015, Asian Country Reports (Monitoreo a diez años de la implementación de CIPD: el camino hacia el 2015)*. 384p. US\$10.00

ARROW & Center for Reproductive Rights (CRR). (2005). *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, East and Southeast Asia (Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas, Este y Sudeste de Asia)*. 235p. US\$10,00

ARROW. (2003). *Access to Quality Gender-Sensitive Health Services: Women-Centred Action Research (Acceso a servicios de salud sensibles al género y de calidad: investigación centrada en las mujeres)*. 147p. US\$10.00

Para publicaciones anteriores de ARROW, consulte: www.arrow.org.my. Las copias electrónicas de todas las publicaciones se encuentran gratis en www.arrow.org.my.

DEFINICIONES¹

Notas

1 Para definiciones de Salud reproductiva, Derechos reproductivos, Justicia reproductiva, Salud sexual y derechos sexuales, consulte la página de Definiciones de ARROWS for Change, Vol. 15 Nos. 2 & 3 2009 (15 years after Cairo: Taking stock, moving forward in Asia and the Pacific). www.arrow.org.my/publications/AFC/V15n2&3.pdf

2 Titley, G. (Ed.). (2007). Gender Matters: A manual on addressing gender-based violence affecting young people. Hungary: Council of Europe.

3 Sida. (2008). Action Plan for Sida's Work Against Gender-based Violence 2008-2010.

4 UNIFEM Gender Fact Sheet No. 5. www.unifem.esasia.org/resources/factsheets/UNIFEMSheet5.pdf, 2007-08-06.

5 Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2005). Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Geneva, Switzerland: IASC. http://humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-substititf_gender-gbv Also available in Arabic, Bahasa, French and Spanish.

6 The Yogyakarta Principles. www.yogyakartaprinciples.org.

7 International Service for Human Rights (ISHR). Joint NGO Release: Historic decision: Council passes first-ever resolution on sexual orientation & gender identity. www.ishr.ch/council/428-council-not-infeed/1098-human-rights-council-adopts-landmark-resolution-on-lgbt-rights

8 United Nations Population Fund (UNFPA). (2010). Health Sector Response to Gender-based Violence in the Asia-Pacific Region: Assessment 2010. Thailand: UNFPA.

9 WHO. (2007). WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva, Switzerland: www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

10 United Nations. (1993). UN Declaration on the Elimination of Violence against Women (A/RES/48/104). www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm

11 United Nations. (1996). The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women: Beijing, China: 4-15 September 1995 (DPI/1766/Wom), paras. 114-116
Compiled by Maria Melinda (Malyn) Ando, AFC Managing Editor & Programme Officer, ARROW

Violencia de género

La violencia de género es aún un término emergente y en desarrollo y no existe una sola definición internacionalmente aceptada.^{2,3} La Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer utiliza la violencia de género como parte de la definición de “violencia contra las mujeres” (ver VCM). UNIFEM afirma “La violencia de género puede definirse como: la violencia que involucra a hombres y mujeres, en la cual la mujer a menudo es víctima y que surge de una relación desigual de poder entre hombres y mujeres”.⁴

La definición de violencia de género se expande cada vez más para incluir “todas las formas de violencia que se relacionan con las expectativas sociales y las posiciones sociales basadas en el género y que no cumplen con el rol de género socialmente aceptado”.² La violencia de género se usa a menudo indistintamente como VCM, dado que “en el mundo, la violencia de género tiene más impacto en las mujeres y niñas que en los hombres y niños”. Sin embargo, no son sinónimos y los hombres y niños también son víctimas de violencia de género, especialmente de violencia sexual.⁵ La violencia de género también está incorporando a la violencia y discriminación que sufren los individuos por su orientación sexual e identidad de género. Los Principios de Yogyakarta de 2007, que aplican derechos humanos internacionales en relación a la identidad de género y orientación sexual, indica “Las políticas de sexualidad sigue siendo una fuerza mayor detrás de la continuidad de la violencia y la desigualdad de género”.⁶ En 2011, el Consejo de Derechos Humanos lanzó la histórica Resolución sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género (L.9/Rev.1), la primera resolución de NU que pone especial atención a las violaciones de los derechos humanos basados en la identidad de género y la orientación sexual, en particular la violencia y la discriminación.⁷

Violencia en la pareja/violencia en la pareja y doméstica

A pesar de que muchos países usan el término violencia doméstica, violencia en la pareja se está usando con más frecuencia porque se refiere específicamente a la violencia entre dos personas en una pareja, ya sea actual o anterior, en lugar de violencia perpetrada por otro familiar.⁸ Tampoco limita la violencia a un lugar en particular. La violencia en la pareja puede ocurrir en parejas heterosexuales, homosexuales y transgénero.

Violencia sexual

La organización mundial para la Salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Cabe destacar que la violencia sexual se define no solo como el acoso sexual y la violación, sino también como el matrimonio o la convivencia forzados, el rechazo a usar anticonceptivos o adoptar otras medidas para protegerse contra las ITS y los abortos forzados.

Violencia contra las mujeres (VCM)

La Declaración de NU sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993¹⁰ define la VCM como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Artículo 1)”. La VCM puede realizarla un atacante de cualquier género, miembros de la familia o incluso el Estado. La Plataforma de Acción de Beijing¹¹ reitera la definición antes mencionada y agrega “violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados”, así como “la esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo”. Además reconoce las vulnerabilidades particulares de “las mujeres que pertenecen a grupos minoritarios, las indígenas, las refugiadas, las mujeres que emigran, incluidas las trabajadoras migrantes, las mujeres pobres que viven en comunidades rurales o distantes, las mujeres indigentes, las mujeres recluidas en instituciones o cárceles, las niñas, las mujeres con discapacidades, las mujeres de edad, las mujeres desplazadas, las mujeres repatriadas, las mujeres pobres y las mujeres en situaciones de conflicto armado, ocupación extranjera, guerras de agresión, guerras civiles y terrorismo, incluida la toma de rehenes”. Otras formas de violencia que no se incluyen arriba son los conocidos crímenes de “honor” y la violencia cibernética.

Violencia en la pareja entre las mujeres y salud reproductiva en el Pacífico: uniendo todo

Notas

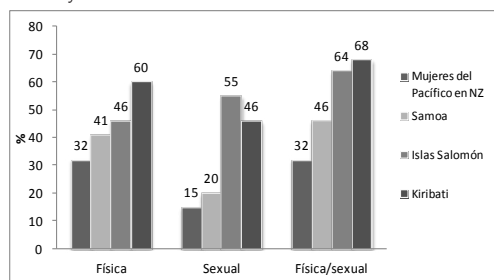
Un estudio reciente sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) expresó que “en la sociedad civil, a menudo hay gente que trabaja en género y gente que trabaja en derechos humanos, pero pocas veces se vinculan”.¹ Este artículo intenta avanzar en la agenda y juntar a las personas del campo de género, derechos humanos, salud reproductiva (SR) y de violencia contra las mujeres (VCM). Ya sean activistas, trabajadores de la salud, efectores de políticas o investigadores, las personas tienden a identificarse con una de esas especialidades. De hecho, lo programas verticales con un solo enfoque son la norma más que la excepción. Sin embargo, una mujer que es abusada por su pareja solo quiere y necesita que la violencia pare y recibir atención compasiva, sensible y eficaz para ella y su familia.

Trabajar en conjunto para que eso suceda es el rol de todos. Al trabajar juntos en diferentes sectores, la comunicación clara entre unos y otros es muy importante. Las definiciones y la terminología coherentes son necesarias para desarrollar políticas, brindar servicios y monitorear el progreso. Este artículo se centra en la violencia en la pareja, más que en la violencia de género o en la VCM (consultar las Definiciones en la página 24).²

En el Pacífico, existen datos recientes de estudios que utilizan la conocida Metodología de estudio multipaís de la OMS. La Secretariat of the Pacific Community (Secretaría de la Comunidad del Pacífico) realizó estudios sobre violencia en la pareja y la salud de las mujeres como parte del programa de VCM de UNFPA en el Pacífico. Esto se realizó en Samoa en Polinesia,³ en las Islas Salomón en Melanesia⁴ y en Kiribati en Micronesia.⁵ Entre las mujeres que alguna vez tuvieron pareja y que tienen entre 15 y 49 años, la tasa de prevalencia de violencia

física y/o sexual en la pareja era de 46 %, 64 % y 68 % respectivamente (Figura 1).

Fig. 1. Ciclo de violencia en la pareja en Nueva Zelanda, Samoa, Islas Salomón y Kiribati



Notas: a pesar de que este artículo contiene datos nacionales debido al espacio limitado, es importante considerar las variaciones dentro de los países (poblaciones vulnerables, rural-urbano, etc.). Las mujeres del Pacífico que viven en Nueva Zelanda (Auckland y North Waikato) se agregaron por motivos de comparación (franja de edad entre 18 y 64 años).⁶

Las tasas de violencia sexual perpetradas por una pareja en las Islas Salomón y Kiribati eran preocupantes (55 % y 46 % respectivamente). En ambos lugares, la mayoría de las mujeres que sufrieron violencia física por parte de su pareja denunciaron actos graves como patadas, golpizas o uso de armas en contra de ellas. Para muchas mujeres, el abuso era repetitivo y resultó en lesiones.

Los datos también proporcionaron información sobre la relación entre la violencia en la pareja y la SR de las mujeres. Por ejemplo, entre las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas, el 10 %, 11 % y 23 % respectivamente informaron que habían sido abusadas durante el embarazo. Entre las mujeres abusadas durante el embarazo, el 26 %, 18 % y 17 % respectivamente sufrieron patadas o golpes en el abdomen. Datos sobre el uso de anticoncepción también es una evidencia de la relación entre la violencia en la pareja y la SR. En los tres países del Pacífico, las mujeres que experimentaron violencia en la pareja tenían entre dos y tres más probabilidades de

1 Reproductive Health Matters and Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (2011). *Repolicising Sexual and Reproductive Health and Rights: A Global Meeting*, Langkawi, Malaysia.

2 A pesar de que este artículo se centra en la violencia contra las mujeres perpetrada por sus parejas masculinas, la violencia en pareja ocurre en parejas heterosexuales, homosexuales y trans.

3 Los datos se recolectaron en 2000 como parte del estudio original de OMS, pero la versión final fue publicada en 2006. Secretariat of the Pacific Community (SPC). (2006). *The Samoa Family Health and Safety Study*. New Caledonia.

4 SPC. (2009). *Solomon Islands Family Health and Support Study: A Study on Violence Against Women and Children*. New Caledonia.

5 SPC. (2010). *Kiribati Family Health and Support Study*. New Caledonia.

6 Fanslow, J., Robinson, E., Crengle, S., & Perese, L. (2010). Juxtaposing beliefs and reality: Prevalence rates of intimate partner violence and attitudes to violence and gender roles reported by New Zealand women. *Violence Against Women*, 16(7), 812-831.

Notas

denunciar que su pareja se negó a utilizar o intentó evitar que ellas usaran un método de anticoncepción. Estos hallazgos son coherentes con la literatura internacional que documenta el vínculo entre la violencia en la pareja y los problemas en la salud reproductiva de las mujeres.^{7,8,9}

Trabajar en conjunto para que eso suceda es el rol de todos. Al trabajar juntos en diferentes sectores, la comunicación clara entre unos y otros es muy importante.

A pesar de la importante evidencia que se recolectó hasta la fecha, los datos de investigaciones aún son inadecuados. La mayor parte de la evidencia que muestra la relación entre la violencia en la pareja y la SR proviene de estudios transversales. Desafortunadamente, estos estudios no aumentan la comprensión sobre las causas ni aportan información sobre la relación entre la violencia en la pareja y la SR. Al igual que con respecto a la violencia en la pareja, es importante comunicar de manera coherente acerca de la salud reproductiva. Sobre la base del estudio de Population Action International de los riesgos reproductivos de las mujeres,¹⁰ el Pacific Measure for the Future¹¹ (Medida del Pacífico para el Futuro) toma un ciclo que se enfoca en 10 indicadores a lo largo de las etapas de la vida del sexo, el embarazo, el nacimiento y la supervivencia.¹² El índice de riesgo reproductivo (IRR), un promedio de los 10 indicadores, varía desde 0 (sin riesgo) a 100 (riesgo alto). El índice de Samoa, Islas Salomón y Kiribati fue 34 (cuartil moderado), 44 (cuartil alto) y 53 (cuartil muy alto) respectivamente.

A pesar de ser una imagen muy limitada del panorama, la Tabla 1 presenta la prevalencia de la violencia física o sexual, ser golpeada durante el embarazo, oposición de las parejas a usar anticonceptivos y el IRR en los países del Pacífico. Cabe destacar la tendencia del incremento en la prevalencia de violencia en las

parejas y del aumento del riesgo de SR a nivel país.

Tabla 1. Índice de riesgo reproductivo y violencia en la pareja

	IRR	Cuartil de riesgo	Violencia física o sexual durante su vida	Golpeadas durante el embarazo	Pareja se opone a la planificación familiar
Kiribati	53	Muy alto	68 %	23 %	23 %
Islas Salomón	44	Alto	60 %	11 %	12 %
Samoa	34	Moderado	46 %	10 %	15 %

La contribución relativa de la violencia de pareja a la SR, los factores potenciales de mediación y moderación y los mecanismos que sostienen la relación (como la pobreza y las normas sociales de género) necesitan más estudio. Los datos cualitativos recolectados en los estudios de países del Pacífico brindan un pantallazo acerca de cómo las creencias sobre el género tienden a contribuir a la violencia en la pareja y a los resultados negativos en la SR. Algunas de las declaraciones de los hombres que participaron en grupos focales incluyen lo siguiente: “Debe obedecerme todo el tiempo” y “¿Por qué obtendríamos el consentimiento de nuestras esposas?” Las Encuestas de Salud y con los módulos de Empoderamiento y Violencia Doméstica se miden en un número creciente de países.¹³ Recolectar datos rigurosos y compartir dichos datos para informar las actividades de prevención y la provisión de servicios es una prioridad.

Apreciar un marco ecológico, promover la SDSR de las mujeres y prevenir la violencia en la pareja requiere que se considere el contexto del país. Los compromisos a nivel país, región e internacional son componentes importantes del contexto del país y su atención a los derechos humanos y la justicia. Los compromisos internacionales incluyen el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (PA de CIPD, 1994), la Declaración y la Plataforma para la Acción de Beijing, (PAB 1995), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979) y la Declaración del Milenio (2000).

7 Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336.

8 Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H. & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet*, 371(9619), 1165-1172.

9 McCollum, D. (2009). Known and suspected consequences of lifetime experiences of violence and abuse. www.AVAHEALTH.org

10 Population Action International. (2007). *A Measure of Survival: Calculating Women's Sexual and Reproductive Risk*. USA.

11 Family Planning International. (2009). *A Measure of the Future: Women's Sexual and Reproductive Risk Index for the Pacific*.

12 Esto incluye: prevalencia de clamidia, tasa de fertilidad adolescente, inscripción en el colegio secundario por parte de las mujeres, edad promedio en el matrimonio, cobertura de atención prenatal (al menos una consulta), nacimientos atendidos por un profesional de la salud, uso de métodos anticonceptivos modernos, políticas de aborto, razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil.

13 Ministry of Health, Samoa (2010). *Samoa Demographic and Health Survey 2009*. Samoa.

14 Pacific Islands Forum Secretariat. (2009). *Final communiqué of 40th Pacific Islands Forum*, Cairns, Fortieth Pacific Islands Forum, Cairns, Australia.

15 SPC. (2010). *Beijing +15: Review of Progress in Implementing the Beijing Platform for Action in Pacific Island Countries and Territories*. New Caledonia.

En la región Pacífico, los Comunicados del Foro de Islas del Pacífico son muy importantes. En el Comunicado de Tonga de 2007, los líderes del Pacífico primero incluyeron la igualdad de género en la toma de decisiones en su agenda. Luego, en 2009, en el Comunicado de Cairns, declararon su compromiso “para erradicar la violencia sexual y de género y garantizar que todos los individuos tengan igual protección ante la ley y acceso a la justicia”.¹⁴ Este es un paso importante hacia el cumplimiento de los compromisos internacionales en el abordaje de los derechos de las mujeres en la región del Pacífico.

Los datos cualitativos recolectados en los estudios de países del Pacífico brindan un pantallazo acerca de cómo las creencias sobre el género tienden a contribuir a la violencia en la pareja y a los resultados negativos en la SR.

Sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer, en particular en el apoyo a países para que cumplan sus compromisos. El reciente informe de Beijing+15 en el Pacífico¹⁵ destaca las necesidades importantes para la región. Insta a los sectores de la salud, el derecho y la justicia, la educación y el desarrollo comunitario a incluir la eliminación de la VCM en su trabajo. Aconseja al sector de la salud a desarrollar “un plan claro, paso por paso, para acciones en casos de VCM”. Muy a menudo, a pesar de las repercusiones de la violencia física, emocional y sexual sobre la salud de las mujeres, los trabajadores de la salud sin saberlo atienden a las mujeres que viven relaciones violentas, aunque lo ocultan.¹⁶ A la luz de los datos de los países del Pacífico que demuestran la alta prevalencia de VCM y la carga para la salud asociada a ella, este silencio no es aceptable. Las considerables tasas de

abuso sexual en niñas menores de 15 años en el Pacífico (18% en Kiribati⁵ y 37% en las Islas Salomón⁴) es probable que resulten en infecciones de transmisión sexual no tratadas y embarazos no deseados, junto con muchas otras enfermedades y consecuencias sociales. Además, la falta de acceso a anticoncepción de emergencia y abortos legales y seguros en el Pacífico es un área que debe tratarse.¹⁵

La eliminación de la VCM y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pueden integrarse de manera eficaz a los programas de salud. Para hacer esto se requiere un sistema de respuestas con los componentes necesarios.¹⁷ No es suficiente brindar capacitación a los trabajadores de la salud sin considerar otros elementos del programa. El liderazgo y la gobernanza, el financiamiento, los medicamentos y entornos adecuados, la provisión de servicios, la información y el desarrollo de fuerza de trabajo de la salud son necesarios. Se necesita más investigación de alta calidad en el Pacífico para informar acerca de la violencia en la pareja y su vínculo con la SR. Muchos indicadores de la SR se recolectan con poca frecuencia y de manera precaria. Poco se conoce sobre la atención primaria, la eficacia de los programas y la participación de hombres y niños.

A pesar de que se recopila evidencia, debemos continuar trabajando hacia una respuesta multisectorial y holística que satisfaga las necesidades de las personas en las comunidades. Para lograrlo, es fundamental compartir información y trabajar en alianza con las comunidades, así como es recomendable invitar a más personas de otras disciplinas a participar en nuestro debate. Al mantener una perspectiva de derechos humanos, la justicia y dignidad para todos se convierte en un mantra en la provisión de servicios de alta calidad, aceptables, accesibles y disponibles para promover la SDR de las mujeres, incluido el derecho a la seguridad.

Notas

¹⁶ Wilson, D. (2000). Care and advocacy: Moral cornerstones or moral blindness when working with women experiencing partner abuse? *J Nurs Law*, 7(2), 43-51.

¹⁷ World Health Organization (WHO). (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: WHO.

Equipo de traducción

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -FEIM, organización asociada encargada de la traducción

Mabel Bianco, Coordinadora de la traducción, organización asociada, Editora

Maitén Vargas, Traductora

Giulia Piccioni, Revisora

Leonardo Sterna, Diseñador

M.Florencia Aranda, Consultora externa experta

ARROW

Maria Melinda (Malyn) Ando,

Coordinadora de traducción,

Editora a cargo de AFC, ARROW

Tabinda Sarosh, Supervisión general, Responsable de programa, ARROW

Equipo Editorial ARROW

Sivananthi Thanenthiran,

Directora ejecutiva

Maria Melinda Ando, Agente de programa y Editora a cargo de AFC

Nalini Singh y Sai Jyothirmai

Racherla, Gerentes de programa

Biplabi Shrestha, Responsable de programa ejecutiva

Ambika Varma, Rachel Arinii

Judhistari, Shama Dossa y

Suloshini Kahanath, Exagentes de programa

UNFPA

Kiran Bhatia y Riet Groenen,

Consultoras regionales de género, Oficina Regional de Asia Pacífico de UNFPA [Estos eran sus cargos durante la edición en inglés del boletín en 2011].

Revisores expertos externos

Bela Ganatra, Líder de equipo, Prevención de aborto inseguro, Departamento de salud reproductiva e investigación, OMS; **Eileen Pittaway**, Directora, Centre for Refugee Research, University of New South Wales; **Maesy Angelina**, Agente de programa, Hivos Indonesia; **Maha Muna**, Consultora de género regional, Oficina subregional del Pacífico de UNFPA; **Rishita Nandagiri**,

Responsable de comunicaciones y asuntos de la juventud, Women's Global Network for Reproductive Rights; **Sundari Ravindran**, Profesora honoraria de Estudios de ciencias de la salud, **Achutha Menon**, Centre for Health Science Studies; **Wame Baravilala**, Consultora en salud reproductiva, Oficina Subregional del Pacífico de UNFPA; y **Yuan Feng**, Presidenta, China Anti-Domestic Violence Network [Nota: Las lectoras expertas revisaron artículos específicos Estos eran sus cargos durante la edición en inglés del boletín en 2011].

También agradecemos a:

Nobuko Horibe, Directora regional, Galanne Deressa, Agente de programa, y **Patnarin Sutthirak**, Socia del programa, Oficina subregional del Pacífico de UNFPA; **Hoang Tu Anh, Naeemah Khan, Pimpawun Boonmongkun** y **Zhang Kaining**, miembros del Comité asesor de programa de ARROW; **Dick van der Tak**, Directora, Finanzas y operaciones, IPPF ESEAOR; **Margaret Sheehan**, Especialista en desarrollo de la juventud y los adolescentes, UNICEF; y **Rodelyn Marte**, Gerente de programa, APCASO [Estos eran sus cargos durante la edición en inglés del boletín en 2011].

ARROW para el cambio (AFC, por sus siglas en inglés) es un boletín temático revisado por pares que tiene como fin contribuir con los análisis y las perspectivas del sudeste asiático/Asia Pacífico, de género y centrados en las mujeres para los discursos mundiales sobre temas emergentes y persistentes relacionados con la salud, la sexualidad y los derechos. AFC se produce dos veces al año en inglés y se traduce a idiomas seleccionados varias veces al año. Es principalmente para Asia Pacífico y los decisores en organizaciones sobre derechos de las mujeres, la salud, la población y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El boletín se desarrolla con aportes de individuos y organizaciones en Asia y Pacífico y el SRHSR Knowledge Sharing Centre (Centro de Conocimiento Compartido sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos).

AFC Vol. 17 No. 2 2011 también está disponible y puede conseguirse en <http://arrow.org.my/type/arrow-for-change/>. Esta traducción se hizo en 2015.

Es posible que el boletín se reproduzca o traduzca parcial o totalmente con permiso previo, siempre y cuando se cite a ARROW y que la traducción/reimpresión se envíe a los editores. Los derechos de autor de las fotos pertenecen a los contribuyentes. La copia electrónica de este boletín de AFC se puede descargar de manera gratuita en la sección de boletines de la página de publicaciones de ARROW para el cambio del sitio de ARROW (www.arrow.org.my). Escriba a afc@arrow.org.my por asuntos relacionados con la suscripción. Se agradece el intercambio de publicaciones. AFC también se distribuye mundialmente a través de EBSCO.

Esta traducción fue publicada con el apoyo de Sida. Mientras que la edición en inglés se realizó con el apoyo de UNFPA Oficina Regional de Asia Pacífico. Las opiniones expresadas en esta publicación son de los colaboradores y no reflejan la opinión de Sida y UNFPA.

El trabajo de ARROW fue posible gracias al financiamiento brindado por Fundación Ford y Sida.



Aceptamos comentarios y suscripciones. Enviarlos a:

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)

Paraná 135 piso 3, dpto 13, Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: +5411 43722763

Email: feim@feim.org.ar

Sitio web: www.feim.org.ar

Facebook: FEIM

Twitter: @FundacionFEIM

Editor a cargo, Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW)

No. 1 & 2 Jalan Scott, Brickfields, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel.: +603 2273 9913 | Fax.: +603 2273 9916

Email: afc@arrow.org.my, arrow@arrow.org.my

Website: www.arrow.org.my

Facebook: The Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW)

Sigannos en Twitter: @ARROW_Women

YouTube: ARROWomen