

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE  
UNA MUESTRA DE PROYECTOS DE LA  
COMISIÓN INTERAMERICANA DE MUJERES (CIM)  
FINANCIADOS POR EL FONDO ESPAÑOL PARA LA  
OEA (SAF-1101)

**PROYECTO CIM 0701**

Informe final

14 de septiembre de 2012



**RED2RED**  
GRUPO

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| ACRÓNIMOS.....   | 4  |
| 1.1. Descripción del proyecto .....  | 6  |
| 1.2. Análisis del diseño: PERTINENCIA.....   | 11 |
| 1.2.1. Alineamiento del proyecto con el contexto.....  | 11 |
| 1.2.2. Idoneidad de los criterios utilizados para la focalización de los países y actores involucrados .....   | 19 |
| 1.2.3. Involucramiento de los colectivos beneficiarios y de otros actores relevantes en el diseño y formulación, planificación y seguimiento del proyecto..... | 22 |
| 1.3. Análisis del diseño / COHERENCIA INTERNA .....  | 25 |
| 1.3.1. Idoneidad de la estrategia prevista en el proyecto para abordar las causas de la feminización del VIH .....   | 25 |
| 1.3.2. Calidad técnica de la cadena de resultados del proyecto .....   | 31 |
| 1.4. Análisis de la implementación / EFICIENCIA .....  | 40 |
| 1.4.1. Calidad de la planificación y gestión técnica y financiera .....  | 40 |
| 1.4.2. Calidad del sistema de monitoreo de proyecto .....  | 51 |
| 1.5. Análisis de los resultados / EFICACIA.....  | 55 |
| 1.5.1. Grado en que se lograron los productos previstos .....  | 55 |
| 1.5.2. Cambios o mejoras en las políticas sectoriales .....  | 57 |
| 1.5.3. Cambios o mejoras en las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil beneficiarias .....   | 60 |
| 1.5.4. Cambios o mejoras respecto a las mujeres víctimas de VIH y VCM. ....  | 65 |
| 1.6. Análisis de los resultados: SOSTENIBILIDAD.....   | 68 |
| 1.6.1. Factores relacionados con el contexto normativo y de política pública .....   | 68 |
| 1.6.2. Factores de carácter institucional y económico .....  | 72 |
| 1.6.3. Factores sociales .....   | 82 |
| 1.7. CONCLUSIONES.....   | 82 |
| 1.7.1. Conclusiones sobre la pertinencia .....   | 82 |
| 1.7.2. Conclusiones sobre la coherencia interna .....  | 84 |
| 1.7.3. Conclusiones sobre la eficiencia.....   | 85 |
| 1.7.4. Conclusiones sobre la eficacia.....   | 87 |
| 1.7.5. Conclusiones sobre la sostenibilidad .....  | 89 |
| 1.8. RECOMENDACIONES.....  | 91 |
| 1.8.1. Recomendaciones a nivel de diseño .....   | 91 |
| 1.8.2. Recomendaciones relacionadas con la gestión e implementación.....   | 92 |
| 1.8.3. Recomendaciones a nivel de resultados .....   | 95 |

## Anexos

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| Anexo 1.   | Matriz de Evaluación del Proyecto CIM-701 .....   | 99  |
| Anexo 2.   | Revisión de la Matriz de Marco Lógico del Proyecto CIM0701 .....  | 104 |
| Anexo 4.   | Secuencia de implementación - Documento de Proyecto (15 de junio de 2010).....                              | 114 |
| Anexo 5.   | Valoración del estadio final de ejecución de actividades y de los productos y propósito del proyecto .....  | 116 |
| Anexo 6.1. | Cronograma de ejecución real: recursos humanos, productos y actividades por países.....                     | 120 |
| Anexo 6.2. | Cronograma previsto (inicial 2008 y revisado Junio 2010) comparado con el cronograma de ejecución real..... | 121 |
| Anexo 7.   | Propuesta de monitoreo y evaluación del proyecto (agosto 2011) .....  | 122 |
| Anexo 8.   | Componentes y características de la Comunidad de Prácticas .....  | 124 |
| Anexo 9.   | Relación de personas contactadas .....  | 126 |
| Anexo 10.  | Listado de documentación consultada .....   | 129 |

## Tablas, figuras y recuadros

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Figura 1.   | Las teorías del cambio del proyecto: la teoría del programa y la teoría de la implementación..... | 34 |
| Recuadro 1. | Relación de indicadores establecidos en el Documento de Proyecto (2008) .....                     | 38 |
| Recuadro 2. | Documentos relacionados con el seguimiento del proyecto .....                                     | 51 |
| Tabla 1.    | Asistentes al encuentro intersectorial subregional de Guatemala .....                             | 45 |
| Tabla 2.    | Gastos y número de operaciones de pago por etapas .....   | 48 |
| Tabla 3.    | Presupuesto inicial y reformulado, por productos .....  | 48 |
| Tabla 4.    | Presupuesto reformulado (Junio 2010) y ejecutado, por productos y actividades .....               | 48 |
| Tabla 5.    | Presupuesto ejecutado por tipo de gastos .....  | 50 |
| Tabla 6.    | Productos finales y su valoración respecto a los productos esperados del proyecto.....            | 56 |
| Tabla 7.    | Fondos Semilla: organizaciones beneficiarias e iniciativas apoyadas. ....                         | 62 |

## ACRÓNIMOS

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>AECID:</b>          | Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo       |
| <b>APLAFA:</b>         | Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia                 |
| <b>AMUGEN:</b>         | Asociación de Mujeres Gente Nueva                                      |
| <b>CEDEM:</b>          | Centro de Desarrollo de la Mujer                                       |
| <b>CIM:</b>            | Comisión Interamericana de Mujeres                                     |
| <b>CONASIDA:</b>       | Comisión Nacional contra el Sida                                       |
| <b>CoP:</b>            | Comunidad de Prácticas   |
| <b>DD.HH.:</b>         | Derechos Humanos   |
| <b>DPE:</b>            | Departamento de Planificación y Evaluación                             |
| <b>DVCN:</b>           | Development Connections  |
| <b>FESAL:</b>          | Encuesta Nacional de Salud Familiar                                    |
| <b>GGP+:</b>           | Grupo Génesis Panamá Positivo  |
| <b>HsH:</b>            | Hombres que tienen sexo con Hombres                                    |
| <b>ICW:</b>            | Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA               |
| <b>INAMU:</b>          | Instituto Nacional de la Mujer   |
| <b>Indicador P:</b>    | Indicador de Pertinencia   |
| <b>Indicador C:</b>    | Indicador de Coherencia Interna  |
| <b>Indicador EFCN:</b> | Indicador de Eficiencia  |
| <b>Indicador EFCC:</b> | Indicador de Eficacia  |
| <b>Indicador S:</b>    | Indicador de Sostenibilidad  |
| <b>IPEP:</b>           | Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto                       |
| <b>ISDEMU:</b>         | Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer                   |
| <b>ITS:</b>            | Infecciones de Transmisión Sexual                                      |
| <b>MEGAS:</b>          | Medición del Gasto en Sida   |
| <b>MINSA:</b>          | Ministerio de Salud (Panamá)   |
| <b>MISAL:</b>          | Ministerio de Salud (El Salvador)                                      |
| <b>MISAP:</b>          | Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala)            |
| <b>OEA:</b>            | Organización de Estados Americanos                                     |
| <b>OMS:</b>            | Organización Mundial de la Salud                                       |
| <b>ONG:</b>            | Organización no Gubernamental  |
| <b>ONU Mujeres:</b>    | Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la |

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | Mujer   |
| <b>ONUSIDA:</b>  | Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA  |
| <b>OPS:</b>      | Organización Panamericana de la Salud.  |
| <b>PASCA:</b>    | Programa para fortalecer la respuesta Centroamericana al VIH  |
| <b>PENM:</b>     | Plan Estratégico Nacional Multisectorial  |
| <b>PIA:</b>      | Programa InterAmericano sobre promoción de los derechos humanos de la mujer y la equidad e igualdad de género |
| <b>PNUD:</b>     | Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo  |
| <b>PVVS:</b>     | Personas Viviendo con VIH y Sida  |
| <b>RSMLAC:</b>   | Red de Salud de las Mujeres de Latinoamericanas y del Caribe  |
| <b>SEGEPLAN:</b> | Secretaría General de Planificación   |
| <b>SEPREM:</b>   | Secretaría Presidencial de la Mujer   |
| <b>SIDA:</b>     | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida   |
| <b>UNFPA:</b>    | Fondo de Población Naciones Unidas  |
| <b>TS:</b>       | Trabajadoras del sexo   |
| <b>UNIFEM:</b>   | Fondo de Naciones Unidas para la Mujer  |
| <b>USAID:</b>    | Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos   |
| <b>VCM:</b>      | Violencia contra las Mujeres  |
| <b>VIH:</b>      | Virus de la Inmunodeficiencia Humana  |
| <b>VIH+:</b>     | Seropositividad al VIH  |

## 1.1. Descripción del proyecto

### 1.1.1. Título del proyecto

De acuerdo con el Documento de Proyecto<sup>1</sup>, el título es “**Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica**”.

### 1.1.2. Fecha de inicio y duración

El proyecto fue diseñado en el año 2007, con una duración estimada de 24 meses. La fecha de inicio de la ejecución, coincidente con la llegada de los fondos de la cooperación internacional<sup>2</sup>, fue el **29 de julio de 2008**, y la fecha formal de finalización **enero de 2012**, tras ser aprobada una prórroga de 18 meses. La duración formal ha sido de **tres años y medio**, aunque en la práctica varias actividades se han concluido con posterioridad a la fecha de finalización.

### 1.1.3. Países participantes

El proyecto iba a ser implementado en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, pero circunstancias imprevistas en el contexto político subregional obligaron a introducir cambios importantes en el ámbito geográfico.

Las tensas relaciones existentes entre el Gobierno de Nicaragua y la sociedad civil tuvieron un momento álgido en contra del movimiento de mujeres a inicios de 2008<sup>3</sup>, generándose unas condiciones totalmente adversas para un proyecto con un fuerte componente de articulación estado-sociedad civil. En consecuencia, antes de que diese inicio la ejecución del proyecto, se desestimó la participación de Nicaragua, siendo sustituida posteriormente por Panamá.

A lo anterior se sumó el golpe de estado acaecido en junio de 2009 en Honduras, motivo por el cual este país fue suspendido de la OEA en defensa del orden constitucional, quedando fuera de cualquier actividad de esta organización, incluido el proyecto que nos ocupa. Honduras ya no fue reemplazada por ningún otro país.

En consecuencia, los países participantes han sido **El Salvador, Guatemala, Panamá y**, sólo durante algunos meses, **Honduras**.

<sup>1</sup> Se efectúa la aclaración porque en diversos documentos producidos durante la ejecución, se hace referencia al proyecto con un título diferente: “Derechos Humanos, VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica respuestas integradas”.

<sup>2</sup> El proyecto fue cofinanciado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

<sup>3</sup> Algunas líderes y organizaciones del movimiento de mujeres, entre las que se encontraban varias integrantes de la Red de Mujeres contra la Violencia, sufrieron serias amenazas y hostigamientos, siendo acusadas de supuestos actos delictivos (apología del asesinato), a raíz de su activismo en contra de la eliminación del aborto terapéutico.

---

#### 1.1.4. Antecedentes y justificación

El punto de partida en la justificación del proyecto es la creciente feminización del VIH en América Latina y el Caribe, señalándose un incremento del porcentaje de mujeres entre las personas seropositivas al VIH durante el periodo 1999-2002. Respecto a América Central, se menciona la expansión de la epidemia, se indica que el VIH y el sida fueron la primera causa de muerte de las mujeres hondureñas en el año 2005, y que en El Salvador las mujeres constituyen casi el 30% de las personas afectadas. También se presentan las elevadas tasas de prevalencia del VIH en las trabajadoras del sexo en Honduras (10%), Guatemala (4%) y El Salvador (3%).

En este contexto, se destaca que uno de los factores asociados a la feminización del VIH es la violencia contra las mujeres (en adelante, VCM), haciéndose referencia a los resultados de algunos estudios de nivel mundial y latinoamericano que confirman la existencia de una relación perversa entre las experiencias de violencia sexual y doméstica y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH. Al respecto, se aportan algunos datos de República Dominicana, Colombia, Haití y Perú.

Se señala que la relación entre VIH y VCM puede ser directa, a través de violencia sexual, o indirecta, debido a la escasa capacidad de las mujeres para negociar relaciones sexuales seguras, y también se mencionan otras formas de VCM producto de la pobreza y la inequidad de género (turismo sexual, trata y trabajo sexual) que igualmente sitúan a las mujeres en condiciones de mayor riesgo de contraer el VIH. Asimismo, se hace referencia a las declaraciones de algunos organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señalándose que las personas VIH positivas, particularmente las mujeres, también pueden sufrir un incremento de la violencia por su condición de vivir con el VIH.

Se considera que en Centroamérica no se han implementado hasta la fecha políticas y programas integrados para la prevención, atención, tratamiento del VIH y de la violencia contra la mujer, como medida para mejorar la atención a las mujeres afectadas y reducir la prevalencia de estos dos flagelos, presentándose el proyecto como una iniciativa innovadora que cumplirá esta importante tarea.

En otro orden de cosas, se menciona otro proyecto similar que la CIM estaba poniendo en marcha en el Caribe. Consistía en una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores de servicios de atención de VIH y de VCM, un curso virtual de capacitación para estos proveedores sobre la integración VIH y VCM en sus prácticas institucionales, la implementación de una red y un centro de recursos virtuales, y el desarrollo de experiencias piloto de servicios integrados en dos países.

Finalmente, se indica que las dos iniciativas tendrán en consideración los resultados del proyecto “Las redes de atención a la violencia doméstica y sexual como punto de entrada para el tratamiento y prevención del VIH/SIDA”, realizado por la OPS en Belice, Honduras y Nicaragua, y que estos resultados suministrarán información de base sobre la relación ITS, VIH y violencia sexual e intrafamiliar, lo que facilitará la elaboración de los protocolos de atención y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para integrar las intervenciones.

---

#### 1.1.5. Colectivos beneficiarios

Las beneficiarias directas son las **agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil** que ofrecen servicios para tratar el VIH y la violencia contra las mujeres. Las beneficiarias indirectas son las

mujeres víctimas de violencia, las mujeres en riesgo de contraer el VIH, o que viven con el virus, sus hijas/os y sus comunidades.

#### 1.1.6. Objetivos y resultados<sup>4</sup>

**FIN:** Contribuir a los esfuerzos por reducir la prevalencia del VIH/SIDA y de la violencia de género entre las mujeres de El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá así como sus consecuencias negativas sobre la salud y desarrollo humano de ellas, sus familias y sus comunidades.

**PROPÓSITO:** Mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH mediante la implementación de políticas y programas integrados sobre violencia contra la mujer y VIH en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, basados en el enfoque de derechos humanos.

#### PRODUCTOS

1. En base a un análisis de situación y mapeo de actores llevados a cabo en cada país del proyecto, desarrollados y evaluados modelos nacionales de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM.
2. Elaborada e implementada una estrategia de fortalecimiento de capacidades para los servicios seleccionados en cada país.
3. Implementado un sistema de intercambio de información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y cooperación técnica a nivel subregional.

Con relación al primer producto, señalar que fue objeto de una reprogramación prácticamente al inicio de la ejecución, incorporándose dos nuevas actividades: mapeo de actores sociales y análisis situacional, a realizarse en cada uno de los países. Esta nueva configuración supuso un cambio en el enunciado del producto a partir de la versión revisada del Documento de Proyecto en junio de 2010.

#### 1.1.7. Estrategia Operativa

La estrategia operativa del proyecto se basó en el Modelo de Enfoque Estratégico de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este enfoque tiene la particularidad de poner el foco en *“la meta del proceso: instituciones más fuertes que puedan expandir servicios sostenibles en larga escala y políticas eficaces que permitan mejorar el acceso a la atención y la calidad de ésta”*<sup>5</sup>. En este contexto, el modelo contempla tres etapas:

- 1) **Diagnóstico estratégico**, para identificar las necesidades y las prioridades, examinando la situación existente en los servicios y los enfoques alternativos. En el proyecto esta fase se traduce en el mapeo de actores sociales y el análisis situacional.
- 2) **Desarrollo y prueba de innovaciones programáticas**, mediante la implementación de proyectos piloto, incluida su evaluación para determinar la bondad de la innovación experimentada. En el proyecto esta etapa estaría configurada por la elaboración en cada país de un modelo de políticas

<sup>4</sup> Tomados de la Matriz de Marco Lógico del Documento de Proyecto con fecha de junio 2010.

<sup>5</sup> OMS (2008): *Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza.



y programas integrados de VIH y VCM, y su posterior validación experimental (experiencias piloto) sustentada en redes intersectoriales en cuatro localizaciones –una por país- durante 18 meses. La validación planteada implica el diseño e implementación de una estrategia de capacitación, así como la elaboración de herramientas de apoyo (formularios clínicos y legales, sistemas de referencias de casos, redes de servicios, etc.). También se contempla la puesta en marcha de una Comunidad de Prácticas virtual de acompañamiento al proceso.

- 3) **Expansión de las intervenciones exitosas**, mediante una estrategia para la expansión a escala de las innovaciones que hayan resultado eficaces. En el proyecto no se preveía alcanzar esta etapa.

#### 1.1.8. Organización y gestión

La entidad a cargo de la ejecución del proyecto es la **Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)**, previéndose la contratación de la empresa consultora *Development Connections* (en adelante, DVCN), quien se encargaría de elaborar el enfoque conceptual y metodológico del proyecto, dada su amplia experiencia en el ámbito del VIH y la VCM. Además, se contemplaba una estrecha relación de trabajo con la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**, tanto por su experiencia de trabajo con ambos temas, como por su relación privilegiada con los Ministerios de Salud.

En la práctica, en la ejecución del proyecto se pueden diferenciar cuatro etapas y dos momentos de intervención de DVCN. Las dos primeras, que podríamos denominar Etapa 0 y Etapa 1, configuran el primer momento de intervención de DVCN. La **Etapa 0** transcurre desde que comienza el proceso de diseño y formulación del proyecto en el año 2007 hasta el inicio de la ejecución en julio de 2008. Durante este periodo se hicieron algunas actividades de presentación del proyecto, fundamentalmente mediante el envío de comunicaciones escritas y virtuales, o aprovechando algunas visitas de DVCN a los países participantes. La **Etapa 1** comienza con la llegada de los fondos AECID (29 de julio de 2008), fecha formal de inicio, y concluye con la finalización del primer contrato de Coordinación Técnica Regional firmado con DVCN en marzo de 2009. Durante este periodo, entre otras cosas, se contratan las consultoras nacionales de Honduras y Guatemala que realizan los respectivos mapeo de actores y análisis situacional, se elaboran los criterios para la selección de las localidades en las que realizar las experiencias piloto, y se recopila información básica para el sistema de intercambio de información.

La **Etapa 2** se lleva a cabo desde abril de 2009 hasta marzo de 2011, periodo durante el cual no se contó con la colaboración de DVCN. En esta etapa el proyecto fue gestionado directamente por la Secretaría Ejecutiva de la CIM, contratándose los servicios de tres consultoras, dos de ellas a cargo de los mapeos de actores y análisis situacionales de El Salvador y Panamá, respectivamente, y la tercera para la coordinación técnica del trabajo en ambos países. También en esta etapa la CIM establece **relación con la OPS** para desarrollar el modelo de políticas y programas integrados en El Salvador, siendo esta organización la que se encarga de elaborar los respectivos términos de referencia y de supervisar el trabajo de la consultora contratada en ese país. Por otra parte, durante este periodo concluye la elaboración del mapeo de actores y análisis situacional en Honduras y Guatemala.

La **Etapa 3** se corresponde con el segundo contrato de Coordinación Técnica de DVCN, y transcurre desde abril del 2011 hasta la finalización del proyecto (enero 2012), prolongándose hasta el mes de marzo de 2012. En esta etapa el desarrollo del proyecto en El Salvador quedó truncado por diferencias en cuanto al enfoque y contenido del modelo de políticas y programas integrados que se esperaba como producto del proyecto. En Guatemala y Panamá se contrataron dos nuevas consultoras con perfil de coordinación nacional, quienes, a grandes rasgos, asumen: i) la elaboración de los respectivos

modelos de políticas y programas integrados; ii) la organización de sendos cursos de capacitación sobre las intersecciones VIH/VCM donde también se presentaron los borradores de modelo; y, iii) la identificación, selección y seguimiento de organizaciones/iniciativas de la sociedad civil apoyadas con un Fondo Semilla. Además, en esta etapa se elaboraron dos estudios marco, uno sobre consideraciones éticas para una respuesta integrada a los derechos humanos, el VIH y la VCM, y el otro un análisis comparado del marco jurídico vigente en Centroamérica en relación con las tres temáticas. Asimismo, se impulsó la Comunidad de Prácticas con la realización, entre otras actividades, de tres webconferencias y de una recopilación de 'prácticas promisorias' del abordaje integrado de VIH y VCM. Estas últimas actividades contaron con la colaboración de las consultoras nacionales de Guatemala y Panamá. Como cierre del proyecto, se llevó a cabo un encuentro subregional en La Antigua (Guatemala) en el que fueron presentados los productos del proyecto y otras experiencias relacionadas.

Por último, tanto en la Etapa 1 como en la Etapa 3, las labores de coordinación de DVCN incluyeron la impartición de un curso virtual sobre las relaciones entre VIH y VCM dirigido a los respectivos equipos de consultoras y consultores contratados en cada momento.

---

#### 1.1.9. Actores involucrados

Además de la CIM como ejecutora, y de la OPS como estrecha colaboradora, se previó la participación de otros actores, cada uno con unas funciones determinadas durante la implementación del proyecto.

- ☐ Ministerios de Salud: proveer recursos técnicos y humanos para el desarrollo de las actividades previstas, en particular las experiencias piloto, así como la infraestructura necesaria para ello.
- ☐ Delegadas Titulares de la CIM: servir de enlace con los diferentes ministerios y organizaciones participantes y prestar apoyo a la coordinadora general y las consultoras nacionales.
- ☐ ONUSIDA: prestar apoyo técnico para la elaboración de los modelos de atención y la puesta en práctica de las experiencias piloto.
- ☐ Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH (ICW) - Capítulo América Latina: participar como agentes activas en el desarrollo de las actividades previstas, en tanto ONG, y como usuarias de los servicios, dar seguimiento a la implementación del proyecto.
- ☐ Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC): participar activamente en el desarrollo de las actividades previstas y apoyar el seguimiento del proyecto.

---

#### 1.1.10. Presupuesto

|                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| Presupuesto <b>Total:</b> | <b>US\$ 477,391.00</b> |
| Financiación AECID:       | US\$ 417,391.00        |
| Financiación CIM/OEA:     | US\$ 60,000.00         |

## 1.2. Análisis del diseño: PERTINENCIA<sup>6</sup>

La valoración de la pertinencia del proyecto se efectúa con base en el análisis de tres dimensiones relacionadas con su diseño:

- ❑ El alineamiento del proyecto con el contexto, entendido éste como las políticas y prioridades de actuación de la CIM, las estrategias y prioridades sectoriales existentes en los países, y la situación identificada en el propio colectivo destinatario;
- ❑ La idoneidad de los criterios utilizados para la focalización de los países beneficiarios y actores involucrados; y,
- ❑ El involucramiento en el diseño del proyecto de los colectivos beneficiarios directos e indirectos.

### 1.2.1. Alineamiento del proyecto con el contexto

#### a) Política y prioridades de actuación de la CIM

La promoción y defensa de los derechos humanos de las mujeres es uno de los principios básicos de la CIM desde su creación en el año 1928. Este principio se ha ido concretando con la adopción de instrumentos normativos específicos<sup>7</sup>, mediante las Declaraciones y Resoluciones emanadas de las Asambleas de Delegadas y, de una forma más operativa, a través de las estrategias y propósitos recogidos en sus diferentes instrumentos programáticos<sup>8</sup>.

La violencia contra las mujeres (VCM) es un frente de acción de la CIM desde el año 1986, momento en que pasa a formar parte de las áreas de interés especial dentro del Plan de Acción aprobado en dicho año. Se da inicio con ello a un intenso proceso de estudio y de consultas que culmina en 1994, en Belem do Pará (Brasil), con la aprobación por parte de la Asamblea General de la OEA, de la **Convención Iberoamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer**. Con este hito como punto de partida, el trabajo de la CIM en relación con la VCM se centra en impulsar la firma y ratificación de la Convención por parte de los Estados Miembros, y muy especialmente, en promover su adopción en las legislaciones y políticas públicas nacionales, y su aplicación efectiva. La CIM tiene bajo su responsabilidad el seguimiento de los avances en su aplicación, fungiendo como Secretaría Técnica del Mecanismo de Seguimiento de la Convención (MESECVI).

En este contexto, en el periodo en que se gesta el proyecto CIM0701 (año 2007), la lucha contra la VCM es uno de los objetivos específicos del **Programa Interamericano sobre promoción de los**

<sup>6</sup> Medida en que los objetivos (Fin y Propósito) y productos del proyecto son congruentes con el contexto político-estratégico en el que se enmarca, y con los intereses y necesidades identificadas en la población destinataria.

<sup>7</sup> Cabe destacar las Convenciones Interamericanas sobre Nacionalidad de la Mujer (Uruguay, 1933), Concesión de los Derechos Políticos a la Mujer (Colombia, 1948), Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer (Colombia, 1948), y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, "Convención de Belem do Pará" (Brasil, 1994).

<sup>8</sup> Fundamentalmente Planes Estratégicos (dos, hasta la fecha), Planes de Acción y Programas Bienales de Trabajo. Cuando se formula el proyecto CIM0701 estaba vigente el Plan Estratégico 1995-2005, y el Programa de Trabajo para el Bienio 2006-2008.

**derechos humanos de la mujer y la equidad e igualdad de género** (conocido por sus siglas PIA)<sup>9</sup>, adoptado por la Asamblea General de la OEA en el año 2000. Asimismo, la prevención, sanción y erradicación de la VCM constituye uno de los diez temas en torno a los cuales se articula el **Plan Estratégico de Acción** de la CIM vigente en aquel momento<sup>10</sup>. En consecuencia, la VCM es considerada área de acción prioritaria en **todos los Programa Bienales de Trabajo** adoptados desde el año 2000.

El abordaje por parte de la CIM del VIH y su incidencia en las mujeres del hemisferio es de más reciente data y tiene un comportamiento no tan sistemático. Si bien forma parte de una de las estrategias de salud recogidas en el **Plan Estratégico de Acción** de 1995, en el PIA del 2000 no se hace mención explícita al tema y no aparece en la agenda de trabajo hasta el **bienio 2004-2006**<sup>11</sup>, periodo en el que los aspectos de género del VIH y del sida irrumpen con fuerza en el quehacer institucional.

El Comité Directivo 2004-2006 propuso el tema 'Aspectos de Género del VIH/SIDA' como una prioridad para el bienio 2006-2008, formando parte de la agenda de la XXXIII Asamblea de Delegadas de la CIM (noviembre 2006), de forma tal que el Diálogo de las Jefas de Delegación en dicha Asamblea se centró en un único tema: "Prevalencia del VIH entre las mujeres y violencia basada en género – Aspectos de seguridad multidimensional".

Como resultado de la XXXIII Asamblea de Delegadas, el **Programa de Trabajo de la CIM para el bienio 2006-2008** incluye dentro de sus prioridades de acción los aspectos de género del VIH y del sida, señalando que la CIM, "en asociación con la OPS, usará su ventaja relativa como principal foro hemisférico generador de políticas en el fomento de los derechos humanos de la mujer (...) para contribuir al logro de la igualdad de género en políticas y programas sobre VIH/SIDA"<sup>12</sup>. Se recoge también que la CIM, entre otras cosas, analizará la relación entre la violencia de género y la incidencia del VIH y del sida. El documento establece que las Delegadas de la CIM coordinarán con los Ministerios de Salud a los fines de abordar el problema del VIH y del sida y la violencia basada en el género. Y se establece como uno de los resultados esperados de esta área programática, la implementación en la región de "**políticas y programas con perspectiva de género para atender el problema del VIH/SIDA, con especial énfasis en el VIH/SIDA y la violencia basada en género**"<sup>13</sup>.

Otro importante documento derivado de la XXXIII Asamblea de Delegadas realizada en noviembre de 2006 es la **Declaración de San Salvador: Género, violencia y VIH**, aprobada el 5 de noviembre de 2007, que aborda la pandemia del VIH y del sida desde una perspectiva de género y derechos humanos. La Declaración reconoce la mayor vulnerabilidad de las mujeres y niñas, considerando

---

<sup>9</sup> CIM/OEA: *Programa Interamericano sobre la promoción de los derechos humanos de la mujer y la equidad e igualdad de género*. [CIM/RES. 209/98 y AG/RES. 1625 (XXIX-0/99)]. En este documento se plantea como uno de los objetivos específicos, promover la equidad e igualdad de género y los derechos humanos de la mujer, afianzando e impulsando "el derecho de toda mujer a una vida libre de abuso y violencia en todas las manifestaciones, tanto en el ámbito público como privado".

<sup>10</sup> CIM (1995): *Plan Estratégico de acción de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)*. Presentado en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China. Septiembre, 1995.

<sup>11</sup> El impacto del VIH en las mujeres del Hemisferio y sus vínculos con la VCM se incorporan a la agenda de trabajo de la CIM, a propuesta de su Presidenta, en la Segunda Sesión Ordinaria del Comité Directivo (2004-2006), realizada los días 8 y 9 de **diciembre de 2005**. El Secretario Ejecutivo Adjunto de la OEA, invitado en dicha reunión, expresó el particular interés de su oficina en el VIH/SIDA como una de las temáticas del trabajo de género de la Organización.

<sup>12</sup> CIM (2006): *Programa de Trabajo de la CIM para el bienio 2006-2008: Orientaciones Programáticas*. CIM/doc.5/06. 2 de noviembre de 2006.

<sup>13</sup> CIM (2006): Op. Cit.

“fundamental y urgente el desarrollo de iniciativas con perspectiva de género, en coordinación con organizaciones internacionales existentes, especialmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa de Naciones Unidas ONUSIDA”<sup>14</sup>. Alienta a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, promuevan medidas para que la lucha contra la violencia de género forme parte integral de la respuesta nacional al VIH y al sida, así como para eliminar la violencia y la discriminación contra las mujeres en relación con el VIH.

En definitiva, a la luz de lo anterior podemos concluir que **el fin y el propósito del proyecto forman parte de las prioridades de actuación de la CIM para el bienio 2006-2008**, periodo en el que se formula y se da inicio a la intervención, **siempre en un contexto de asociación con la OPS y en coordinación con otras agencias especializadas y con los Ministerios de Salud** de los respectivos países (Indicador P.1.1).

#### b) Estrategias y prioridades sectoriales en los países y en la región, con énfasis en derechos humanos y equidad de género

Los cinco países involucrados de una u otra forma en el proyecto contaban **en 2007** con un amplio marco normativo y de política pública sobre equidad de género, VCM y VIH y sida. Sin embargo, la consideración de los vínculos existentes entre estos aspectos no siempre está presente, observándose además diferencias de enfoque y alcance. Un breve análisis al respecto de las normas, políticas y estrategias más relevantes para los fines de esta evaluación se presenta en los siguientes párrafos.

Las políticas nacionales para la equidad de género de Honduras, Nicaragua y Guatemala incorporaban, con diferente énfasis, la problemática del VIH y sida dentro del área o eje relativo a la salud de las mujeres. En el “Programa Nacional de Equidad de Género, 2006-2010” de **Nicaragua**, se deja entrever incluso cierto acercamiento entre VIH y la VCM. Así, en el Área de Salud la violencia hacia las mujeres por abuso sexual es uno de los problemas a abordar, y entre las líneas de acción se incluye la promoción de la información y mejora de la atención del VIH y del sida. En el Área de Violencia, las mujeres “*enfermas de VIH/SIDA*” (sic) son consideradas un grupo poblacional específico en relación con la violencia basada en género. En **Honduras** uno de los objetivos de la respectiva política nacional sobre equidad de género era “*Disminuir en las mujeres los índices de morbilidad y mortalidad por infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA*”<sup>15</sup>, planteándose acciones concretas de prevención, capacitación de personal e incidencia, pero sin relación explícita con la VCM. El VIH y el sida también eran considerados objeto de atención en la línea de investigaciones con enfoque de equidad de género, aunque tampoco se hace referencia a los vínculos con la VCM. En **Guatemala** el VIH y el sida eran abordados por las estrategias de prevención en materia de salud (profilaxis sexual)<sup>16</sup>, mientras que en **Panamá**, si bien la incidencia de las ITS y del sida se consideraba un problema de salud de las mujeres panameñas, el Plan de Igualdad de Oportunidades vigente en el 2007<sup>17</sup> no recogía ninguna

<sup>14</sup> CIM (2007): *Declaración de San Salvador: Género, Violencia y VIH*. CIM/DEC. 4/07 (VII-E/07). 5 de noviembre de 2007.

<sup>15</sup> Objetivo n°. 3 del Capítulo Salud. INAM (s/f): *Política Nacional de la Mujer. Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades 2002-2007*. Instituto Nacional de la Mujer (INAM). Tegucigalpa, Honduras.

<sup>16</sup> SEPREM (2001): *Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006*. Gobierno de la República de Guatemala / Secretaría Presidencial de la Mujer (SERPREM). Guatemala, enero 2001

<sup>17</sup> DINAMU (2002): *Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (PIOM II) 2002-2006*. Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU)/Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. Panamá.

medida al respecto. La Política Nacional de la Mujer, 2005-2009, de **El Salvador**<sup>18</sup> no hace mención alguna sobre la problemática.

El comportamiento de las leyes y políticas públicas sobre violencia contra las mujeres es más homogéneo y, salvo en un caso, no se aprecian indicios respecto a la relación entre violencia basada en género y el VIH y el sida. La excepción es **Honduras**, cuyo Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2006-2010, hace referencia al continuo incremento de mujeres afectadas por la epidemia de VIH y sida, si bien centra la preocupación en lo que ello supone para la transmisión vertical de la enfermedad. El mismo documento señala que “*las mujeres con una historia de maltrato físico o abuso sexual también enfrentan un riesgo mayor de embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual*”<sup>19</sup>, lo cual por extensión puede entenderse como una clara alusión a los vínculos entre algunas expresiones de la violencia de género y el VIH y el sida.

La consideración de los Derechos Humanos y el enfoque de género en la normativa sobre el VIH y el sida presentan diferencias significativas. La garantía de los derechos individuales y sociales de las personas en relación con el VIH y el sida forma parte del propio objeto de las leyes sobre la materia en los **cinco países** participantes en el proyecto, dando lugar a un articulado más o menos consistente y extenso en relación con la promoción, protección y defensa de los DDHH. El tratamiento del enfoque de género es mucho más débil, encontrándonos en todas ellas algunas referencias genéricas a la incorporación de dicho enfoque, sin trascendencia en el articulado. No hay mención a la incidencia de la epidemia en las mujeres, ni a la violencia de género. La reglamentación de estas leyes supone algunas leves mejoras en el caso de **Panamá**, donde el reglamento reconoce la violación sexual como motivo de prueba post exposición<sup>20</sup>, en **El Salvador**, donde se contemplan medidas de prevención y atención para las mujeres embarazadas, “*con el objeto de prevenir o reducir el riesgo de transmisión del virus a su futuro hijo o hija*”<sup>21</sup>, y en **Nicaragua**, donde se involucra al Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM) como una de las entidades responsables de la información, formación y atención de las personas que viven con VIH y sida<sup>22</sup>.

El análisis del marco de las políticas públicas muestra un panorama más alentador. En las políticas nacionales sobre VIH y sida de cuatro de los países involucrados en el proyecto<sup>23</sup>, la garantía de los Derechos Humanos es uno de sus principios rectores, siendo objeto de un eje estratégico o línea de acción específica. El enfoque de género también es prioridad de acción en el caso de **El Salvador**, país cuya “Política de Atención Integral a la epidemia de VIH/SIDA”<sup>24</sup> considera necesario reformular la prevención tradicional del VIH basándose en las distintas necesidades de mujeres y hombres, e incorporando estrategias para el empoderamiento de las mujeres. Reconoce los vínculos existentes entre la violencia basada en género y las desventajas jurídicas, sociales y económicas que afectan a

---

<sup>18</sup> ISDEMU (2005): *Política Nacional de la Mujer*. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU)/Gobierno de El Salvador. San Salvador, El Salvador.

<sup>19</sup> INAM (s/f): *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2006-2010*. Instituto Nacional de la Mujer (INAM). Tegucigalpa.

<sup>20</sup> Artículo 13 del Decreto Ejecutivo N° 119 (de 29 de mayo de 2001), que reglamenta la Ley 3 de 2000, General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Sida (Ley n° 3 del 5 de enero de 2000).

<sup>21</sup> Artículos 4 y 58 del Decreto n° 40, de 28 abril 2004. En: MSPAS (s/f): *Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana*. Programa Nacional ITS y VIH/SIDA / Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). San Salvador, El Salvador.

<sup>22</sup> Artículo 25 del Reglamento de la Ley n° 238 (Decreto A.N. No. 2378, publicado 14 diciembre 1999).

<sup>23</sup> Se excluye Honduras en este análisis pues no cuenta con una política nacional al respecto.

<sup>24</sup> CONASIDA (2005): *Política de Atención Integral a la Epidemia de VIH/SIDA*. Comisión Nacional contra el SIDA (CONASIDA). San Salvador, noviembre 2005.

las mujeres, y el incremento de su vulnerabilidad ante el VIH y el sida. En este contexto, dentro del Eje Equidad de Género, se plantea la implementación de programas para reducir la violencia contra las mujeres y niñas en todos los ámbitos de la sociedad. La Política de Atención Integral salvadoreña reconoce también la existencia de VCM como resultado de la epidemia, *“las mujeres pueden dudar en solicitar la prueba del VIH o no volver para buscar los resultados porque temen que la revelación de su estado seropositivo conduzca a violencia física, expulsión del hogar y discriminación social”*<sup>25</sup>.

En **Nicaragua** y bajo un planteamiento de partida similar al de El Salvador (reconocimiento de las diferencias de género, empoderamiento de las mujeres y respeto de sus DDHH), la “Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida”<sup>26</sup> contempla dentro del eje de atención a poblaciones vulnerables, el establecimiento de una *“Estrategia nacional interinstitucional y multisectorial, coordinada por el Instituto Nicaragüense de la Mujer, Ministerio de la Familia y el MINSA, para la prevención y atención de las ITS, VIH y Sida, violencia intrafamiliar y sexual, con la población de mujeres...”*, detallándose los aspectos a considerar en la misma<sup>27</sup>. En el mismo eje se incluyen *“Programas de atención integral para las mujeres que han sufrido violación sexual, donde se les proporciona la profilaxis post-exposición al VIH, anticoncepción de emergencia (si es elegible), consejería y ofrecimiento de la prueba voluntaria de VIH, manejo de ITS, y la asistencia que requiera...”*, dando así cumplimiento a la normativa vigente respecto a los efectos de los delitos sexuales que impliquen riesgo de infección por el VIH. En Nicaragua la VCM sí tiene tratamiento como factor de riesgo para VIH, no contemplándose VCM asociada al estado serológico

En los casos de **Guatemala y Panamá** si bien la incidencia del VIH en las mujeres y el enfoque de género tiene cierta consideración en el discurso de la respectiva política nacional, las acciones propuestas se circunscriben al ámbito de la salud sexual y reproductiva (Consejería, orientación) y del tratamiento de la mujeres embarazadas VIH+, con una clara finalidad de prevención de la transmisión vertical de la infección.

Un comportamiento similar por países encontramos en los Planes Estratégicos Nacionales sobre VIH y sida vigentes en el año 2007, de forma tal que en **Nicaragua y Honduras**, el respectivo Plan Estratégico parte de un análisis de la situación con perspectiva de género, e incluye el tema como un eje transversal sustentado consistentemente (en Nicaragua), que abarca incluso elementos de gestión como el sistema de monitoreo del Plan Estratégico o el funcionamiento del CONASIDA (en Honduras). En **El Salvador** la equidad de género, junto con el respeto a los DDHH, son objeto de una línea estratégica específica para la prevención, atención y control del VIH y el sida. Algunas de las acciones consideradas tienen como propósito la reducción de la vulnerabilidad social de las mujeres ante la epidemia y la consideración de la identidad de género masculino como eje transversal para reducir los factores de riesgo. Este mismo tema, el abordaje de la construcción de las masculinidades en las acciones de prevención y atención, es recogido en el Plan Estratégico de **Nicaragua** que, dentro de su estrategia de comunicación social, plantea la implementación de un plan de educación integral específico para hombres que promueva la responsabilidad compartida. Los Planes Estratégicos de estos tres países reconocen que el bajo nivel de empoderamiento y la violencia contra las mujeres, en especial la violencia sexual, las coloca en una posición de mayor riesgo en relación con los hombres, contemplándose acciones para la reducción de la violencia de género (Honduras), la ampliación de la

---

<sup>25</sup> CONASIDA (2005): Op. Cit.

<sup>26</sup> República de Nicaragua (2006): *Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida*. Nicaragua. Managua, Nicaragua.

<sup>27</sup> República de Nicaragua (2006): Op. Cit.

consejería pre y post prueba a las víctimas de violencia sexual (Nicaragua), o el acceso a la profilaxis post-exposición en el caso para mujeres violadas (El Salvador).

En el Plan Estratégico de **Guatemala** el enfoque de género se limita a una declaración de intenciones sin acciones concretas, haciéndose un tímido acercamiento a la relación empoderamiento, VCM y VIH, “en muchos contextos, las mujeres —y en particular las jóvenes— son especialmente vulnerables a la infección por el VIH. Es posible que sean menos capaces que los varones para evitar las relaciones sexuales por coacción o no consensuadas<sup>28</sup>”. En **Panamá** el Plan Estratégico es mucho más débil que la respectiva Política Nacional: no hay mención alguna a la equidad de género. Para finalizar, los planes de los **cinco países** incluyen medidas dirigidas a las mujeres embarazadas con el claro propósito de reducir la transmisión vertical.

En el ámbito supranacional, destaca el “Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015”, de la **OPS/OMS**. Se reitera que el riesgo del VIH está estrechamente relacionado con la desigualdad de género, la marginación y la pobreza. Se identifican factores concretos de vulnerabilidad de las mujeres por razón de género, como su escaso poder de negociación en las relaciones sexuales o “la elevada prevalencia de violencia o coerción sexual [que] también coloca a las mujeres en situación de riesgo”. En este contexto, el Plan propone incorporar en los programas integrales de los países intervenciones para la “protección contra el abuso, en particular el abuso de base sexual y la violencia doméstica”, estableciéndose objetivos específicos al respecto. En concreto:

*“Objetivo intermedio 2.2.3. Para 2010, las autoridades de salud contarán con estrategias plenamente operativas para abordar los vínculos entre la violencia doméstica (incluso la violencia sexual) y el VIH y las ITS”.*

*“Objetivo intermedio 3.3.3. Para 2010, los servicios sobre violencia doméstica tendrán acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias, así como a servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS”.*<sup>29</sup>

Ambos objetivos responden a la consideración de la violencia basada en género como factor de riesgo ante el VIH y el sida, no abordándose en el Plan Regional la violencia contra las mujeres VIH+ asociada a su estado serológico, ni el enfoque de derechos humanos de una forma explícita.

A modo de resumen sobre el alineamiento del proyecto con las estrategias y prioridades sectoriales de los países participantes y de ámbito regional, podemos señalar que al momento de diseñarse y formularse la intervención, el acercamiento entre el VIH y el sida y la VCM en la normativa y las políticas nacionales era muy desigual. Respecto a los vínculos existentes entre ambas epidemias, se observa una mayor claridad en el abordaje del VIH y del sida, que en las políticas de equidad de género y lucha contra la violencia, donde la intersección VIH/VCM está totalmente ausente, a excepción de la política de equidad de género de Nicaragua y del plan nacional contra la violencia hacia las mujeres de Honduras. Afinando un poco más, la consonancia del proyecto con el marco sobre el VIH y el sida es mucho mayor en el caso de las políticas nacionales, e incluso en los planes estratégicos, que en la normativa, que en ningún país incluye la VCM como factor de riesgo ante la epidemia, ni como factor desencadenante de más violación de los derechos de las mujeres viviendo

---

<sup>28</sup> MSP (2006): *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-SIDA e ITS. 2006-2010*. Ministerio de Salud Pública (MSP). Primera edición en español. Guatemala, marzo 2006.

<sup>29</sup> Todas las citas textuales recogidas en los párrafos relativos a la OPS, han sido tomadas de OPS (2005): *Plan Regional VIH/ITS para el Sector Salud. 2006-2015*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC. Noviembre, 2005.



con VIH<sup>30</sup>. Las políticas y estrategias nacionales que presentan un abordaje más coherente y adecuado del enfoque de género y de la intersección entre el VIH y la VCM son las de El Salvador, Nicaragua y Honduras. Por último, la política regional de la OPS y el proyecto comparten el reconocimiento de la violencia basada en género como factor de riesgo, considerándola vía de entrada en las estrategias para reducir la prevalencia del VIH y del sida en las mujeres, pero se distancian en la mirada inversa: la VCM como resultado de la epidemia y como causante de la vulneración de los derechos de las mujeres VIH+.

En definitiva, el fin y el propósito del proyecto tienen un alcance mucho más amplio que las políticas nacionales sobre equidad de género y de erradicación de la violencia contra las mujeres, e incluso que la política sectorial de la OPS, siendo la consonancia mayor en el caso de las estrategias y prioridades de actuación en materia de VIH y de sida, especialmente en El Salvador, Nicaragua y Honduras. (**Indicador P.1.2**). Se da la circunstancias de que estos tres países, por razones diferentes, o bien quedaron fuera del proyecto (Nicaragua y Honduras) o bien han alcanzado un menor nivel de ejecución (El Salvador).

### c) Situación identificada en el colectivo beneficiario

El Documento de Proyecto carece de una mínima caracterización del colectivo beneficiario. Se menciona su composición de forma genérica: agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil prestadoras de servicios para tratar VIH y VCM, y no se describen los problemas o necesidades que presentan, y que se pretenden atender con el proyecto, ya sea en su calidad de garantes de los derechos de las mujeres (poderes públicos) o como titulares de responsabilidades (sociedad civil). Los antecedentes y justificación del proyecto abordan de forma muy somera el contexto general sobre el que se pretende incidir (feminización del VIH y del sida, prevalencia de la VCM y relación entre ambas epidemias), sin aproximarse a la situación específica al respecto en los países participantes. Estas debilidades en el diseño parecieran indicar que en la formulación del proyecto no se consideraron las pautas al respecto que ofrece la Guía para la elaboración del Documento de Proyecto, del Departamento de Planificación y Evaluación (DPE)<sup>31</sup>.

Las carencias indicadas se hacen más evidentes cuando se empieza a ejecutar el proyecto (año 2008), razón por la cual se incluyen dos actividades no previstas inicialmente: la realización en primer lugar de un **mapeo de actores** sociales en cada uno de los países participantes, para conocer el *'who is who'*, el cual es complementado por un **análisis situacional**. Sin embargo, los resultados de este doble ejercicio diagnóstico no ofrecen información relevante sobre la situación del colectivo beneficiario y del contexto en el que actúa, que sustente la pertinencia del proyecto en los términos en los que fue diseñado.

Con el mapeo de actores sociales se trataba de identificar instituciones/sectores clave (gobierno, sociedad civil, agencias internacionales), analizar sus perfiles y capacidades institucionales, su experiencia de coordinación intersectorial, y su motivación frente al modelo de atención integral y frente a la experiencia piloto. En la práctica, estos diagnósticos han hecho más énfasis en las condiciones de estas instituciones de cara a la viabilidad del proyecto y para involucrarse en el mismo, o como se indica en el informe final, en *"la identificación de socios clave para la ejecución y la sostenibilidad del*

<sup>30</sup> Ramírez, Alina (2012): *VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica: Un análisis comparado del marco jurídico desde el enfoque de derechos humanos*. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). Washington, DC. Febrero, 2102.

<sup>31</sup> OEA (2008): *Guía para la elaboración del Documento de Proyecto*. Departamento de Planificación y Evaluación (DPE)/OEA. Washington D.C. Febrero, 2008.

proyecto”<sup>32</sup>, que en conocer y analizar las condiciones que presentan las instituciones como prestadoras de servicios o como impulsoras de los mismos (‘advocacy’), que en definitiva debería ser el punto de partida para definir una estrategia de intervención que busca mejorar la respuesta institucional de atención a las mujeres víctimas de VCM y VIH desde un enfoque de derechos humanos. Tampoco se detienen a analizar la posición de las mujeres víctimas del VIH y de sida en la respuesta a la epidemia y en la agenda de la sociedad civil.

El Mapeo de Actores Sociales de Guatemala es el único que toma en consideración los tipos de servicios que ofrecen las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil a víctimas de VIH y VCM, y aborda de forma somera algunos aspectos vinculados a la situación de dichos servicios (competencias técnicas de los recursos humanos, disponibilidad de procedimientos, o articulación del VIH y VCM en estrategias y programas). También se identifican algunas acciones de abogacía por parte de las entidades analizadas. Pero no se profundiza en estos aspectos ni se recapitula nada al respecto, de cara a perfilar las fortalezas y necesidades de mejora de los colectivos a los que se dirige el proyecto.

El análisis situacional tuvo como propósitos incursionar en el contexto económico, demográfico y político-normativo del país, analizar las dimensiones de la VCM y del VIH y su impacto en las mujeres, familias y comunidades, y evaluar prácticas/experiencias de integración VCM/VIH. En otros términos, y de acuerdo con el informe final del proyecto, con estos estudios se pretendía subsanar la escasez de información sobre las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres en los países participantes en el proyecto, y establecer una base de evidencia sobre la situación actual. Sin embargo, el logro de estos objetivos es desigual pues la profundidad de la información ofrecida y del análisis efectuado disminuye a medida que se avanza en especificidad temática. Los estudios presentan, por lo general, un abordaje bastante amplio del contexto del país, desarrollan de forma menos exhaustiva las dimensiones de la VCM y, en menor medida, del VIH con un escaso análisis de género, y efectúan un tratamiento poco satisfactorio de las intersecciones entre el VIH y la VCM y de las respuestas sociales al respecto (todos elementos clave del proyecto), ya sea porque no fueron abordadas en el respectivo estudio (Panamá), porque aún mencionándose la existencia de algunas experiencias de integración VCM/VIH no se profundiza en su análisis (El Salvador y Honduras), o porque aún describiéndose la evidencia disponible y reconociéndose la existencia de algunas respuestas sociales y sus debilidades, no se concluye nada al respecto ni se plantean recomendaciones de cara a la estrategia de intervención del proyecto (Honduras y Guatemala).

En definitiva, el proyecto no contó con el diagnóstico necesario para concretar en cada uno de los países la problemática sobre la que se pretende incidir (aspectos de género y DDHH del VIH, vínculos entre VIH y VCM) y las necesidades y prioridades del colectivo beneficiario (agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil) para implementar respuestas integradas, de cara a cumplir su rol respecto a los derechos de las mujeres víctimas de VIH y VCM. En aquellos casos en lo que se llegó a hacer alguna aproximación al respecto, los hallazgos encontrados no tuvieron repercusión alguna en la estrategia del proyecto, que se mantuvo como inicialmente estaba concebida. (**Indicador P.1.3**).

---

<sup>32</sup> CIM/OEA (2012): *Informe Final*. Proyecto Integración de Políticas y Programas de VIH y VCM en Centroamérica. Comisión Interamericana de Mujeres CIM/OEA. Documento mimeografiado. Marzo, 2012.

## 1.2.2. Idoneidad de los criterios utilizados para la focalización de los países y actores involucrados

### a) Selección de los países participantes

Los documentos de formulación del proyecto no concretan los criterios utilizados para seleccionar los países participantes, circunstancia que al parecer generó algunas dificultades a la hora de identificar un país en reemplazo de Nicaragua<sup>33</sup>. No obstante, de acuerdo con la información recogida durante las labores de evaluación, la selección de los cuatro primeros países iniciales, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, se efectuó con base en la interacción de tres criterios:

- ☐ Existencia de evidencias de los vínculos entre el VIH y la VCM, generadas a partir del estudio realizado previamente por OPS en Belice, El Salvador, Honduras y Nicaragua.
- ☐ Feminización de la infección y prevalencia en poblaciones y áreas geográficas específicas.
- ☐ Activismo social a favor de los DDHH de las mujeres y en contra de la violencia de género (existencia de redes y otros espacios de articulación para la incidencia).

El primero de los criterios expuestos establece una relación cuasi biunívoca con los países seleccionados. Pero en relación con la idoneidad, su consideración supone dar continuidad a la labor iniciada por la OPS en El Salvador, Honduras y Nicaragua y, por ende, capitalizar los resultados alcanzados. Y sin duda también favorece la vinculación al proyecto de dicha agencia especializada en salud, complementando muy adecuadamente la experticia en derechos humanos de las mujeres y en lucha contra la violencia basada en género que posee la CIM.

El incremento de la proporción de mujeres diagnosticadas VIH+ es un fenómeno que emergió con mucha fuerza en América Latina durante la década de los 90', para luego presentar cierta tendencia a la estabilización. A modo de ejemplo, países de la región como Perú presentan una variación del índice de masculinidad de casos notificados de sida de 9.0 en 1991 a 2.6 en 2006, si bien la razón hombre-mujer permaneció más estable desde el 2001 con valores que oscilan entre 2.1 y el 2.6 ya mencionado<sup>34</sup>, o Uruguay donde la relación hombre/mujer en casos notificados de VIH pasó de 8.5 en 1991 a 2.2 en 2006, mostrando también tendencia estable a partir de 2000 (2.4)<sup>35</sup>. Respecto a los países involucrados en el proyecto, en El Salvador la distribución por sexo de los casos de VIH y sida transitó de 3.2 hombres por cada mujer en 1991, a 1.3 hombres por mujer en 2005 y 1.6 en 2007<sup>36</sup>, apreciándose cierta estabilidad al menos desde el año 2004 con ratios que fluctúan en torno a 1.5<sup>37</sup>. Nicaragua experimentó un cambio en la relación hombre-mujer de 3.7 en 1991 a 2.3 en 2007, pero por el contrario en este país se observa un descenso continuo y sistemático de dicho ratio a partir del año

<sup>33</sup> OEA (2009): *Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP). Proyecto CIM0701*. Abril, 2009.

<sup>34</sup> INEI/ONUSIDA/UNFPA (2010): *PERÚ: Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH e ITS, 2008*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Lima, Perú. Octubre 2010.

<sup>35</sup> MSP (2009): *Boletín Epidemiológico*. Ministerio de Salud Pública (MSP). Dirección General de la Salud. Montevideo, Uruguay. Agosto, 2009.

<sup>36</sup> Gobierno de El Salvador (2008): *Informe Nacional sobre los progresos de la aplicación del UNGASS. El Salvador. Enero 2006-Diciembre 2007*. San Salvador, El Salvador.

<sup>37</sup> Gobierno de El Salvador (2010): *Informe UNGASS 2010*. San Salvador, El Salvador. Marzo 2010.

2000<sup>38</sup>. En Guatemala el índice de masculinidad en los casos notificados de sida pasó de 7.0 en 1987 a 2.4 en 2005, iniciándose un marcado descenso a partir del 1997<sup>39</sup> que parece estabilizarse en torno a un valor promedio de 2.3. En Panamá, “la razón hombre/mujer tiende a igualarse disminuyendo de 17:1 al inicio de la epidemia, hasta 3:1 en los últimos ocho años”<sup>40</sup>. Honduras no experimentó cambios tan bruscos al tener un punto de partida más parejo: la razón hombre-mujer en los casos de VIH y de sida pasó de 1.4 en 1991 a 0.9 en 2005, manteniéndose en torno al valor 1.0 desde 1997; no obstante, estas cifras enmascaran la feminización en el país de los casos de VIH asintomático, con una tasa inversa que en 2005 es de 0.6 hombres por cada mujer<sup>41</sup>.

A esta circunstancia debemos añadir además que Honduras presentó en 2005 la segunda mayor tasa de prevalencia estimada del VIH de la región latinoamericana, 1.5%, por detrás de Belice (2.5%), mientras que El Salvador y Guatemala se situaron ligeramente por debajo del 1%, cuando el promedio regional era de 0.5%<sup>42</sup>.

Este último factor es el que refuerza la idoneidad del criterio feminización de la epidemia. Pues, si bien hay otros países en la región donde el descenso del índice de masculinidad ha sido similar, o incluso más brusco, no es difícil suponer que las elevadas tasas de prevalencia presentadas por los países centroamericanos, derivan en una mayor incidencia de la epidemia en las mujeres (**Indicador 3.1**).

Lo señalado en el párrafo anterior aplica a todos los países seleccionados inicialmente por el proyecto, excepto a Nicaragua, que tiene una prevalencia estimada de VIH de 0.2%, muy por debajo de la media regional. No obstante, aunado al descenso paulatino que, como se dijo, experimenta el índice de masculinidad de la infección, el ‘punto fuerte’ de este país está relacionado precisamente con el tercer criterio de selección: el activismo desde la sociedad civil a favor de los derechos humanos de las mujeres y en contra de la violencia basada en género. Este criterio, que resulta fundamental en un proyecto concebido bajo el enfoque de derechos y sustentado en la articulación estado-sociedad civil, lo cumplen en mayor o menor medida los cuatro países seleccionados, pero es quizás Nicaragua el que cuenta con el espacio de articulación del movimiento de mujeres con mayor trayectoria y legitimidad social y ante el Estado: la Red de Mujeres contra la Violencia, creada en 1992 y conformada por más de 150 instancias (asociaciones, casas de la mujer, colectivas, sindicatos, grupos de mujeres, mujeres a título individual...).

Si a la idoneidad de los tres criterios analizados le sumamos otros dos elementos importantes como son, las prioridades geográficas del donante (AECID), para quien los cuatro países seleccionados eran precisamente los considerados prioritarios en Centroamérica durante el periodo 2005-2008<sup>43</sup>, y el

---

<sup>38</sup> Gobierno de Nicaragua (2008): *Informe Nacional de los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Nicaragua. Enero 2006-Diciembre 2007*. Managua, Nicaragua.

<sup>39</sup> MSP (2005): *Programa Nacional de ITS-VIH-SIFA. Informe nacional sobre los avances en la Declaración de UNGASS*. Ministerio de Salud Pública. Guatemala. Diciembre, 2005.

<sup>40</sup> OPS (2008): *Estrategia de Cooperación con el País. Panamá 2007-2011*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Panamá, República de Panamá.

<sup>41</sup> Secretaria de Salud (2007): *Perfil Epidemiológico de ITS-VIH-SIDA en Honduras 2007*. Secretaría de Salud. Departamento de ITS-VIH-SIDA. Tegucigalpa, Honduras.

<sup>42</sup> ONUSIDA/OMS (2006). Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 06. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza.

<sup>43</sup> El resto de países prioritarios en América Latina eran Haití, República Dominicana, Paraguay, Bolivia, Perú y Ecuador. MAEC (2005): *Plan Director de la Cooperación Española. 2005-2008*. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC). Madrid, España. Junio, 2005.

mayor alineamiento de los objetivos del proyecto con el contexto político-estratégico en materia de VIH y de sida de El Salvador, Nicaragua, Honduras y, en menor medida, Guatemala, podemos calificar como **muy pertinente la selección inicial de países** realizada.

Sin embargo, como ya se ha mencionado, las circunstancias políticas obligaron, en momentos distintos, a desestimar dos de los países seleccionados inicialmente, Nicaragua y Honduras. Nicaragua fue excluida al inicio de la ejecución, siendo reemplazada por Panamá, país con un 'perfil' completamente diferente en relación a la temática abordada por el proyecto. Desde el punto de vista epidemiológico Panamá presentaba en 2005 un prevalencia de VIH y sida cercana al 1%, muy por encima de la de Nicaragua; sin embargo, con relación a los otros dos criterios de selección (evidencias de los vínculos entre VIH y VCM, y activismo social) se encontraba en una posición claramente en desventaja.

Si a la consideración anterior añadimos que la ejecución del proyecto en El Salvador quedó truncada en la fase de elaboración del modelo, podemos concluir que, tras una pertinente selección geográfica, finalmente el **proyecto vio interrumpido su desarrolló en los tres países que**, en principio, **reunían mejores condiciones** para hacerlo.

## b) Selección de actores involucrados

Los actores **inicialmente** involucrados en el proyecto no son muy numerosos y, dadas sus características institucionales, es de suponer que no ha sido necesario efectuar ningún proceso de selección. Se podría decir que **son los actores 'naturales'** del proyecto, pues se trata de:

- ☐ La Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- ☐ Las entidades rectoras de las políticas públicas en materia de salud (Ministerio de Salud).
- ☐ Las Delegadas Titulares, en su doble rol: como representantes de la CIM en los países y como cabezas de los Mecanismos Gubernamentales de la Mujer.
- ☐ El Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH y el sida (ONUSIDA).
- ☐ El Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de las Mujeres (UNIFEM).
- ☐ La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH (ICW)-Capítulo América Latina.
- ☐ La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).

En la práctica, UNIFEM y RSMLAC han tenido una relación muy esporádica y tangencial con el proyecto. No obstante, durante la ejecución hubo un acercamiento a otros actores que, en el caso de Panamá, podrían agruparse en dos perfiles: agencias internacionales de cooperación (PNUD, PASCA/USAID) y ONG locales. En Guatemala el espectro se amplió algo en la sociedad civil. En cualquier caso, el criterio que llevó a involucrar a estas entidades fue la **afinidad en la temática** (VIH y sida y/o VCM), y en el caso de las ONG del movimiento de PVVS panameño, su sensibilidad y disposición para **trabajar con enfoque de género y con mujeres**, mientras que en Guatemala también se tuvo muy en cuenta el contexto multicultural del país, incorporando al proyecto ONG especialistas en la promoción de la salud **con poblaciones indígenas**.

La trayectoria institucional de la gran mayoría de las entidades involucradas en el proyecto responde a los enfoques de género y/o de derechos humanos. Esta condición es innata en los Mecanismos Gubernamentales de Igualdad y es un eje transversal en la labor institucional de los organismos

internacionales. En los Ministerios de Salud, en concreto en los Programas Nacionales de ITS, VIH y sida, la promoción y defensa de los derechos de las PVVS forma parte de su propia razón de ser, pero con relación al enfoque de género la situación es más desigual. Hay países como Guatemala, en los que el Programa cuenta con recursos humanos para trabajar dicho enfoque, y otros como Panamá, donde la sensibilidad a la temática existe pero todavía es incipiente y no dispone de los recursos necesarios para desarrollarla. En cualquier caso, como ya se ha mencionado, los Programas Nacionales de Nacionales de ITS, VIH y sida responden a un marco político-estratégico en el que, salvo excepciones, contemplan la adopción de estos principios en la respuesta institucional. En definitiva, los actores gubernamentales y agencias internacionales vinculadas al proyecto cuentan en su mayoría con condiciones de partida favorables para trabajar con un enfoque de género y de derechos humanos (**Indicador P.3.4**), aunque ello no implique necesariamente que exista sensibilidad y conocimiento respecto a las relaciones existentes entre el VIH y la VCM, como veremos más adelante.

En el caso de las ONG, las que han tenido una vinculación más estrecha con el proyecto apenas son seis<sup>44</sup> y, salvo una en Panamá (CEDEM) de carácter feminista y defensora de los derechos de las mujeres, todas están relacionadas con la prevención y atención del VIH. La promoción y defensa de los derechos de las personas VIH+ es su razón de ser, cuentan con los recursos para hacerlo, y para alguna de estas organizaciones la incidencia política es, de una u otra forma, parte de su ideario (GGP+, APLAFA, Pastoral de Salud). No obstante, la capacidad y trayectoria de incidencia política no fueron consideradas criterio de selección, a pesar de la transcendencia de este rol de la sociedad civil en el enfoque de derechos humanos (**Indicador P.3.4**). Las otras dos instancias del movimiento de PVVS involucradas en el proyecto son dos espacios de articulación de mujeres VIH+ (AMUGEN en Guatemala e ICW-Capítulo Panamá) con un status organizativo muy débil, siendo precisamente ésta la principal razón para involucrarlas.

### 1.2.3. Involucramiento de los colectivos beneficiarios y de otros actores relevantes en el diseño y formulación, planificación y seguimiento del proyecto

#### a) Participación de las agencias gubernamentales, instancias de la sociedad civil y organismos internacionales

Dado el carácter multisectorial y multidisciplinario de la estrategia que subyace en el proyecto, en su concepción se preveía un trabajo coordinado con los colectivos considerados beneficiarios directos de la intervención: las agencias gubernamentales (género, salud, educación, desarrollo social, justicia...) e instancias de la sociedad civil (grupos de mujeres, grupos de derechos humanos, personas viviendo con VIH, grupos comunitarios, universidades, etc.). Lógicamente esta relación era más estrecha en el caso de las entidades rectoras de las políticas públicas en materia de género (Mecanismos de Igualdad) y de salud (Ministerios de Salud) que, junto con la OPS —con quien se preveía una estrecha relación—, se consideran las entidades contrapartes del proyecto. Dentro de la sociedad civil, tenían un papel preponderante la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-Capítulo de América Latina (ICW-Latina) y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMILAC). Además, se contemplaba la coordinación con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, como

<sup>44</sup> Son las seis organizaciones beneficiarias de un Fondo Semilla creado en la fase final del proyecto.

UNIFEM u ONUSIDA. Para todos estos actores se identificaban su rol y aportes al desarrollo del proyecto<sup>45</sup>.

Sin embargo, el **diseño y formulación del proyecto** se realizaron internamente en la Secretaría Ejecutiva de la CIM, **sin contar con la participación de las entidades beneficiarias, ni siquiera de los entes rectores** en materia de salud y de género, siendo esta circunstancia especialmente llamativa, teniendo en cuenta que las Ministras de la Mujer y cargos afines, son las Delegadas Titulares de la CIM. La presentación del proyecto a las Delegadas Titulares de los países participantes se efectuó mediante una carta de la Secretaria Ejecutiva de la CIM, fechada el 19 de diciembre de 2007, en la que se les informa de la existencia del proyecto ya financiado por AECID, a la vez que se solicitan sus buenos oficios para difundir el concurso para la contratación de las consultoras nacionales. **No se plantea interacción alguna CIM-Delegadas Titulares para la planificación, ejecución y/o seguimiento** del proyecto en los respectivos países. El **acercamiento a la OPS tiene características similares** pues también se produce cuando el proyecto ya está diseñado y financiado, aunque en este caso se da con un carácter menos formal. La Coordinadora Técnica es quien se pone en contacto con la Asesora Subregional VIH-ITS, con sede en El Salvador, para solicitar su apoyo en el desarrollo de proyecto en dicho país. En los demás países no hubo un acercamiento directo (institucional) de la CIM a la OPS.

Por otro lado, en los primeros meses de vida del proyecto se previó el establecimiento de compromisos de colaboración con los “*socios nacionales del proyecto*”<sup>46</sup>, mediante la firma de acuerdos escritos, pero las **relaciones de colaboración no se formalizaron** ni con los Ministerios de Salud, ni con los Mecanismos de Igualdad. Tampoco con la OPS, a pesar del rol crucial que se le había asignado inicialmente en la ejecución del proyecto.

Las agencias gubernamentales y las instancias de la sociedad civil se involucran en el proyecto una vez iniciada su ejecución, como **meras fuentes de información** en la fase inicial de elaboración de los mapeos de actores y análisis situacionales. Concluida esta fase diagnóstica, el grado de participación difiere en los países participantes, en función de la modalidad de ejecución adoptada y del tipo de actividades desarrolladas. Pero esta dimensión será analizada en capítulos posteriores de este informe. En cualquier caso, **no ha habido entidades contrapartes propiamente dichas**, que hayan asumido un papel activo en la formulación y planificación del proyecto, ni tampoco en su ejecución, como se verá más adelante. Las instituciones previstas como tales en el diseño del proyecto pasaron a ser, en el mejor de los casos, meras informantes en un ejercicio desarrollado de forma exclusiva por la CIM, a través del equipo de consultoras contratadas para el desarrollo del proyecto.

## b) Participación de las propias mujeres víctimas de VIH y de violencia de género

La vinculación al proyecto de las titulares de derechos: mujeres víctimas, o en riesgo, de infección por VIH y de VCM, se plantea **a través de las entidades que las representan**; en concreto, a través de

<sup>45</sup> Ver DPCE (2007): *Integración de Políticas y Programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica CIM0701. Documento de Proyecto*. Departamento de Planificación, Control y Evaluación. OEA. Washington, D.C.

<sup>46</sup> Development Connections (2009): *Reporte de actividades realizadas por Diny Luciano. Septiembre 2008-marzo 2009*. Proyecto ‘Integración de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica’. CIM/AECID. Washington, D.C. Marzo, 2009.

ONG que trabajan en alguna de las dos temáticas o de espacios de articulación generados en el movimiento de PVVS.

Se trata de instancias de la sociedad civil de perfiles muy diferentes. Las ONG que promueven y defienden los derechos de las PVVS son, por regla general, organizaciones surgidas en el seno de las iglesias u organizaciones creadas o impulsadas por hombres gay VIH+, en su mayoría de estrato socioeconómico medio-alto. En este último caso se trata de organizaciones de pequeño tamaño, constituidas legalmente, aunque algunas todavía están en fase de consolidación institucional, que desde hace algunos años cuentan con el apoyo financiero de organismos de cooperación internacional (Fondo Global, ONUSIDA, PASCA/USAID y ONG internacionales), y que no siempre se muestran anuentes a trabajar con mujeres VIH+. Por el contrario, las mujeres organizadas VIH+ o en riesgo de infección, suelen ser trabajadoras del sexo o mujeres amas de casa de estrato socioeconómico medio-bajo, se articulan en espacios más precarios de forma tal que en muchos casos no cuentan ni con personería jurídica, por lo que para acceder al apoyo de la cooperación internacional, que recientemente ha puesto su mirada en ellas, tienen que acogerse al 'paraguas' de las organizaciones de hombres VIH+, de la iglesia u otras ONG solidarias generalmente del campo de la salud sexual y reproductiva.

Las ONG que atienden a las mujeres víctimas de violencia de género son, por regla general, organizaciones que pertenecen al movimiento de mujeres, muchas de ellas feministas, que cuentan con una larga trayectoria de trabajo y de incidencia política, y que mantienen relaciones con la cooperación internacional desde hace décadas. Tradicionalmente no han tenido ninguna vinculación con las mujeres VIH+ ni con el movimiento de PVVS, resultándoles un mundo desconocido y, en principio, ajeno. No existe conciencia de los vínculos entre el VIH y la VCM.

El grado de participación de estas organizaciones en las fases iniciales del proyecto ha sido el mismo que el del resto de los actores. Se vinculan al proyecto **en la fase diagnóstica inicial, como informantes** para la elaboración del mapeo de actores y, en menor medida, del análisis situacional. **No colaboraron ni en el diseño ni en la planificación** del proyecto.

En resumen, los colectivos beneficiarios del proyecto, agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil, no han participado en las fases iniciales del mismo (diseño, formulación y planificación), ni tampoco las titulares de derechos, quienes además tienen una débil presencia en el tejido social y organizativo de los países participantes, siendo este otro indicador de su posición de desventaja y vulnerabilidad. En ambos casos, beneficiarios del proyecto y titulares de derechos, la vinculación al proyecto se produce una vez comenzada la ejecución, básicamente como meros informantes en la fase diagnóstica inicial (**Indicadores P.2.1. y P.2.2.**). Es importante destacar que no llegaron a establecerse acuerdos formales previos de colaboración con actores fundamentales como la OPS y los Ministerios de Salud, ni tampoco con los propios Mecanismos de Igualdad, por lo que el proyecto inicia su ejecución sin tener garantizado el apoyo y la participación de estas instituciones, poniéndose en riesgo su viabilidad.



## 1.3. Análisis del diseño / COHERENCIA INTERNA<sup>47</sup>

### 1.3.1. Idoneidad de la estrategia prevista en el proyecto para abordar las causas de la feminización del VIH

En este apartado se aborda el diseño del proyecto en su planteamiento estratégico, revisándose en primera instancia, la coherencia entre el propósito del proyecto (Mejorar la respuesta institucional a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH, mediante la implantación de políticas y programas integrados...) y el fin último al que se espera contribuir (Reducir la prevalencia del VIH y sida y de la violencia de género...), para luego analizar la relación entre los productos previstos y el propósito, valorando si los productos son adecuados y suficientes para lograrlo.

Para el primer nivel del análisis tendremos en cuenta que el punto de partida del proyecto, o el problema sobre el que se pretende incidir en última instancia, es la creciente feminización del VIH en América Latina y el Caribe. Y si bien el concepto de feminización del VIH parece generar cierta controversia entre los actores clave en la respuesta a la epidemia<sup>48</sup>, existe consenso en que la atención no debe centrarse en el debate sobre la idoneidad del término utilizado, sino en el hecho de que las mujeres ya representan en promedio en la subregión **más de un 1/3 de la población infectada**.

A la vez se reconoce que el **perfil de las mujeres viviendo con VIH está cambiando**, rompiéndose algunos estereotipos vigentes al respecto. La promoción de la prueba rápida y las acciones emprendidas para erradicar la transmisión vertical (madre-hija/o) evidencian la relevancia de las mujeres con pareja masculina estable entre las víctimas de la epidemia. Por ejemplo, en Guatemala los datos estadísticos suministrados por dos clínicas especializadas en VIH y sida que desarrollan programas de detección y previsión de la transmisión materno-infantil, revelaron que durante el 2004 las mujeres y, dentro de ellas, las amas de casa (74% del total de mujeres diagnosticadas) eran el grupo que porcentualmente aumentaba más rápido, *“sin otro riesgo que la actividad sexual con sus parejas regulares”*<sup>49</sup>. En El Salvador el 23% de los casos nuevos de personas con VIH detectados en el año 2010 correspondieron a mujeres amas de casa, dato que se considera alarmante considerando que en dicho país se califica la epidemia de VIH como concentrada, donde las mujeres trans, los HsH, y las trabajadoras del sexo son, por este orden, los grupos que concentran las prevalencias más altas<sup>50</sup>. También en este país se deduce que el incremento de casos en las amas de casa tiene su origen en la pareja estable, *“sobre todo porque los HsH llevan la infección a sus casas, y las mujeres ni siquiera se imaginan”*.

Varios actores coinciden incluso en que las amas de casa son las que más expuestas están al VIH porque a diferencia de las trabajadoras del sexo, o de otros grupos de población en mayor riesgo, no son tan visibles, están aisladas en sus casas y no hay campañas masivas, ni ninguna estrategia de

<sup>47</sup> Articulación de los objetivos del proyecto con la estrategia, productos y actividades propuestas para lograrlos.

<sup>48</sup> A criterio de algunas expertas consultadas, desde el rigor epidemiológico no puede demostrarse que se esté produciendo una feminización del VIH.

<sup>49</sup> MSP (2006): *Política Pública 638-2005. Respecto de la Prevención a las infecciones de transmisión sexual –ITS- y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida*. Ministerio de Salud Pública (MSP)- Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA. Guatemala, julio 2006.

<sup>50</sup> MCP-ES (2011): *Informe Nacional sobre el estado de la situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación. Año 2010*. Mecanismo de Coordinación de País–El Salvador (MCP-ES) de lucha contra el VIH sida, tuberculosis y malaria. El Salvador, septiembre 2011.

prevención dirigida a ellas. “¿Cómo hacemos para llegar a ellas? No sabemos”, se preguntaba —y se respondía— una de las personas consultadas durante la evaluación.

Estos datos y circunstancias se sitúan en un escenario con elevados índices de **violencia de género**. Sin ánimo de exhaustividad, algunos datos al respecto muestran que en Guatemala el 31.5% de las mujeres participantes en la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 declaró haber recibido maltrato físico antes de los 15 años<sup>51</sup>. En cuanto a la violencia ejercida por la pareja, el 42% de las mujeres alguna vez unidas (casadas o acompañadas) reportan haber recibido violencia verbal o psicológica alguna vez en su vida por parte de un esposo o compañero, el 24.5% reportó violencia física y casi el 9% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja. Más de la mitad de las mujeres alguna vez unidas (45%) sufrió a lo largo de su vida alguna de las tres formas de violencia, y el 7% es sobreviviente de las tres<sup>52</sup>. En El Salvador, el 44% de las mujeres alguna vez unidas señala haber recibido violencia verbal en la vida en pareja, el 24% reportó violencia física y el 12% violencia sexual. En cuanto a la violencia sexual, en el año 2008 las mujeres representaron el 90% de un total de 4.589 casos registrados<sup>53</sup>. Según los datos de la FESAL 2008, el 9% de las mujeres salvadoreñas encuestadas reportó violación sexual con penetración, la mitad de la cuales sufrió este tipo de violencia antes de cumplir los 20 años, incluyendo una de cada cuatro antes de los 15 años. La violencia sexual sin penetración se identificó en el 10% de las encuestadas, la mitad refirieron haberla sufrido antes de los 15 años, incluyendo una de cada 5 antes de los 10 años. En la mayoría de los casos (más del 85%) el agresor fue alguien conocido, y cuando se trata de violación con penetración la agresión es cometida en un 64% de los casos por la pareja o ex-pareja de la víctima<sup>54</sup>.

Además, las jerarquías de género confieren a las mujeres una posición de desventaja en las relaciones de pareja que se refleja en su **escasa capacidad para tomar decisiones propias**, circunstancia en la que interactúan otros factores de índole social, cultural y económica. A título de ejemplo, de acuerdo con la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (2010), en Guatemala el 64.5% de las mujeres encuestadas cree que una buena esposa debe obedecer a su esposo aunque no esté de acuerdo con él, porcentaje que en las mujeres indígenas se eleva al 70% y al 80% cuando las mujeres no tienen ningún nivel educativo. Un 25% de las mujeres está de acuerdo en que es obligación tener relaciones sexuales con el esposo aunque ella no quiera, cifra que en el caso de las indígenas asciende al 34%, mientras que en las mujeres sin educación y en las pertenecientes al quintil económico más bajo se sitúa, en ambos casos, en torno al 45%. Un 16% de las mujeres considera que desobedecer a su pareja es causa de que se ejerza violencia física o sexual, y el 14.5% considera que la causa es cuando se niega a tener sexo<sup>55</sup>.

El referido informe regional de OPS<sup>56</sup> indica la existencia de estudios de ámbito internacional en los que los vínculos entre el VIH y la VCM están relativamente bien documentados, estableciéndose cuatro posibles vías, directas e indirectas, a través de las cuales se produce esta relación: (i) el sexo forzado,

---

<sup>51</sup> Cortéz, Patricia (2011): *Modelo de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala*. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). Guatemala, diciembre 2011.

<sup>52</sup> MSPAS y otros (2009): *V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Guatemala, noviembre 2009.

<sup>53</sup> OPS/OMS (2010): *Estudio Regional sobre VIH y violencia contra las mujeres. Versión final preliminar*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). La fuente de los mismos es la Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL (2008).

<sup>54</sup> ADS (2009): *Encuesta Nacional de Salud Familiar. FESAL 2008*. Informe resumido. Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y USAID. República de El Salvador. Febrero, 2009.

<sup>55</sup> Información tomada de Cortéz, Patricia (2011): Op. Cit.

<sup>56</sup> OPS/OMS (2010): Op. Cit.

(ii) la violencia de la pareja como limitante de la capacidad de las mujeres para negociar sexo protegido; (iii) la violencia en la niñez y su relación con conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez; y, (iv) la epidemia como factor desencadenante de formas de violencia en la pareja y la familia hacia las mujeres VIH positivas.

Respecto a este último aspecto, algunos de los actores clave en la respuesta al VIH reconocen determinadas manifestaciones de esta diferente forma de vincularse ambas epidemias, *“las mujeres con VIH tienen miedo de ser maltratadas por su pareja”*. Otros, van más allá y en su discurso identifican otras expresiones de la violencia contra las mujeres asociadas a la discriminación y a la vulneración de los derechos de las personas VIH positivas: *“desde el momento en que se le detecta el VIH, ahí la mujer queda expuesta. Sufre de discriminación por parte de la familia, del esposo, en el ámbito laboral, y eso también es violencia”*. Dentro de los colectivos de mujeres viviendo con VIH hay una especial sensibilidad a la discriminación ejercida por los propios servicios de salud, incluso en los discursos aflora un pujante colectivo: las mujeres jóvenes que están infectadas desde pequeñas (transmisión vertical), que quieren vivir su vida sin trabas, tener hijos, pero que se encuentran con obstáculos en los servicios de salud. Según el Índice de Estigma y Discriminación de El Salvador, el 25,6% fueron aconsejadas de no tener hijos, el 7,5% fueron sometidas a esterilización forzada, y el 27% se les condicionó el acceso a los antirretrovirales al uso del preservativo<sup>57</sup>.

En este contexto, y con el fin último de contribuir a la reducción de la prevalencia del VIH y sida y de la violencia contra las mujeres, resulta coherente plantear **una intervención sustentada en la relación existente entre la feminización del VIH y “la vulnerabilidad al virus que generan las desigualdades de género y, en particular, la violencia contra las mujeres”<sup>58</sup>**, considerando a su vez que las desigualdades de género colocan a las mujeres VIH positivas en una posición de mayor vulnerabilidad ante la violencia intrafamiliar y comunitaria, y ante la violencia que implica la violación de sus derechos humanos.

Teniendo en cuenta que el colectivo beneficiario directo del proyecto son las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil que ofrecen servicios para tratar el VIH y la violencia contra las mujeres, el propósito que se persigue con esta intervención es precisamente mejorar la respuesta institucional a las mujeres víctimas, entendida esta mejora como la implementación de políticas y programas que abordan de forma integradas el VIH y la violencia contra las mujeres.

En definitiva, se puede concluir que la **incorporación de políticas y programas integrados de VIH y VCM basados en el enfoque de derechos humanos**, en la respuesta institucional a ambas epidemias, **responde a una estrategia idónea y coherente** con el fin último al que el proyecto pretende contribuir (**Indicador C.1.1**).

Una vez definidos la estrategia que rige el proyecto y el colectivo beneficiario, el siguiente paso en la lógica de la intervención hubiese sido articular ambos aspectos, identificando la situación (fortalezas, obstáculos, necesidades, intereses...) que, en función de su respectivo rol dentro del enfoque de derechos, presentan las agencias gubernamentales y las instancias de la sociedad civil. Situación que será necesario atender por el proyecto, o al menos tener presente, a fin de propiciar las mejores condiciones para, efectivamente, lograr incorporar políticas y programas integrados VIH y VCM basados en el enfoque de derechos humanos en su respuesta institucional. Es decir, se trataría de

---

<sup>57</sup> Referencia recogida en una entrevista.

<sup>58</sup> Luciano, Dinys (2007): *Explorando las intersecciones entre empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Development Connections (DVCN). Washington D.C.

velar por que los productos a obtener con el proyecto sean los adecuados y suficientes para lograr el propósito que se persigue.

Como ya se mencionó en el análisis de la pertinencia, el proyecto partió sin un diagnóstico previo<sup>59</sup> en cada país de la problemática sobre la que va a incidir (feminización del VIH y del sida, dimensiones del VIH y de la VCM, vínculos existentes entre ambas epidemias), ni de las características del contexto político-normativo e institucional, incluida la respuesta dada a ambas epidemias, y muy especialmente de las características de los servicios de atención que se pretenden mejorar y de las responsabilidades y capacidades de los diferentes actores para abordar de forma integrada el VIH y la VCM, ya sea como garantes de derechos (agencias gubernamentales) o como demandantes de los mismos (sociedad civil).

A pesar de ello, el proyecto entra de lleno, y se centra casi exclusivamente, en la creación de modelos nacionales de políticas y programas integrados para la prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM. Así, para la consecución del propósito del proyecto se plantean tres productos: (i) Producto 1. Modelos nacionales de políticas y programas integrados desarrollados y validados; (ii) Producto 2. Elaboradas e implementadas estrategias de fortalecimiento de capacidades para los servicios seleccionados en cada país (para la aplicación experimental de los modelos desarrollados); y, (iii) Producto 3. Implementado un sistema de intercambio de información, lecciones aprendidas...y cooperación técnica a nivel subregional.

La debilidad de este planteamiento se dejó sentir desde el inicio de la ejecución, por lo que se añadió una nueva actividad, la realización de un mapeo de actores sociales y un análisis situacional en cada país, concebida como paso previo a la elaboración de los modelos de políticas y programas integrados. Es decir, se trató de un ejercicio diagnóstico ligado a la elaboración del modelo (Producto 1), no de un diagnóstico de partida de los problemas principales a atender, que hubiese permitido valorar la adecuación y suficiencia de los productos planteados, identificando nuevas líneas de trabajo o ejes de intervención necesarios para lograr el propósito del proyecto.

El proyecto reconoce que en la región “no se han desarrollado ni implementado hasta la fecha políticas y programas integrados para la prevención, atención, tratamiento del VIH y de la VCM como medida para mejorar la atención a las mujeres afectadas”<sup>60</sup>. Y a pesar de ello, no identifica si los actores responsables de desarrollar e implementar los nuevos modelos de políticas y programas integrados reúnen las condiciones mínimas necesarias para hacerlo. No obstante, las necesidades o circunstancias de los colectivos beneficiarios más inmediatas y no atendidas por el proyecto han aflorado de todas formas durante el desarrollo del mismo. En el discurso de los actores consultados aparecen de forma recurrente dos elementos:

- ❑ **La dificultad para visualizar y/o reconocer los vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres por parte de actores clave del proyecto.** Dificultad que con diferentes matices y dimensiones, se ha evidenciado tanto en actores gubernamentales como de la sociedad civil, incluso entre agencias internacionales.

---

<sup>59</sup> Esta circunstancia evidencia que en el proceso de formulación del proyecto no se siguieron las pautas recogidas en la Guía para la elaboración del Documento de Proyecto, elaborada por el Departamento de Planificación y Evaluación (DPE) en febrero de 2008.

<sup>60</sup> OEA (s/f): *Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica-CIM0701*. Departamento de Planificación, Control y Evaluación (DPE). Washington, D.C.

En unos casos radica en la percepción de la violencia contra las mujeres y de sus distintos vínculos con el VIH. Para muchas personas la relación sólo se visualiza en la violencia sexual, no identificándose la violencia derivada de otras expresiones de las desigualdades de género, como la conducta sexual de algunos esposos (infidelidad, parejas múltiples concurrentes). Tampoco parece fácil reconocer la condición de seropositividad como detonante de violencia hacia las mujeres, ni la violencia generada por el estigma y la discriminación que sufren las mujeres VIH+.

En otros casos, aún visualizando los vínculos existentes, no se reconoce como una problemática a atender por no disponer de evidencia científica al respecto, o por no formar parte de la respectiva agenda de reivindicaciones. En los países participantes en el proyecto no se ha hecho investigación rigurosa de los vínculos existentes entre VIH y la violencia contra las mujeres, y la escasa evidencia de que se dispone todavía no ha sido suficientemente difundida entre los actores claves<sup>61</sup>. En otros contextos, como el movimiento de mujeres, la relación entre violencia y VIH, e incluso la propia problemática de salud del VIH, no forman parte de las prioridades de acción política por lo que no son materia de debate, ni de posicionamiento al respecto.

En definitiva, y en consonancia con el Plan Operativo para el Marco de Acción del ONUSIDA, las condiciones de los actores estarían poniendo de manifiesto la necesidad de generar conjuntamente mejor evidencia (**conocer**) y mayor comprensión (**comprender**) de los efectos particulares y diversos de la epidemia de VIH en las mujeres, **con el fin de poder responder** eficazmente a sus necesidades específicas en el contexto del VIH<sup>62</sup>.

- ☐ **La debilidad de las organizaciones de mujeres VIH positivas**, vinculada a su baja legitimidad en la sociedad civil.

Las desigualdades de género también tienen su expresión al interior del movimiento de personas que viven con VIH y sida (PVVS), donde los espacios de articulación de mujeres o no existen, o son todavía procesos con una institucionalidad muy incipiente que requieren del 'paraguas' de las organizaciones masculinas para participar de determinados beneficios<sup>63</sup>. A criterio de algunas expertas consultadas, en la sociedad civil activa en torno al VIH y el sida todavía prevalece el estereotipo de que las víctimas son hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y trabajadoras sexuales, las demás mujeres 'no existen'. Y, aún peor, en determinadas circunstancias pueden ser vistas como un nuevo grupo en la competencia por los recursos de las agencias de cooperación, lo cual puede generar animadversión hacia ellas.

Al interior del movimiento de mujeres todavía no hay mucha conciencia de los aspectos de género de la epidemia del VIH, ni del activismo en torno a ella. Los grupos de la diversidad sexual son muy activos en la lucha por la no discriminación, pero el movimiento de mujeres, con más trayectoria y

---

<sup>61</sup> Tal sería el caso de los estudios realizados por OPS en el marco del proyecto "Las redes de atención a la violencia doméstica y sexual como punto de entrada para el tratamiento y prevención del VIH/SIDA" desarrollado durante los años 2005 y 2006 en Belice, Honduras y Nicaragua, y posteriormente en El Salvador. También del estudio realizado por ONUSIDA y el Grupo Génesis Panamá Positivo con mujeres VIH+ en la provincia de Colón, sobre las formas de violencia que experimentan.

<sup>62</sup> ONUSIDA (2010): *La agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Plan operativo para el marco de acción del ONUSIDA: abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el SIDA (ONUSIDA). Ginebra, Suiza

<sup>63</sup> Como por ejemplo, para poder beneficiarse de la ayuda del Fondo Mundial. Incluso para acceder al Fondo Semilla establecido por el proyecto, el capítulo de ICW en Panamá tuvo que hacerlo bajo el 'paraguas' administrativo de una ONG del sector salud.

mejor organizado, no les ha dado mucho espacio. Se considera que todavía es un reto ver como se establecen vínculos con el movimiento de PVVS, “no hemos encontrado un punto común”.

En consecuencia, las mujeres VIH son invisibles para unos, movimiento de PVVS, y para otras, movimiento de mujeres, están aisladas en sus hogares, con frecuencia pertenecen a estratos socioeconómicos desfavorecidos, y su capacidad de organizarse es muy limitada. Por lo general, no existe empoderamiento individual ni colectivo en las mujeres VIH+ para hacer valer sus derechos, las mujeres no denuncian las agresiones que sufren, no hay evidencias, y las organizaciones —cuando existen— no tienen capacidad suficiente para acompañarlas. “No hay recursos para la mujer con VIH y ella no tiene como defenderse ante las situaciones que se le presentan cotidianamente”, “Las mujeres activistas en Panamá no son tan fuertes como para pelear por sus derechos”, son algunas de las expresiones recogidas durante el trabajo de evaluación. Se considera que sus liderazgos necesitan ser fortalecidos en materia legal, en el conocimiento de sus derechos, y en cómo aplicarlos y defenderlos.

Las dos circunstancias señaladas evidencian importantes carencias en los actores clave de cara al propósito del proyecto, tanto en los titulares de deberes (entidades gubernamentales) para cumplir con sus obligaciones como garantes de los derechos de las PVVS, como en las propias titulares de derechos (mujeres viviendo con VIH y las organizaciones que las representan) para exigir su cumplimiento. Estas circunstancias no parecen configurar el escenario más idóneo para demandar, impulsar y/o adoptar, dependiendo del rol de cada quien, nuevas formas de respuesta institucional a las mujeres víctimas, aun en el caso de que se logre contar con nuevos modelos que aborden las relaciones entre el VIH y la VCM.

El proyecto no contempló ninguna línea estratégica orientada específicamente a atender las carencias mencionadas. No obstante, en el transcurso de la ejecución sí se llevaron a cabo acciones puntuales de información y sensibilización de convocatoria amplia, también de difusión de conocimiento (prácticas promisorias), observándose asimismo un claro interés en contribuir de alguna forma al empoderamiento de las mujeres VIH positivas, como se verá más adelante, lo que de alguna manera viene a ratificar la idoneidad de haber considerado estas líneas de trabajo en el proyecto. En este mismo sentido, los “modelos” de políticas y programas integrados de VIH y VCM elaborados en el marco del proyecto, incluyen algunas sugerencias para la acción en la línea de generar conocimiento y capacidades.

Por tanto, se aprecia que **los tres productos contemplados en el proyecto son adecuados para lograr su propósito, pero insuficientes (Indicador C1.2)**. Parece necesario contemplar, al menos, dos líneas de trabajo orientadas a generar condiciones mínimas idóneas en los actores clave. Una de ellas centrada en la generación de conocimiento y de comprensión en los diferentes actores sobre las múltiples relaciones entre el VIH y la VCM, y la otra en el empoderamiento y fortalecimiento organizativo de las mujeres con VIH

A modo de conclusión acerca de esta dimensión de la coherencia interna, señalar que la estrategia en la que se sustenta el proyecto es idónea, en el sentido de que el abordaje de los vínculos del VIH y la violencia contra las mujeres en las respuestas institucionales a ambas epidemias (propósito del proyecto) es un vía válida y coherente para contribuir a reducir la prevalencia del VIH y de la violencia de género en las mujeres (fin del proyecto). Pero los tres productos que se contemplan, centrados fundamentalmente en el desarrollo de modelos de políticas y programas integrados VIH/VCM, no son suficientes para lograr el propósito planteado. Se requiere además incidir en los actores clave involucrados en dichos modelos, tanto facilitadores de respuestas integradas VIH/VCM, como demandantes de las mismas, para generar en ellos, por un lado, conocimiento y comprensión de los

vínculos entre el VIH y la VCM como paso previo para dar respuesta eficaz a dichos vínculos e implementar nuevas políticas y programas integrados. Por otro, fortalecer los espacios de articulación de las destinatarias últimas del proyecto, las mujeres VIH+, y su posicionamiento en la sociedad civil, como condiciones necesarias para la exigibilidad de sus derechos.

### 1.3.2. Calidad técnica de la cadena de resultados del proyecto

En este apartado se analiza el diseño del proyecto en sus aspectos técnicos: la linealidad de la cadena de resultados, la suficiencia de la lógica planteada —remitiéndonos a la coherencia de la *teoría del programa*—, y la calidad de los indicadores y de las hipótesis del proyecto. Tales elementos son fundamentales por cuanto explicitan cómo y bajo qué supuestos el proyecto pretendía lograr sus productos y propósitos, y cómo iba a medirlos.

Para este análisis se ha tomado como referencia el Documento de Proyecto aprobado en 2008. Se ha considerado también el Perfil de Proyecto preliminar de 2007, y el Documento de Proyecto revisado al año y medio de iniciarse la intervención, en junio de 2010.

Del Documento de Proyecto aprobado y su matriz de marco lógico se deduce que la lógica de intervención era, de manera resumida, la siguiente:

- ❑ El propósito era lograr la implementación de políticas y programas integrados de VIH y VCM, mejorando así la respuesta institucional, tanto pública como de la sociedad civil, para una atención integral de ambas problemáticas. Con la mejora de la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH se quería contribuir a reducir la prevalencia de ambas epidemias entre las mujeres de los cuatro países participantes (Fin).
- ❑ Para lograr el propósito del proyecto, se proponía disponer en primer lugar de un modelo de atención integral del VIH y la VCM por país (Producto 1). Tal modelo debería estar creado tras dos reuniones de consulta por país en base a un consenso intersectorial sobre componentes, intervenciones, acuerdos institucionales y monitoreo y evaluación, momento que se aprovecharía para levantar la línea de base. Tras ser validado técnicamente a través de un foro virtual por país, el modelo se difundiría. Se elaborarían, además, los estándares éticos de la atención al VIH y la VCM a integrar en el grupo primario de organizaciones participantes. El modelo sería, por último, validado de manera experimental por medio de un piloto en los servicios de atención de una localidad por país.
- ❑ En segundo lugar, se requería una estrategia para fortalecer las capacidades dirigida a recursos humanos de las agencias gubernamentales y entidades de la sociedad civil involucradas en la implementación experimental (pilotaje) del modelo elaborado (Producto 2). Tal producto requería en primer lugar la definición, mediante consenso, de la propia estrategia, y luego un taller de formación por país para el manejo de los componentes del modelo y asegurar su validación experimental con los actores clave, la cual descansaba en redes intersectoriales de VIH y VCM formadas gracias a acuerdos interinstitucionales. Como parte de este proceso, se crearían las herramientas y mecanismos necesarios para aplicar el modelo (formularios clínicos y legales, sistemas de referencia de casos, redes servicios de atención, requerimientos y competencias del personal validados por las organizaciones participantes). Por último, se preveía establecer “un sistema integrado de servicios seleccionados con los mecanismos para el monitoreo y la evaluación en agencias gubernamentales y ONG seleccionadas”.

- En tercer lugar, se había previsto contar con una lista de distribución (listserv) virtual para el intercambio de recursos y experiencias con otros países de la región (Producto 3). Un evento final de presentación de resultados, diseminar buenas prácticas y explorar fórmulas de cooperación horizontal cerraba este bloque.

En términos de linealidad de la cadena de resultados, el diseño presentaba una lógica coherente entre actividades y productos, y entre estos y el propósito final. Tal secuencia era acorde a la lógica ‘medios-fines’ que debe operar en la lógica vertical de intervención. El conjunto de actividades, productos, propósito y fin conformaba así una cadena de resultados ramificada, típica de las planificaciones por objetivos del Marco Lógico. En todo caso, existe una cierta dependencia entre el producto 1 y 2, ya que en tanto que los modelos no estén desarrollados, no es posible abordar la capacitación en el manejo de sus componentes.

Durante la vida del proyecto se elaboran dos documentos más de formulación. Con una base de actividades similares, el Perfil del Proyecto contaba con 5 productos y el Documento de Proyecto, con 3, al integrar tres de los precedentes en un único producto. Con todo, la diferencia fundamental se da a nivel del propósito<sup>64</sup>. Si en el Perfil de Proyecto el objetivo era “desarrollar los modelos integrados de atención”, en el Documento de Proyecto el énfasis está en la “implementación de políticas y programas integrados”, lo que supone la utilización del modelo para mejorar la respuesta institucional de los servicios de atención seleccionados de los países.

Ahora bien, **esta mayor ambición en el objetivo del proyecto** en el Documento de Proyecto **no estuvo acompañada de una reconsideración de los productos y de las actividades**, más allá de integrar unos en otros. Sin ampliar o alterar la base de acción del proyecto, es difícil anticipar que sea posible lograr un propósito cuyo nuevo alcance —la implementación de un modelo integrado de atención— implicaba un compromiso y participación activa de actores gubernamentales encargados de adoptarlo e implementarlo, y de entidades de la sociedad civil responsables de demandarlo. Tampoco considerando los supuestos externos se explicaba cómo se esperaba salvar el ‘salto teórico’ entre la consecución de unos productos similares a los del Perfil del Proyecto y el logro de un nuevo propósito que **no se limitaba a la oferta controlada que el proyecto podía realizar** (generar modelos y las condiciones para aplicarlos), **sino que actuaba en el espacio de la hipotética demanda de los socios clave —sino incierta, al menos no diagnosticada—** para implementar tales novedades y actuar de manera integrada en la problemática VIH y VCM.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> En **Anexo 2** se resume el Perfil de Proyecto y el Documento de Proyecto aprobado en 2008 y se señalan las diferencias entre ambos documentos. También se señalan las diferencias introducidas al Documento de Proyecto en la revisión de junio de 2010.

<sup>65</sup> En **Anexo 3** puede consultarse una exhaustiva revisión de la Matriz de Planificación y, con ella, de su cadena de resultados. Allí se sugiere que la contribución de cada Producto al Propósito se aproxima más si incorporamos a los agentes destinatarios. A partir de *agentes contando con un modelo* validado (Producto 1), *actores fortalecidos* en capacidades (Producto 2) y *organizaciones y entidades intercambiando* información, buenas prácticas y cooperando (Producto 3), se ofrece sin duda una aproximación más exacta de lo que es necesario lograr para, en conjunto, alcanzar el Propósito de que las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil implicadas en el proyecto mejoren su respuesta institucional de atención a las mujeres. Esto, a su vez, implicaría la ampliación de las actividades de cada producto e, incluso, considerar nuevos productos que introduzcan elementos de cambio complementarios.



Un año y medio después de iniciarse la ejecución, el Documento de Proyecto es revisado para introducir algunos cambios en su diseño, tanto en sus actividades, como en sus supuestos/hipótesis. A prácticamente iguales propósitos y productos, la modificación de las actividades se sustancia en:<sup>66</sup>

- ▣ Para el Producto 1: Realizar un análisis de situación y un mapeo de actores por país, documentos ya elaborados por esas fechas. A partir de ellos, el modelo ya no se “crea” con las reuniones de consulta, sino que se “formula” con base en el borrador elaborado con anterioridad en consulta con los socios.
- ▣ Para el Producto 2: Se introduce la colaboración de la OPS<sup>67</sup> y de los Ministerios de Salud para elaborar la estrategia de fortalecimiento de capacidades, que no está ahora orientada al desarrollo de programas integrados sino a la implementación del modelo integrado nacional. Además, la actividad de formación rescata la fórmula de “formación de formadores” que establecía el Perfil de Proyecto. Por último, las herramientas necesarias para implementar el modelo ya no son creadas por el proyecto, sino que éste “apoya la creación” en colaboración con los Ministerios de Salud.

En esta revisión de junio de 2010 se introducen también nuevas hipótesis, lo que nos lleva a analizar la suficiencia de la lógica planteada. Todas ellas estaban centradas en la colaboración del Ministerio de Salud de cada país y en su mayoría estaban destinadas a complementar las actividades para desarrollar el modelo de atención integrada. El Ministerio, sucesivamente, auspiciaría reuniones y el proceso de validación, lo validaría técnicamente, lo adoptaría y se comprometería en implementarlo en todas las unidades de salud del país. Las nuevas hipótesis pasan así a ser una manera de aproximar la realización de actividades a la consecución de resultados y de estos al logro del propósito. De esta manera, **la lógica de avance en la cadena de resultados se apoyaba en su mayor parte en supuestos de compromisos de apoyos y colaboraciones externos.**

En **Anexo 4** puede consultarse la secuencia de implementación de las actividades del proyecto para cada uno de los tres años previstos de ejecución. Sobre esa base, se ha elaborado un diagrama de la *teoría del cambio* del proyecto (ver Figura 1 en página siguiente), esto es, cómo se esperaba que las actividades a realizar (*teoría de la implementación*) generasen los cambios previstos a nivel de productos y propósito, y bajo qué supuestos (*teoría del programa*)<sup>68</sup>.

El análisis de la teoría del cambio nos conduce a tres tipos de consideraciones. En primer lugar, el proyecto **acierta en su diseño al responder con cierta complejidad** a una situación que demanda la articulación de actores de distintos sectores, y del gobierno y de la sociedad civil, de manera coherente con la necesidad de abordar de manera integral la doble temática. Hay, sin embargo, tres **elementos ausentes** en el diseño que no encajan con la justificación del proyecto. Los tres han sido avanzados ya en apartados precedentes y no ameritan más explicaciones.

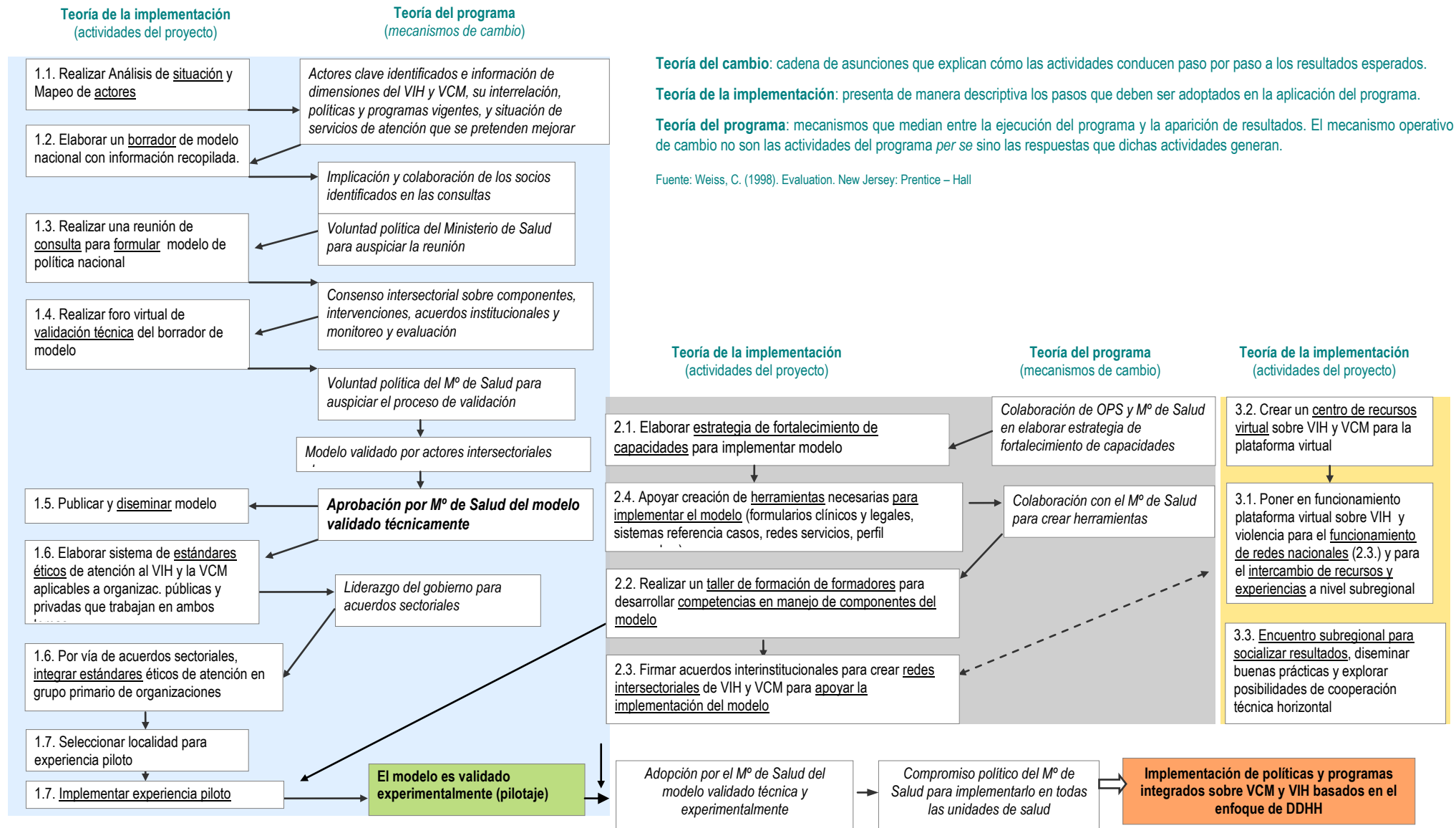
---

<sup>66</sup> Entre otras modificaciones, como aclarar que los acuerdos interinstitucionales de creación de redes intersectoriales en cada país tienen como finalidad apoyar la implementación del modelo integrado nacional, o que la lista de distribución pasa a ser una plataforma virtual al servicio de las redes nacionales intersectoriales creadas. Para mayor detalle, ver **Anexo 2**.

<sup>67</sup> Además, en el Documento de Proyecto revisado se da preponderancia al rol de OPS, ascendiéndola al rango de entidad ejecutora, junto con la CIM, quedando el papel de Development Connections limitado a “elaborar el enfoque conceptual y metodológico del proyecto”. (Documento de Proyecto, Junio 2010, p.14).

<sup>68</sup> Para reconstruir tal teoría del cambio se ha tomado como referencia el Documento de Proyecto revisado en junio de 2010 y su matriz de marco lógico, por ser el más ajustado a la implementación prevista y al discurso que manejaban las distintas responsables de su gestión acerca de cómo funcionaría el proyecto.

**Figura 1. Las teorías del cambio del proyecto: la teoría del programa y la teoría de la implementación**



El primero es no haber considerado una línea de trabajo orientada a **favorecer el conocimiento y la comprensión en los diferentes actores sobre las múltiples relaciones entre el VIH y la VCM**, y la necesidad de abordarlas de manera integrada. El segundo, se refiere a la necesidad de abordar el **empoderamiento y fortalecimiento organizativo de las mujeres VIH+** vinculada a su baja legitimidad en la sociedad civil. El tercer elemento, que de hecho precede y enmarca los dos anteriores, tiene que ver con la necesidad de contar con un **diagnóstico situacional** que abarcara, al menos, las políticas, normativas y servicios de atención que se pretenden integrar, los planes y dinámicas institucionales de los actores que están trabajando en ambos temas, y especialmente las capacidades institucionales de las distintas entidades clave y los canales de coordinación intersectorial existentes (o no) sobre los que basar la implementación del modelo. Este elemento se trató de atender con poco éxito al poco de iniciar el proyecto, añadiendo una nueva actividad (mapas de actores y análisis de situación) que quedó más tarde reflejada en la revisión de la Matriz de Planificación de junio de 2010.

En segundo lugar, la lógica planteada **no refleja fielmente el papel de apoyo de los actores clave mencionados en el Documento de Proyecto, en particular la OPS, los Ministerios de Salud y las Delegadas Titulares de la CIM**<sup>69</sup>. En cuanto a las Delegadas Titulares, llama la atención su ausencia en las actividades diseñadas tratándose de un proyecto ejecutado por la CIM y que aborda la VCM como una de sus temáticas. Pero es sobre todo la necesaria colaboración de las dos primeras instituciones la que destaca por encima de las demás por su conocimiento —ajeno a la práctica de la CIM— de la temática de VIH. Esta colaboración no se reflejó en el Documento de Proyecto aprobado, ni como actividades, ni como hipótesis en su matriz de planificación (ni, por lo tanto, en su apartado de ‘Gestión del riesgo’). Fue introducida en la revisión de junio de 2010 en algunas actividades y, con mayor o menor acierto, entre las hipótesis de la Matriz de Planificación, al recoger el decisivo rol del Ministerio de Salud en distintos momentos del proceso, como se ha señalado arriba.

En tales condiciones de diseño, la mayor parte del éxito previsto dependía de la voluntad de actores de los que no se acompañaban acuerdos o cartas de compromiso en el Documento de Proyecto y con los que —y esto es fundamental en términos de suficiencia de la lógica de intervención— no se había previsto *actividades* iniciales de negociación de acuerdos básicos de colaboración, sino que se daba por asumida en la redacción de algunas actividades o se dejaba al albur de las hipótesis no convenientemente analizadas<sup>70</sup>. Tampoco habían sido consideradas tales garantías de colaboración por país en las condiciones de partida *sine qua non* dar inicio al proyecto. El hecho de que estos actores tuviesen conocimiento del proyecto una vez aprobado, tal como revelaron las entrevistas durante el trabajo de campo, da cuenta de que el papel que se les asignó en el diseño del proyecto fue un ejercicio poco realista. La evaluación entiende que **la dependencia del proyecto de este tipo de colaboraciones institucionales y apoyos no garantizados podría minar la suficiencia del diseño**

---

<sup>69</sup> Al respecto, el Documento de Proyecto mencionaba: *i)* “Se establecerá una relación estrecha de trabajo con la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Género y Etnicidad y Unidad de VIH/SIDA) debido a (...) su relación privilegiada con los Ministerios de Salud. En las fases de elaboración y validación/piloteo del modelo, así como de fortalecimiento de capacidades, se prevé que la OPS, mediante sus oficinas nacionales, jugará un rol protagónico en la ejecución del proyecto; *ii)* Ministerios de Salud: proveerán recursos técnicos y humanos para desarrollar las actividades previstas, particularmente, las experiencias piloto, así como la infraestructura para las reuniones y para el desarrollo de las acciones; *iii)* Delegadas Titulares de la CIM: servirán de enlace con los diferentes ministerios y organizaciones participantes y prestarán apoyo a la coordinadora general y las asesoras nacionales; *iv)* UNAIDS; *v)* Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH (ICW) Capítulo América Latina; y *vi)* Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.”

<sup>70</sup> Las hipótesis describen las condiciones necesarias que deben existir si queremos que la relación de causa y efecto entre los niveles de resultado funcione como se espera. La consideración de un fenómeno o decisión como hipótesis supone una *probabilidad media* (son descartadas hipótesis muy improbables, y las hipótesis muy probables dan lugar a reconsiderar la estrategia) de que se den eventos o decisiones importantes *ajenas al control* de la gerencia del proyecto.

**planteado**, ya que, en la medida en que son consideradas como hipótesis, se reconoce la incapacidad de la institución promotora del proyecto para influir sobre ellas a través de actividades o productos complementarios.

La evidencia anterior está en sintonía con el tratamiento de los factores de riesgo<sup>71</sup>. En el apartado de 'Gestión de riesgo' revisado al año y medio de iniciarse el proyecto se plantea una estrategia general para con todos los socios: establecer acuerdos formales con los socios clave del proyecto *a la hora de iniciar el proyecto y de nuevo al validar el modelo* como respuesta ante una posible falta de compromiso del Ministerio de Salud<sup>72</sup>. En un juego temporal difícil de conjugar, lo cierto es que tales acuerdos no estaban planteados al iniciar el proyecto como parte del diseño del mismo.

Y en tercer lugar, en las actividades estaban previstos espacios para la consulta y el consenso. Eran, por este orden, momentos para la consulta, la formulación, la validación técnica y la validación experimental del modelo (resultado 1) y para la creación de redes de apoyo y de herramientas, y de formación de personal (resultado 2). En un proyecto que necesita sumar intereses y afianzar capacidades para abordar una temática innovadora, esta era sin duda una estrategia adecuada con vistas a generar la apropiación de las instituciones encargadas de asumirlo finalmente. Ahora bien, en términos de diseño<sup>73</sup> tales espacios se antojan *a priori* cortos de duración en algunas actividades clave, en particular, las relativas a la formulación y validación del modelo y a la formación<sup>74</sup>.

En tales condiciones de diseño, la mayor parte del éxito previsto dependía de la voluntad de actores de los que no se acompañaban acuerdos o cartas de compromiso en el Documento de Proyecto y con los que —y esto es fundamental en términos de suficiencia de la lógica de intervención— no se había previsto *actividades* iniciales de negociación de acuerdos básicos de colaboración, sino que se daba por asumida en la redacción de algunas actividades o se dejaba al albur de las hipótesis no convenientemente analizadas<sup>75</sup>. Tampoco habían sido consideradas tales garantías de colaboración por país en las condiciones de partida *sine qua non* dar inicio al proyecto. El hecho de que estos actores tuviesen conocimiento del proyecto una vez aprobado, tal como revelaron las entrevistas durante el trabajo de campo, da cuenta de que el papel que se les asignó en el diseño del proyecto fue un ejercicio poco realista. La evaluación entiende que **la dependencia del proyecto de este tipo de colaboraciones institucionales y apoyos no garantizados podría minar la suficiencia del diseño planteado**, ya que, en la medida en que son consideradas como hipótesis, se reconoce la incapacidad de la institución promotora del proyecto para influir sobre ellas a través de actividades o productos complementarios.

---

<sup>71</sup> Que no son sino la expresión en negativo del comportamiento de las hipótesis.

<sup>72</sup> En concreto, la "no adopción por parte del Ministerio de Salud del modelo validado o falta de compromiso político para auspiciar los procesos de validación e implementación del modelo en todas las unidades de salud del país" (Documento de Proyecto, revisado junio 2010, p. 18).

<sup>73</sup> En el apartado de eficiencia se profundizará en este análisis desde la perspectiva de la ejecución real, no del diseño.

<sup>74</sup> Para las primeras estaba previsto, por país: (i) una reunión de consulta para formular el modelo en base a un borrador previo, y (ii) un foro virtual para su validación técnica, tiempos —e incluso espacios— que, bajo una exigencia recogida en la primera de ellas de consenso intersectorial, se valoran como insuficientes. La formación, por su parte, se atendía con un taller por país, algo que, también *a priori*, no parece suficiente para desarrollar competencias en el manejo de los componentes del modelo integrado nacional

<sup>75</sup> Las hipótesis describen las condiciones necesarias que deben existir si queremos que la relación de causa y efecto entre los niveles de resultado funcione como se espera. La consideración de un fenómeno o decisión como hipótesis supone una *probabilidad media* (son descartadas hipótesis muy improbables, y las hipótesis muy probables dan lugar a reconsiderar la estrategia) de que se den eventos o decisiones importantes *ajenas al control* de la gerencia del proyecto.

La evidencia anterior está en sintonía con el tratamiento de los factores de riesgo<sup>76</sup>. En el apartado de 'Gestión de riesgo' revisado al año y medio de iniciarse el proyecto se plantea una estrategia general para con todos los socios: establecer acuerdos formales con los socios clave del proyecto *a la hora de iniciar el proyecto y de nuevo al validar el modelo* como respuesta ante una posible falta de compromiso del Ministerio de Salud<sup>77</sup>. En un juego temporal difícil de conjugar, lo cierto es que tales acuerdos no estaban planteados al iniciar el proyecto como parte del diseño del mismo.

Y en tercer lugar, en las actividades estaban previstos espacios para la consulta y el consenso. Eran, por este orden, momentos para la consulta, la formulación, la validación técnica y la validación experimental del modelo (resultado 1) y para la creación de redes de apoyo y de herramientas, y de formación de personal (resultado 2). En un proyecto que necesita sumar intereses y afianzar capacidades para abordar una temática innovadora, esta era sin duda una estrategia adecuada con vistas a generar la apropiación de las instituciones encargadas de asumirlo finalmente. Ahora bien, en términos de diseño<sup>78</sup> tales espacios se antojan *a priori* cortos de duración en algunas actividades clave, en particular, las relativas a la formulación y validación del modelo y a la formación<sup>79</sup>.

Las entrevistas a las responsables de gestar el proyecto avalan esta apreciación. Éstas revelan que el diseño **no consideró los tiempos necesarios para realizarlo en conjunto con los socios clave**. Estamos hablando no sólo de lo limitado de dos reuniones —en un escenario inicial de ejecución de 24 meses— para formular y validar un modelo que afectaba la norma y las prácticas de atención de los Ministerios de Salud y otras organizaciones implicadas. También, por ejemplo, de la necesidad de acomodar la formación propuesta en el proyecto a las dinámicas y planes institucionales de gestión de recursos humanos, incluidos sus propios planes de formación. Se daba además la paradoja de prever una actividad para elaborar la estrategia de fortalecimiento de capacidades en colaboración con la OPS y los Ministerios de Salud y, por otro lado, acotar ya las acciones principales de tal estrategia, lo que redundaba en la necesidad de haber preacordado algunos puntos básicos del proyecto con tales organismos durante su diseño.

Por último, en este apartado de suficiencia de la lógica de intervención diseñada, mencionar que se echa en falta actividades transversales de seguimiento y evaluación. Más allá de los demostrados efectos positivos de un seguimiento y una evaluación cercanos y efectivos, visibilizar estas actividades ayuda a integrarlas formalmente en las tareas de coordinación, y a prever insumos y recursos para realizarlas en el presupuesto del proyecto, lo que si duda facilita su aplicación oportuna.

Un tercer punto de atención es la calidad de los indicadores como elemento que revela la coherencia del diseño del proyecto: cómo se va a medir aquello que se prevé conseguir. A este respecto, en el Documento de Proyecto inicial se fijaron indicadores en los niveles de fin, propósito y para cada uno de los tres resultados (ver Recuadro 1).

---

<sup>76</sup> Que no son sino la expresión en negativo del comportamiento de las hipótesis.

<sup>77</sup> En concreto, la "no adopción por parte del Ministerio de Salud del modelo validado o falta de compromiso político para auspiciar los procesos de validación e implementación del modelo en todas las unidades de salud del país" (Documento de Proyecto, revisado junio 2010, p. 18).

<sup>78</sup> En el apartado de eficiencia se profundizará en este análisis desde la perspectiva de la ejecución real, no del diseño.

<sup>79</sup> Para las primeras estaba previsto, por país: (i) una reunión de consulta para formular el modelo en base a un borrador previo, y (ii) un foro virtual para su validación técnica, tiempos —e incluso espacios— que, bajo una exigencia recogida en la primera de ellas de consenso intersectorial, se valoran como insuficientes. La formación, por su parte, se atendía con un taller por país, algo que, también *a priori*, no parece suficiente para desarrollar competencias en el manejo de los componentes del modelo integrado nacional

### **Recuadro 1. Relación de indicadores establecidos en el Documento de Proyecto (2008)**

#### Propósito:

- 85% de las mujeres que asisten a los servicios reciben asistencia para ambos VIH y violencia, y son atendidas o referidas a los servicios adecuados durante los dos años del proyecto<sup>80</sup>.

#### Producto 1:

- 1a. Al menos 70% de las instituciones participantes aprueban el modelo.
- 1b. En cada país, el 90% de las organizaciones participantes aplican el programa integrado de VIH y VCM al finalizar el segundo año.

#### Producto 2:

- 2a. Por lo menos, una red de atención y prevención del VIH y la VCM funcionando en cada uno de los países participantes al finalizar el primer año.
- 2b. Todas las organizaciones participantes adoptan las medidas de seguridad y estándares éticos aprobados al finalizar el primer año.
- 2c. 90% del personal de las instituciones que han aprobado las medidas de seguridad y los estándares éticos han sido entrenados para aplicarlos y por lo menos un 70% los aplica al finalizar el primer año.
- 2d. 85% de personal de instituciones participantes han adquirido las competencias profesionales para integrar intervenciones específicas de VIH y VCM al finalizar el proyecto. Esto incluye: identificación, registro, referencia y contrarreferencia, diagnóstico, apoyo social, prevención (creencias, actitudes y prácticas), prueba voluntaria y consejería, tratamiento y cuidado, sistemas de referencia; y planeación de aspectos lógicos y programáticos

#### Producto 3:

- 3a. 80% de las instituciones participantes están suscritas al listserv ya en operación para el tema de violencia y VIH al finalizar el primer trimestre.
- 3b. El Centro de recursos virtual cuenta con al menos 50 documentos y enlaces de interés sobre VIH y VCM al finalizar el primer trimestre del proyecto.
- 3c. Se realiza una reunión subregional con al menos 1 representante de sociedad civil y 1 representante de gobierno de cada uno de los países participantes al finalizar el segundo año del proyecto.

En su mayor parte, eran **indicadores adecuados a los fenómenos que pretendían medir** en su nivel correspondiente. El indicador referido al propósito es una expresión de la aplicación de los modelos de atención integral en los propios servicios de atención (que las mujeres reciban asistencia para VIH y VCM, y que sean atendidas o derivadas a los servicios adecuados). Los indicadores del producto 1 miden tanto el consenso en su validación (70% de las instituciones participantes), como el alcance de su aplicación (90% de las instituciones). Los indicadores del producto 2 miden cada una de las dimensiones del fortalecimiento de capacidades como expresión del logro de cada una de sus actividades: (i) la red intersectorial de atención por país; (ii) las medidas de seguridad y los estándares éticos; y (iii) la capacitación, tanto en aplicación de las medidas y estándares citados, como en competencias profesionales.

Por el contrario, los indicadores del producto 3 son, sin embargo, el reflejo de un producto expresado como la culminación de sus actividades correspondientes: (i) instituciones miembro de una lista de

---

<sup>80</sup> No es factible que la variable del indicador del propósito —que las mujeres reciban asistencia tanto para VIH como VCM— opere durante los dos años la ejecución inicialmente previstos, ya que la aplicación de los modelos por parte de las organizaciones participantes se produce al finalizar el segundo año, y el personal adquiere al finalizar el proyecto las competencias profesionales para integrar VIH y VCM. Este error fue corregido en la revisión del proyecto de 2010, en la que la variable del indicador se remitía al momento de finalizar el proyecto.

distribución; (ii) documentos y enlaces disponibles en el centro de recursos; y (iii) reunión subregional que se había previsto en actividades.<sup>81</sup>

En general los indicadores **son expresión de un conocimiento a priori de estándar deseado**. En particular el último indicador del producto 2, que detalla los aspectos de cambio en la competencia profesional a ser medidos, **lo que revela un notorio dominio del tema**. Ahora bien, tales indicadores deberían acomodarse a la situación de partida, que parece asumirse que es de completo desconocimiento de la temática a abordar. Según una nota incorporada al Documento del Proyecto, la línea de base se prepararía “al realizar las reuniones de consulta en cada país. (...) Al disponer de los datos, se revisarán los indicadores para colocar cifras concretas en lugar de porcentajes (sic)”. Como una falencia del diseño, tal **línea de base no se completó en ningún momento. (Indicador C.2.2.)**

**No son tan apropiados los indicadores en su cuantificación y temporalidad.** No parece realista que el modelo propuesto sea validado por el 70% de las organizaciones y que sean más las que estén dispuestas a aplicarlo (el 90%) sin haberlo querido validar previamente. En la misma línea estaría establecer que el 100% de las organizaciones participantes adoptarían las medidas de seguridad y estándares éticos. En general, no es muy probable un consenso total respecto a tales temas, y en todo caso habría que considerar que se daría entre las instituciones dispuestas a aplicar el modelo tras haberlo validado, en ambos casos, y según los indicadores precedentes, inferior al 100%.

En cuanto a la temporalidad, la variable del indicador del propósito —“mujeres atendidas en VIH y VCM de manera integral”— aplicaría justo al finalizar el proyecto, lo que hace difícil que tal propósito pueda ser medido. Esto nos lleva a retomar la valoración de la cadena de resultados para, o bien cuestionarla en relación con el calendario previsto, o bien a reconsiderar el alcance del propósito. Caben, por lo tanto, dos posibilidades:

- ❑ La primera es considerar que no se tuvo en cuenta el calendario temporal a la hora de diseñar el proyecto en torno a propósito fijado. Según el cronograma, la finalización de varias actividades clave estaba prevista prácticamente al término del proyecto. Esto apenas deja margen para hacer un seguimiento de que el modelo puede ser efectivamente implementado por los socios clave y otras instituciones participantes gracias a profesionales competentes en sus estándares y herramientas. A ello no contribuye además que se hubiera eliminado en la revisión de junio de 2010 una actividad orientada a tal fin<sup>82</sup>. En tales condiciones, es difícil poder garantizar que el propósito “se evidenciará una vez finalizado el proyecto”, tal y como recomienda la Guía de elaboración del Documento de Proyectos de la OEA.
- ❑ La segunda es considerar que el propósito representaba un ‘salto’ teórico que excedía la capacidad y temporalidad del proyecto. Esto supondría que el efecto directo derivado del nivel de productos (modelos desarrollados, fortalecimiento de capacidades, sistema de intercambio de experiencias) no fuese la implementación por parte de los servicios de atención, sino generar condiciones favorables para que estos posteriormente tomaran en consideración tales novedades, adoptado tales productos y ajustado sus servicios para implementar tal modelo integrado de atención a VIH y VCM.

---

<sup>81</sup> En **Anexo 3** puede consultarse una revisión más detallada de los indicadores del Documento del Proyecto revisado en 2010.

<sup>82</sup> La actividad “A2.5. Establecer un sistema integrado de servicios seleccionados con los mecanismos para el monitoreo y la evaluación en agencias gubernamentales y ONGs seleccionadas”.

En definitiva, podemos hablar de indicadores relevantes y sensibles al fenómeno que pretenden medir, destacando en esto último positivamente los indicadores del producto 2 y con más falencias los del producto 3. No obstante, en cuanto a su nivel de especificidad, presentan algunos problemas en su medición temporal, no muy realista y algunas incoherencias en su cuantificación. **(Indicador C.2.2.)**

Como conclusión de este apartado de coherencia técnica de la cadena de resultados, destacaríamos que el proyecto fue diseñado de manera adecuada para elaborar unos determinados **productos** que podrían quedar al servicio potencial de las instituciones implicadas en atender la problemática del VIH y la VCM. Bajo la perspectiva de una asistencia técnica externa, las actividades podrían ser suficientes, pero no lo son, en particular las de consulta y validación, encajadas en un proyecto cuyas actividades apelan a la colaboración y el consenso con los socios clave.

El diseño parece desenvolverse con menos suficiencia si tomamos como referencia el **propósito** establecido. La reformulación al alza del propósito en el paso del Perfil al Documento de Proyecto no estuvo acompañada de una reconsideración de los productos y de las actividades, comprometiendo así la suficiencia del proyecto para pasar de la *oferta* que podía realizar (desarrollar modelos) a actuar en el espacio de la *demanda* de los socios clave (cambios en sus modelos de atención). **(Indicador C.2.1).**

En ese escenario, las actividades heredadas del Perfil del Proyecto resultaron demasiado breves —con momentos clave resueltos en un único espacio y momento dentro de un proyecto que otorgaba un margen de 24 meses— e insuficientes para las tareas de aunar acuerdos o de formación que tienen encomendadas, con lo que, en la práctica, la lógica de avance en la teoría del programa pasó a descansar en hipótesis no muy realistas acerca de apoyos y colaboraciones de terceros actores, algunos (OPS y Ministerio de Salud) solo considerados a partir de la reformulación de Junio de 2010 **(Indicador C.2.3.)**. Consideradas críticas y algunas bajo la capacidad de control de la entidad promotora, no se contempló si ameritaría integrar tales hipótesis en el proyecto con actividades o productos complementarios para fortalecer la lógica de intervención y aminorar el riesgo de un comportamiento negativo de las mismas. La dependencia del proyecto de este tipo de colaboraciones institucionales y apoyos no garantizados podría minar la suficiencia del diseño planteado.

## 1.4. Análisis de la implementación / EFICIENCIA<sup>83</sup>

### 1.4.1. Calidad de la planificación y gestión técnica y financiera

#### a) Realización en tiempo y forma de las actividades y funcionalidad de las reprogramaciones

El proyecto previó un cronograma inicial de 2 años (29 Julio 2008 a 29 Julio 2010), que fue ampliado por un año tras aprobarse una prórroga. Finalmente la fecha de cierre oficial se extendió en seis meses más (31 Enero 2012), resultando un calendario final de 3 años y medio.<sup>84</sup>

<sup>83</sup> Relación entre los resultados obtenidos y los recursos empleados para conseguirlos, sean estos económicos, humanos, técnicos, tiempo...



Durante ese tiempo, el proyecto fue gestionado por distintas responsables en la CIM,<sup>85</sup> lo que conllevó decisiones en torno al modelo de ejecución, contratación de personal y productos, y logística para la implementación en cada país. Se identifican así tres etapas con dos modelos distintos de coordinación y de función de los recursos humanos:<sup>86</sup>

- ☐ En el primer semestre (etapa 1) y en los últimos 10 meses de ejecución (etapa 3), la coordinación técnica estuvo a cargo de Development Connections, con consultorías en cada país en el rol de coordinadoras nacionales con la misión de responsabilizarse de la implementación general del proyecto.
- ☐ El periodo intermedio, la etapa 2, duró unos 24 meses. Durante los primeros 9 meses, la gestión se basó en una coordinación regional por productos que supervisaría a su vez a consultoras para elaborar los modelos en los países. Esta coordinación regional únicamente se contrataría para los 4 modelos previstos (producto 1) y no para el resto de actividades de los productos 2 y 3. En los 15 meses restantes, el proyecto tuvo un perfil de actividad muy bajo y se decidió la extensión por un año más.

**La eficiencia del proyecto estuvo comprometida por estos cambios en los modelos de gestión y los huecos temporales entre ellos.** En los cronogramas del **Anexo 4**<sup>87</sup> puede observarse como el proyecto —que en su etapa 1 estaba siendo concebido para ser ejecutado a través de un equipo básico compuesto por una coordinación general de la CIM y una segunda coordinación técnica especializada, más cuatro consultoras locales por país que dinamizaran todo el proceso, denominadas coordinadoras nacionales<sup>88</sup>—, se queda prácticamente detenido en los productos iniciales previos a la elaboración de los modelos (análisis situacional y mapeos de actores). Dos habían sido elaborados en la etapa 1 y otros 2 en la etapa 2. Esto permanece así durante un periodo de tiempo que incluye los 15 meses en los que no existió la figura de coordinación técnica, en los cuales se lanza la elaboración del modelo de El Salvador.

Finalmente, ha de acometerse el grueso de las tareas ejecutadas en la recta final tras haber pasado por él tres responsables de la CIM, dos coordinadoras técnicas —una de ellas únicamente responsable por el producto 1, el desarrollo de los modelos—, siete consultorías a nivel país, a los que habría que añadir otras seis para acciones o productos específicos.

---

<sup>84</sup> No se manejó una única fecha de inicio del proyecto. En varias comunicaciones oficiales se indica que esta fecha es Enero de 2009 y que, por lo tanto, la duración fue de tres años.

<sup>85</sup> Respectivamente, Martha Beltrán (hasta febrero 2009), Magaly McLean (hasta agosto 2010) y Hilary Anderson.

<sup>86</sup> Ver apartado 4.1. Descripción del proyecto.

<sup>87</sup> Se recomienda consultar este anexo que consta de dos gráficos. En el primero, para cada una de las etapas mencionadas se relacionan: (i) la coordinación y las diferentes consultorías (funciones, país y meses de servicio) disponibles; y (ii) las actividades y productos elaborados. En él se puede apreciar la relación temporal entre los productos de cada país y los periodos de inactividad en la ejecución del proyecto. En el segundo gráfico, se comparan los cronogramas inicial (2008) y revisado (Junio 2010) con el cronograma ejecutado, señalando las áreas de mayor actividad.

<sup>88</sup> Según el reporte de la reunión del equipo de trabajo CIM / Development Connections, en diciembre de 2008 estaban contratadas las coordinadoras país de Honduras y Guatemala. Se preveía contar con las consultoras para la coordinación nacional para Panamá y El Salvador hacia el 20 de enero de 2009. Finalmente, nunca se conformó tal equipo.

Esto sucede en un contexto de ejecución bastante optimista respecto a la estimación acerca de los procedimientos, tiempos y recursos<sup>89</sup> para realizar las actividades comprometidas.

En la etapa 3, por lo tanto, el proyecto concentró la mayoría de las actividades ejecutadas fuertemente condicionado por un largo periodo previo de bajo nivel de actividad. Acerca de la presión final por ultimar algunos de los productos fundamentales coinciden las entrevistas realizadas al personal a cargo de la gestión, tanto de coordinación técnica, como las consultorías en el terreno. En aproximadamente 10 meses se realizaron 9 de las 15 las actividades previstas, y otras 3 no previstas.

Debido al poco tiempo para dar cuenta del plan de trabajo durante lo que restaba de proyecto, varias actividades se llevaron a cabo con posterioridad a la fecha de fin de la ejecución técnica y presupuestaria del proyecto y otras se prolongaron más allá de esa fecha.<sup>90</sup>

Al respecto de la realización de actividades, no solo en tiempo, sino también en forma, hemos de señalar que no fue posible realizar varias actividades fundamentales para el propósito del proyecto y algunas de las realizadas no tuvieron el enfoque previsto, lo que afectó a su alcance.<sup>91</sup>

Entre los déficit destacarían, en primer lugar, las **actividades que requerían de la participación formal o acuerdos con el Ministerio de Salud o la OPS**, actividades que **no pudieron concretarse**. Es importante señalar que esto no fue tanto una consecuencia de la necesidad de apurar durante la última etapa la ejecución de un proyecto muy retrasado, sino de ciertas falencias en la estrategia de implementación, algunas de las cuales concretan lo avanzado en el capítulo 4.3. *Análisis del diseño / Coherencia interna*.

Por un lado, durante el proyecto no se alcanza ningún acuerdo o al menos una carta de compromiso de colaboración con el estamento nacional referente en VCM (Mecanismo de Igualdad) y en VIH (Ministerio de Salud), con lo que el proceso de ejecución confirmó que no se daban las condiciones de partida para iniciar un proyecto de estas características. Por su parte, a pesar de los intentos antes y durante el inicio del proyecto por cuajar algún acuerdo con OPS<sup>92</sup>, las menciones al mismo

---

<sup>89</sup> No nos referimos únicamente a cuestiones de diseño del proyecto sino también al proceso de gestión. Los TdR de las consultorías contratadas durante las etapas 2 y 3 son un buen ejemplo. En la etapa 2 se establecía la elaboración de los modelos de 4 países en 7 meses (Contrato de consultoría de Grettel Bustos, 9 Marzo a 30 Septiembre 2009). En prácticamente el mismo tiempo (de julio 2011 a febrero 2012), también se requería a las consultoras nacionales contratadas en la etapa 3 el diseño del modelo entre otras 18 actividades más.

<sup>90</sup> Nos referimos a contratos de consultoría hasta marzo (la mayoría) y uno hasta septiembre; a ediciones de documentos (febrero y junio); a la publicación en la Web de los modelos (julio/agosto), al cierre de los 'fondos semilla' concedidos, o a actividades clave como la elaboración del modelo de Panamá, cuyo borrador fue presentado al INAMU en marzo y recibió aportes de este organismo en abril. El documento final estaba siendo difundido entre los actores clave en el país durante el trabajo de campo de esta evaluación, 6 meses después de la fecha de cierre del proyecto

<sup>91</sup> En **Anexo 5** puede consultarse un resumen del estadio final de ejecución de las actividades previstas y las no previstas. Esto, a su vez, se pone en relación con el grado de logro de los productos y el propósito del proyecto, en una combinación a *grosso modo* de los análisis de eficiencia y eficacia.

<sup>92</sup> Antes de la aprobarse el proyecto se mantuvo contacto con la Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS (Washington). Una vez es aprobada su financiación, "se presenta una ficha resumen a la OPS y se conversa acerca de las posibilidades de colaboración en cada país". Como la OPS tiene descentralizada su gestión, la decisión última dependía de cada oficina nacional, labor de seguimiento que ya no se realizó. Únicamente, por relaciones precedentes, la oficina de El Salvador mostró interés en la iniciativa. Cuando se relanza el proyecto en el 2011, se retoman los contactos en los dos países en los que se va a elaborar el modelo. En Panamá, la relación fue a través de un consultor en OPS antiguo colaborador de Development Connections. En Guatemala, fue la consultora del país contratada la que trató de establecer contacto sin éxito con la Unidad de Género y de VIH.

desaparecen tras el primer IPEP de abril de 2009. Es en El Salvador en donde la OPS tiene, sin acuerdos formales, un papel más activo de supervisión y tutelaje del desarrollo del modelo nacional.

Por otro lado, la estrategia de implementación hacía depender el acceso a las instituciones locales a involucrar —y por ende, los posibles acuerdos— del perfil y capacidad de cada consultoría, y no de la labor institucional de la CIM o de su representación en el país, bien la oficina de la OEA, bien el organismo de referencia de la Delegada Titular. Esto también condicionó en parte el perfil de las ONG participantes o consultadas. En ese contexto, los actores locales no atendían a un proyecto de la CIM, ni tenían visión del conjunto y su propósito, sino a diversos trabajos de la consultora local correspondiente (análisis situacional y mapeo de actores respecto del resto: modelos, cursos, Webconferencias, etc.), tal y como se puso de manifiesto en varias entrevistas.

Un segundo aspecto destacable es que **el modelo no pudo validarse experimentalmente** en ninguna de las cuatro localidades que iban a ser seleccionadas. En ese marco, no fueron creadas las redes interinstitucionales de apoyo a su aplicación, ni las herramientas previstas para aplicarlo.

En tercer y último lugar, puede hablarse de una **satisfactoria realización de las actividades relacionadas con la Comunidad de Prácticas**, como el único producto de los tres previstos que completa, en mayor o menor medida, sus actividades. No obstante, también sufre los efectos de la demora en la ejecución general del proyecto, con lo que la Comunidad de Prácticas es lanzada a mediados de 2011 a pesar de contar con ya una buena base de recursos para el intercambio de información al finalizar la etapa 1 del proyecto (abril 2009)<sup>93</sup>.

Acerca de las reprogramaciones y su funcionalidad, podemos hablar de tres tipos: la formal, la implícita y la incompleta. Las reprogramaciones formales fueron dos. Una primera reprogramación fueron los **análisis situacionales y mapeos de actores**. La realización de estos análisis/mapeos implicó la reasignación de algunos fondos (US\$ 60,000). Los fondos fueron tomados del producto 3, ya que la existencia de la Comunidad de Prácticas que la ONG Development Connections había desarrollado con apoyo de UNIFEM en 2008 hizo innecesaria la elaboración de otra plataforma para el intercambio de información

Como tal, este **cambio estuvo justificado** ya que el proyecto se formuló sin diagnósticos previos y, al tiempo, permitió aprovechar un recurso existente de otras instituciones, una acertada decisión en términos de eficiencia. En la práctica, la baja calidad de los productos como diagnósticos preliminares en términos de profundización en actores y temáticas VIH y VCM **diluyó gran parte de la contribución** de estos análisis/mapeos de cara a la elaboración del modelo<sup>94</sup>, con lo que su aporte en términos de eficiencia es cuestionable. A ello tampoco contribuyó el espacio de tiempo transcurrido y la no coordinación entre las consultorías<sup>95</sup>. El coste de estos estudios ascendió a US\$ 92,500.00, según el estado financiero anexo al IPEP final.

---

<sup>93</sup> Tal como son detallados en el Anexo 7 “Centro de recursos” del IPEP de abril de 2009.

<sup>94</sup> Ya comentados en el apartado “Situación identificada en el colectivo beneficiario” del capítulo de Pertinencia.

<sup>95</sup> El caso más notorio es El Salvador. A pesar de que solo habían transcurrido 4 meses desde la elaboración de los análisis situacionales y el mapeo de actores, la consultoría encargada de elaborar el modelo desconocía la existencia de estos productos que le precedían. En Guatemala sí fueron estimados y valorados, pero al igual que en el caso de Panamá, la información estaba obsoleta y tuvieron que actualizarse los datos de cara a las consultas pertinentes para elaborar el modelo. En el caso de Guatemala, habían transcurrido más de dos años entre la terminación de los productos iniciales y la contratación de la consultora encargada de elaborar los modelos. En el caso de Panamá, un año y medio.

Una **segunda reprogramación oficial** se produjo en **Junio de 2010** para extender en un año más la ejecución del proyecto. Fundamentalmente, la modificación consistió en desplazar en varios meses las actividades para ubicarlas en el nuevo calendario que quedaba por delante (ver **Anexo 6**). La utilidad de tal reprogramación de cara a la eficiencia es limitada. Hasta que Development Connections no vuelve a la coordinar el proyecto (inicios de 2011), tal reprogramación no tiene efectos en el avance de actividades y queda supeditada a la agenda de trabajo que se decide finalmente acometer en esta etapa final. También llama la atención que en esta reprogramación se mantuviera el grueso de actividades y, en general, el mismo nivel de ambición de resultados y propósitos del proyecto. Habiendo transcurrido ya dos años desde su inicio con un grado de avance bastante limitado, cabría esperar **una revisión de sí —con menos tiempo por delante y en base a la experiencia acumulada— era factible realizar el proyecto en toda su extensión.**

En tales condiciones, y con solo 10 meses por delante, el proyecto se ‘autoajusta’ en su última etapa, en la que se produjeron dos reprogramaciones más de carácter implícito. Una primera consistió en introducir **nuevas actividades** que tratan de mitigar la ausencia de aquellas que no podrán ser realizadas. Destacaríamos:

- ❑ La concesión de **‘fondos semilla’**, con los que se decide apoyar a 6 ONG en alguna pequeña iniciativa de abordaje integrado VIH-VCM en sus contextos de trabajo particulares. Con esta actividad se opta por los titulares de derechos para ejemplificar las mejoras en los servicios de atención. Esto supone un **cambio de enfoque** de un proyecto imposibilitado para trabajar de manera operativa con los garantes de derechos.
- ❑ La identificación de diez **‘prácticas promisorias’**, actividad que trata de cubrir el espacio de aprendizaje que hubiera supuesto la validación experimental del modelo<sup>96</sup>, y de potenciar al mismo tiempo el intercambio de experiencias de integración en VIH y VCM de otros actores relacionados o no con el proyecto que la Comunidad de Prácticas debe de generar. Al no poder disponer de ‘buenas prácticas’ para este intercambio, tal y como estaba previsto, se decide enfocarse en casos que podrían presentar indicios de buenas prácticas.
- ❑ La elaboración de un documento acerca del **marco jurídico** existente en materia de VIH y VCM. Este análisis, según la coordinación técnica, “se consideró necesario viendo la falencia que había en la normativa sobre VIH y otros temas conexos”. Concebido como un insumo para los modelos, aunque se edita con posterioridad al proceso de elaboración de tales modelos, es **útil para fundamentar el marco legal** en su apartado de diagnóstico.

En el **encuentro subregional** que cerraba el proyecto se presentaron, entre otros, los resultados de las actividades anteriores. Este encuentro tuvo una asistencia mayoritaria de organizaciones de la sociedad civil (ver Tabla 1), lo que supone la confirmación de la **reorientación del proyecto hacia los titulares de derechos** ante la poca capacidad de convocatoria entre los garantes de derechos, con los que no pudo trabarse una relación estable de trabajo.

---

<sup>96</sup> Extraído de las entrevistas a la gerencia del proyecto y del Documento de Proyecto. En este último, en el marco de las indicaciones para una evaluación intermedia y una final experimental (grupo tratamiento y grupo control) del proyecto, se mencionaba que “Al finalizar las experiencias piloto se realizará un encuentro subregional de países participantes para socializar y evaluar los resultados del proyecto, diseminar buenas prácticas y explorar posibilidades de cooperación técnica horizontal”. (Documento de Proyecto, Junio 2008, apartado IV.B. Evaluación).

**Tabla 1. Asistentes al encuentro intersectorial subregional de Guatemala**

|                                       | Nº        | %           |   | Países   | Nº               | %                |
|---------------------------------------|-----------|-------------|---|--|------------------|------------------|
| Organizaciones sociedad civil         | 28        | 76%         | } | Guatemala  | 23               | 62%              |
| Agencias internacionales (*)          | 4         | 11%         |   | Panamá   | 5                | 14%              |
| Consultores independientes            | 3         | 8%          |   | El Salvador  | 4                | 11%              |
| Gobiernos nacionales (**)             | 1         | 3%          |   | Argentina,<br>Honduras,<br>Nicaragua, Perú,<br>Rep. Dominicana | 5<br>1 por país) | 3%<br>(por país) |
| Redes y consejos nacionales (***)     | 1         | 3%          |   |  |                  |                  |
|                                       | <b>37</b> | <b>100%</b> |   |  |                  |                  |
| Personal y colaboradores de CIM y OEA | 7         |             |   |  | <b>37</b>        |                  |

(\*) OPS y SISCA (El Salvador), Campaña UNETE del Secretario General de la ONU, representada por ONUSIDA regional (Panamá) y Programa Conjunto NN.UU. VIH -Sida (Rep. Dominicana)

(\*\*) SEPREM (Guatemala)

(\*\*\*) CONAPREVI (Guatemala)

Además, se produjo una segunda reprogramación 'implícita': la **secuencia lógica de aplicación de las actividades se vio alterada** en dos niveles distintos. A nivel global, el proyecto no fue implementado de manera conjunta en los países, sino en **tramos discontinuos**. Fruto de las interrupciones en la gestión del proyecto, la secuencia de avance fue, primero, disponer en dos tandas de los análisis/mapeos en cuatro países, después tratar de elaborar el modelo de El Salvador, y finalmente, elaborar el modelo y realizar el resto de actividades, tanto del país como generales, en los dos países finales, Guatemala y Panamá. Este esquema **limitó el margen temporal de actuación en cada país** para desplegar todas las actividades, inicialmente más largo.

En otro nivel, se produce otra reprogramación al tener que abordarse en la etapa 3 varias actividades en poco tiempo. En concreto, el curso de capacitación no fue posterior a la elaboración del modelo, sino un evento abierto en convocatoria y público destinatario<sup>97</sup> (y no de formación de formadores) y con vocación de sensibilización y formación acerca de las relaciones entre VIH y VCM (y no de manejo en componentes del modelo, ya que este todavía no estaba elaborado). Así, la secuencia lógica de '*consulta - borrador modelo - validación - capacitación en componentes del modelo*' ya no pudo aplicarse como estaba previsto. El resultado fue una secuencia que primó —y también los actores lo percibieron así— **más el acercamiento general a las intersecciones VIH y VCM que a las vías de solución a través de un determinado modelo nacional integrado**.

Para terminar, una reprogramación que denominamos incompleta y que resulta fundamental en términos de eficiencia fueron los cambios en los países, no tanto por su justificada decisión o no, sino porque finalmente se decide que el proyecto se desarrolle en tres países. Esto hubiera acarreado una modificación de un presupuesto que había sido elaborado para cuatro países. Al actuar finalmente en tres, habría más recursos disponibles para desarrollar más acciones y/o ampliar el alcance de las ya previstas. No constan en los IPEP una explicación acerca de la aplicación de esos supuestos excedentes presupuestarios o de defectos en el presupuesto original. Finalmente el proyecto realizó —como hemos visto— **menos actividades** de las previstas y se consumió toda la **financiación, presupuestada para un proyecto de mayor alcance geográfico**.

<sup>97</sup> En Guatemala asistieron 41 personas. En Panamá, 62. En este país se celebró además una Mesa redonda con 140 asistentes.

Por último, los procedimientos técnicos (TdR, aprobación productos, etc.) y de provisión de recursos (asignaciones presupuestarias, desembolsos, etc.) son, **en general, bien valorados**, de manera particular la agilidad de las transferencias desde la CIM a los países. La incidencia más significativa tiene que ver con la demora en la supervisión y aprobación de los productos borradores de la consultoría encargada de la elaboración del modelo en El Salvador, contratada para 6 meses y finalmente de un año y medio de duración. Esto es, en todo caso, fruto de los ‘vacíos’ de personal técnico de referencia en el proyecto y no tanto de los procedimientos establecidos.

Ya durante la última etapa, el proceso de contratación de alguna consultora nacional se extendió desde diciembre 2011 (publicación de TdR) hasta julio 2012 (contratación), con lo que cabe indicar que tal procedimiento no fue tan ágil como la situación de demora en la ejecución del proyecto requería.

Como conclusión de este apartado de eficiencia técnica, podemos hablar de un bajo desempeño del proyecto en tiempo y forma. Los cambios en las modalidades de ejecución, responsables en la CIM y coordinación técnica, no ayudaron a una implementación secuencial sino entrecortada. Frustrada la etapa 1 a inicios de 2009, y prácticamente paralizado el proyecto desde inicios de 2010 hasta marzo de 2011, el proceso de ejecución nunca tuvo una perspectiva más allá de 8 meses (etapa 2) o 10 meses (etapa 3), lo que hace difícil abordar las actividades como un todo integrado y en toda su extensión, afectando gravemente a la eficiencia<sup>98</sup>. Entre sus efectos: (i) no realizadas 6 de un total de 15 actividades previstas (40%), frustrando, entre otras acciones, la validación experimental o la creación de redes intersectoriales; (ii) déficit en el alcance de algunas actividades (proceso de validación técnica, capacitación, sistema de estándares éticos), y cambio de enfoque a través de otras acciones (proyectos apoyados por el fondo semilla); (iii) la desconexión de los análisis/mapeos como insumo de los modelos, cuya inversión económica está en entredicho; y (iv) unas pocas actividades —incluidos los contratos de coordinación técnica y consultoría finales— fuera del marco temporal previsto.

Con una apretada agenda de trabajo para las consultoras nacionales en la última etapa, es meritorio que el proyecto pudiera elaborar dos modelos y realizar otras actividades. Esto fue posible, entre otros factores, gracias a un enfoque más ejecutivo y, por lo tanto, menos consultivo, coordinado y, en consecuencia, menos validado con los destinatarios finales, ni a un nivel técnico, ni a un nivel institucional. También, gracias a una orientación hacia las ONG como destinatarios últimos, más fácil de movilizar y de apoyar, en detrimento de los garantes de derechos. Por su no dependencia de terceros actores, el proyecto pudo controlar y realizar completamente las actividades del producto 3.

En ese escenario, la incidencia de los procedimientos técnicos (TdR, aprobación productos) y de provisión de recursos fue puntual y no contribuyó significativamente a la demora acumulada. Si bien afectó de manera particular al retraso en la elaboración del modelo de El Salvador y demoró algunos meses la disponibilidad de consultoras en la etapa final, tales casos no fueron determinantes. **(Indicador EFCN 1.3.)**

El proyecto tardó en ser relanzado tras obtenerse la prórroga, con lo que esta se desaprovechó en varios meses. El *impasse* en la ejecución obligó a una presión final que acentuó la ya de por sí optimista estimación de tiempos y recursos necesarios para la realización de ciertas actividades clave que debían necesariamente de contar con los actores encargados de validar y aplicar las mejoras propuestas, principalmente el Ministerio de Salud. El hecho de que no se haya conseguido ninguno de los acuerdos o las colaboraciones fijadas en las actividades es una evidencia en este sentido. Una

---

<sup>98</sup> El análisis del discurso de las entrevistas recoge expresiones como “en los proyectos por pedazos, no hay proceso de continuidad” o “los procesos interrumpidos y retomados generan muchas distorsiones”.

segunda, es la deriva de algunas acciones hacia sociedad civil en detrimento de los garantes de derechos, particularmente Ministerio de Salud y Mecanismos de Igualdad ('fondos semilla', encuentro subregional).

Finalmente, en cuanto a reprogramaciones técnicas y financieras se estima que las nuevas actividades permitieron generar mayores insumos de información sobre la temática (mapeos/análisis, prácticas promisorias, marco jurídico comparado en VIH y VCM) o promover pequeñas iniciativas con ONG que no ya no era posible abordar por la vía gubernamental a costa de cambiar el enfoque del proyecto. Tras dos años previos sin grandes avances y sin haber cuajado ningún acuerdo de colaboración con los socios clave, no fue realista que la reprogramación de junio de 2010 mantuviera el mismo alcance y enfoque en sus actividades y, en general el mismo nivel de ambición. No se aprovechó esta oportunidad para cuestionar la factibilidad de acometer el grueso del proyecto en menos tiempo del previsto inicialmente, lo que se traduce en una reprogramación poco crítica dada la experiencia acumulada hasta entonces, dejando así que de facto el proyecto ajustase sus expectativas y enfoque en la etapa final de 10 meses. Finalmente, en un marco de ejecución presupuestaria del 100%, no queda aclarada la descompensación entre los recursos previstos para cuatro países y la implementación en tres, fruto de una reprogramación técnica (salida de dos países y entrada de uno como sustituto). (**Indicador EFCN.1.2.**)

#### b) **Gestión financiera de las actividades y proporcionalidad del gasto**

El presupuesto del proyecto ascendía a US\$ 477,391, de los cuales se valoró un aporte de la OEA/CIM por US\$ 60,000 y se solicitó al donante los restantes US\$ 417,391. El reporte de gastos finales, US\$ 417,050, coincide prácticamente con la cantidad prevista, lo que fija la ejecución presupuestaria en el 99,92%. Si bien entre los gastos reportados en el IPEP final se incluyen compromisos de pago por un 25% de esa cantidad (105,317 US\$) que se harán efectivos más allá de la finalización del proyecto, en general se puede hablar de una **ejecución de gasto ajustada al marco presupuestario** disponible.

En ese marco, la gestión financiera es un correlato de la distinta intensidad con la que se aplicó el proyecto en sus diferentes etapas de coordinación (ver Tabla 2), de manera que en los **últimos 10 meses** se produjeron casi **el 80% de los gastos y el 85% del total de operaciones** de pago. En promedio, cada mes de la etapa final se gastaba, respectivamente, entre 11 y 12 veces más que en las dos etapas anteriores. Esto acarreó también que diversos gastos se produjeran tras el cierre del proyecto, lo que impidió el cierre presupuestario hasta finales de marzo. Con todo, lo más significativo de estos gastos por ejecutar es que queda en vigor todavía un contrato de consultoría que finalizará 9 meses después de la fecha oficial de cierre del proyecto<sup>99</sup>.

En este contexto de gestión financiera, hay evidencias de que el presupuesto no cumplía fielmente con su cometido. Las Tablas 3 y 4 muestran las sustanciales modificaciones entre el presupuesto inicial y el revisado a mitad de ejecución; y cómo se producen, no obstante, importantes desviaciones entre el último presupuesto previsto y el ejecutado a nivel de productos y actividades. Esto indica que los **presupuestos elaborados** no se correspondían, o bien con una acertada previsión de gastos, o bien con las posteriores decisiones en torno a la gestión por actividades y por resultados, más allá de establecer unos topes generales de gasto para el conjunto del proyecto.

<sup>99</sup> Con fecha 1 de febrero de 2012, al mes de finalizado el proyecto, se realiza un nuevo contrato de consultoría (CPR) que finaliza el 30 de septiembre, por importe de US\$ 6,000.00 y del que ya se ha efectuado un pago el 27 de abril por US\$ 4,000.00.

**Tabla 2. Gastos y número de operaciones de pago por etapas** (financiación donante, en US\$)

|   | Etapa 1 (8 meses) | Etapa 2 (24 meses) | Etapa 3 (10 meses) |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Importe gastos (*)</b>                         | 21,201.00         | 56,950.73          | 288,811.45         |
| (%)   | 5.78%             | 15.52%             | 78.70%             |
| <i>Gastos por mes</i>                             | 2,650.13          | 2,372.95           | 28,881.15          |
| <b>Operaciones de pago</b>                        | 11                | 23                 | 194                |
| (%)   | 4.82%             | 10.09%             | 85.09%             |
| <i>Operaciones por mes</i>                        | 1.37              | 0.96               | 19.40              |
| (*) No se consideran los costes indirectos (ICR). |                   |                    |                    |

**Tabla 3. Presupuesto inicial y reformulado, por productos** (financiación donante, en US\$)

|   | Presupuesto inicial (2008) | Presupuesto reformulado (2010) |
|---|----------------------------|--------------------------------|
| Producto 1. Modelos nacionales              | 25,600.00                  | 120,000.00                     |
| Producto 2. Fortalecimiento capacidades     | 36,800.00                  | 180,000.00                     |
| Producto 3. Sistema intercambio información | 71,585.00                  | 67,304.00                      |
| Coordinación técnica y administrativa       | 201,800.00                 | (valorizada OEA/CIM)           |

**Tabla 4. Presupuesto reformulado (Junio 2010) y ejecutado, por productos y actividades** (financiación donante, en US\$)

|   | Presupuestado     | Ejecutado         | Variación   |
|---|-------------------|-------------------|-------------|
| <b>Producto 1. Modelos nacionales</b>               | <b>120,000.00</b> | <b>200,250.21</b> | <b>167%</b> |
| 1.1. Análisis de situación y mapeo de actores       | 48,000.00         | 92,502.53         | 193%        |
| 1.2. Borrador de modelo nacional                    | 48,000.00         | 63,309.68         | 132%        |
| 1.3. Reuniones de consulta                          | 4,000.00          | -                 | n/e         |
| 1.4. Foros virtuales validación                     | 8,000.00          | 8,700.00          | 109%        |
| 1.5. Publicar y diseminar el modelo                 | 4,000.00          | -                 | n/e         |
| 1.6. Sist. medidas de seguridad y estándares éticos | 8,000.00          | 35,738.00         | 447%        |
| <b>Producto 2. Fortalecimiento capacidades</b>      | <b>180,000.00</b> | <b>68,353.95</b>  | <b>38%</b>  |
| 2.1. Estrategia de fortalecimiento de capacidades   | 40,000.00         | 12,960.77         | 32%         |
| 2.2. Talleres de formación de formadores            | 80,000.00         | 20,812.29         | 26%         |
| 2.4. Herramientas para implementar el modelo        | 60,000.00         | 34,580.89         | 58%         |
| <b>Producto 3. Sistema intercambio información</b>  | <b>67,304.00</b>  | <b>98,359.02</b>  | <b>146%</b> |
| 3.1. Plataforma virtual                             | 18,304.00         | 24,022.00         | 131%        |
| 3.2. Centro de recursos virtual                     | 9,000.00          | 18,957.00         | 211%        |
| 3.3. Realizar un encuentro subregional              | 40,000.00         | 55,380.02         | 138%        |



Estos datos avanzan que sobre todo la inversión en generar modelos, pero también en difundir información acerca del VIH y la VCM, ha sido muy superior a la prevista. Por el contrario, la inversión en fortalecimiento de capacidades no alcanza el 40% de lo previsto, destacando precisamente el bajo desempeño en talleres de formación (26%). En todo caso, esta primera impresión acerca de la ejecución de los gastos incurridos en función de los productos obtenidos está supeditada a corregir errores detectados en la vinculación entre gastos y actividades tal y como son reportados en el IPEP final, labor que queda al margen de este ejercicio de evaluación. Una primera revisión revela que se han imputado gastos a actividades que no fueron realizadas<sup>100</sup>, no constan gastos de actividades que sí fueron realizadas<sup>101</sup> y cuyos pagos figuran en otras actividades, y se vinculan algunos gastos a actividades que no les corresponden<sup>102</sup>.

Sobre la proporcionalidad de los gastos, en la Tabla 5 de la página siguiente, se presenta un ordenamiento del presupuesto ejecutado en función del tipo de actividad que consideramos refleja mucho mejor la distribución real del gasto. En la categoría de ‘Generación de conocimiento’ se agrupan los gastos derivados de producir nueva información en la temática del proyecto (análisis situacionales, mapeos de actores, modelos, marco jurídico comparado, estándares éticos y prácticas promisorias). Aquellos relacionados con los cursos y los fondos semilla se asocian a ‘Desarrollo de capacidades’. Por último, los gastos asociados a la Comunidad de Prácticas, al encuentro subregional de difusión de resultados y a la publicación de los documentos se imputan a ‘Publicación y difusión de información’.

La distribución del gasto que muestra la Tabla reflejaría:

- ☐ **El re-direccionamiento del contenido final que ha tenido el proyecto.** En principio, cabría esperar que un proyecto cuyas actividades están centradas en el desarrollo y validación experimental de un modelo de atención (pilotaje, elaboración de la estrategia, diseño de herramientas, formación de formadores, etc.) presentase un mayor peso del gasto incurrido en desarrollo de capacidades. De hecho, en el presupuesto reformulado a junio de 2010 este rubro representaba un 49% del total. Sin embargo, el seguimiento de los gastos más bien indica lo contrario, con un consumo presupuestario de tan solo el 12% en esta categoría. Debe tenerse en cuenta también la mitad del bajo gasto en desarrollo en capacidades se consumió en dos únicos cursos de dos días, en los que el coste de alquiler de salones, con un 43%, representa cerca de la mitad de la inversión. En este apartado, destacan los más de US\$ 7,000.00 del alquiler de la sala

---

<sup>100</sup> Por ejemplo, US\$ 8,700.00 correspondientes a los 5 primeros pagos de un total de 6 pagos de consultoría con el concepto “CPR - Gestionar una comunidad de práctica establecida para apoyar el proyecto (...) 17-may - 31- dic.” asociados a la actividad 1.4. Foros virtuales de validación (que no fue realizada). Este contrato y sus gastos corresponderían a la actividad 3.1. Plataforma virtual a la que, de manera correcta, fue imputado el último de los 6 pagos.

<sup>101</sup> Por ejemplo, la edición de las publicaciones de los modelos (como tareas de la actividad 1.5. Publicar y diseminar el modelo).

<sup>102</sup> Este parece ser el caso más común. En esta apartado estaría la actividad “1.6. Sistema de medidas de seguridad y estándares éticos que finalmente se redujo a la elaboración de un documento acerca de consideraciones éticas encargado a Salamander Trust por US\$ 6,000.00 y cuya traducción al inglés costó US\$ 1,819.00. Sin embargo, el coste asignado a esta actividad asciende a US\$ 35,738.00 al integrar gastos de diagramaciones e impresiones de otros documentos del proyecto. Otro caso similar serían los US\$ 35,317.00 de los servicios de consultoría “CPR para coordinar la ejecución del proyecto” en el periodo 8 Noviembre 2011 al 30 Marzo 2012, que figuran en las tareas de consultoría de la actividad “1.1. Análisis de situación y mapeo de actores” ya realizada en etapas anteriores del proyecto. En la misma línea estarían los US\$ 10,000.00 del contrato CPR Página Internet de la CIM - Proyecto MESECVI - Proyecto HIV en Centroamérica” del periodo 7 de Diciembre 2009 al 5 Junio 2010, importe que aparece vinculado a la actividad “1.1. Análisis de situación y mapeo de actores”. Un último caso a citar serían los US\$ 10,000.00 asignados a la actividad “2.4. Herramientas para la implementación del modelo” y que corresponden en realidad a impresiones para el evento final celebrado en Antigua (actividad 3.3.)

de conferencias en Panamá. La otra mitad de los gastos en desarrollo de capacidades se focalizaron en 6 ONG beneficiarias de los Fondos Semilla.

**Tabla 5. Presupuesto ejecutado por tipo de gastos (financiación donante, en US\$)**

|  | Ejecutado  | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Generación de conocimiento   | 103.473,75 | 28.2%      |
| <i>Consultorías externas (*)</i>   | 103.473,75 | 28.2%      |
| Desarrollo de capacidades  | 45.182,18  | 12.3%      |
| <i>Cursos y encuentros (**)</i>  | 21.682,18  | 5.9%       |
| <i>Fondos semilla</i>  | 23.500,00  | 6.4%       |
| Publicación y difusión de información  | 107.751,00 | 29.4%      |
| <i>Consultorías externas (Plataforma Web, Comunidad de Prácticas, etc.)</i>  | 31.890,00  | 8.7%       |
| <i>Encuentro subregional (**)</i>  | 55.380,00  | 15.1%      |
| <i>Impresiones y ediciones de documentos</i>   | 20.481,00  | 5.6%       |
| Coordinación técnica   | 110.556,25 | 30.1%      |
| (*) Incluye los gastos de la coordinación técnica de la etapa 1 y 3 (US\$ 91,592.66) y los de la etapa 2 (US\$ 18,963.59).   |            |            |
| (**) De los cuales corresponden US\$ 9,357.44 a alquiler de salones y alojamiento (US\$ 7,237.44 para el curso de Panamá y US\$ 2,120.00 para el curso de Guatemala, ambos de dos días). |            |            |
| (***)De los cuales corresponden US\$ 30,148.00 a viajes y dietas, y US\$ 13,668.00 a alquiler salones, alojamiento y refrigerios para el encuentro de 3 días.                            |            |            |

- ☐ Acerca de esta última partida de gasto, en conjunto destaca que el proyecto **consume 1 de cada 5 dólares (21%) en tres eventos**: cursos de Panamá y Antigua, y encuentro subregional en La Antigua (que con US\$ 55,380.00, representó el 15% del presupuesto general).
- ☐ En los datos reflejados en la Tabla 5 destaca también el 30% de gasto consumido por la coordinación técnica, lo que refleja el **elevado coste** que ha supuesto para el proyecto la **necesidad de externalizar la coordinación** especializada que no ha podido ser conducida con las capacidades instaladas de la CIM.

En general, como conclusión, no puede afirmarse que el presupuesto original o el modificado hubiesen servido de hoja de ruta a la gestión financiera del proyecto y a las decisiones sobre la contratación de actividades. Esto es indicativo de una gestión del presupuesto que ha obedecido únicamente a un límite de gasto general, no necesariamente por actividades o resultados, y es revelador de una ausencia de coordinación entre la gestión técnica y la financiera.

Como segunda evidencia, el proyecto ha concentrado sus gastos (un 57%) en generar conocimiento y difundir esa información bajo un enfoque de asistencia técnica externa especializada (30%) a modo de coordinación de los productos elaborados; con un bajo perfil de trabajo con las instituciones locales en la aplicación experimental en los servicios de atención (no realizada) y el desarrollo de capacidades (12%). Esta se concentró en 6 ONG (Fondos Semilla) y un curso de capacitación, que fue de sensibilización, de dos días en Guatemala y El Salvador.

Finalmente, la proporcionalidad de los gastos se ve distorsionada por un consumo del 30% en coordinación técnica y un 21% en tres eventos de información, sensibilización y disseminación de los estudios, lo que supone la mitad del presupuesto.

#### 1.4.2. Calidad del sistema de monitoreo de proyecto

Un sistema de monitoreo que suministre información relevante y a tiempo ayuda a la toma de decisiones de cara a posibles reorientaciones del proyecto, y por lo tanto, a mejorar su eficiencia. Pues bien, en este apartado se han identificado los siguientes documentos relacionados con el monitoreo del proyecto (Recuadro 2, en su caso, entre paréntesis figura el periodo del que informan).

##### **Recuadro 2. Documentos relacionados con el seguimiento del proyecto**

###### Estandarizados por el DEP para el monitoreo de proyectos

Con carácter general, los IPEP son el insumo fundamental para el seguimiento, reportes que son contrastados a través de Informes de verificación elaborados por el DPE. Para este proyecto se elaboraron los siguientes:

- Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP) y Primer Informe Narrativo de Seguimiento del Progreso, abril de 2009 (junio 2008 a febrero 2009)
- Informe de verificación del proyecto, elaborado por el DPE, 10 de agosto 2009, con un intento previo el 1 de mayo (primer semestre)
- Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP) de enero 2011 (1 agosto 2008 a 31 diciembre 2010)
- Informe de verificación del proyecto, elaborado por el DPE, 28 de julio 2011 (agosto 2008 a diciembre 2010).
- Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP) de marzo 2012 (1 de enero 2011 a 31 de enero de 2012).
- Informe Final, marzo 2012.

###### Internos de la coordinación técnica del proyecto

- Monitoreo y Evaluación del proyecto, propuesta de Development Connections, marzo 2009.
- Reporte de actividades realizadas por Dinys Luciano, Development Connections (septiembre 2008 a marzo 2009).
- Reportes mensuales de las consultoras (julio 2011 a febrero 2012).

De la aplicación de tales documentos se deducen algunos aspectos importantes acerca de la calidad del sistema de monitoreo. En tanto que **no fueron realizados**, quedan al margen de esta valoración otros mecanismos de apoyo a la retroalimentación del proyecto, como son la **línea de base y la evaluación intermedia** previstas.

#### a) Los mecanismos de seguimiento estándar

En primer lugar, sabemos que a lo largo de la vida del proyecto se han elaborado tres IPEP, en abril de 2009, en enero de 2011 y en marzo de 2012. Atendiendo a los periodos que cubren dichos informes se deduce: (i) que el último año de ejecución del proyecto no tuvo el informe semestral correspondiente, tal y como se había comprometido el proyecto, sino un IPEP a modo de informe final que ya cubría los

últimos 12 meses; y (ii) que tras un primer reporte inicial en abril de 2009, no fue hasta iniciado el año 2011 que se pudo disponer de información del periodo que cubría casi todo el año 2009 y todo el 2010, evidenciándose **un periodo de casi dos años de ausencia de información**. Esto es especialmente grave tras un primer IPEP cuyo Informe de verificación en 2009 ya adelantaba un “importante retraso”, lo que deja al proyecto hasta 2011 sin un mecanismo de rendición de cuentas que verifique que tal situación está mejorando.

La elaboración del primer IPEP, por su parte, da cuenta de medidas de ajuste en el proyecto tan sustantivas como el cambio de un país por otro, o que tocan al rediseño del plan de trabajo (dos nuevas actividades iniciales y ajuste del presupuesto).

Con bastante retraso sobre el anterior, el **segundo IPEP** aporta información relevante acerca de una decisión sustantiva: la extensión del proyecto y su reformulación, que había sido aprobada medio año antes. En él se constata de nuevo que “el proyecto enfrenta actualmente un atraso de un año en su ejecución”. Informa también de que “se ha pedido y aprobado una extensión del proyecto para 12 meses”, se deduce que en respuesta al informe de verificación del DPE<sup>103</sup>. Acerca de cómo se recondujo el proyecto durante esa prórroga y los cambios de actividades comentados más arriba, no se dispondrá de información hasta una vez cerrado el proyecto, con la entrega del IPEP de marzo de 2012 y del informe final.

En segundo lugar, hay que señalar que el modelo de IPEP no permite un control estrecho sobre el nivel de ejecución de las actividades<sup>104</sup>, más allá de los recursos económicos consumidos. Una información sucinta y clara al respecto del nivel de ejecución de cada actividad sería algo fundamental para análisis similares a los realizados en este apartado de eficiencia de la evaluación. En sentido, lo cierto es que la información contenida en los **IPEP es completa para los apartados previstos, pero no suficiente**. En unos pocos casos no ha sido tampoco del todo consistente<sup>105</sup> y en los menos estaría en duda la fiabilidad de la misma<sup>106</sup>. En general, la tendencia es a un cierto optimismo en los dos IPEP iniciales a pesar del reconocimiento del serio retraso, hecho que impide pensar anticipadamente en un reajuste de las perspectivas del proyecto; y a un mayor realismo y autocrítica en el IPEP final.

---

<sup>103</sup> En este informe se solicitaba a la CIM “información acerca de las medidas que se estaban tomando el atraso actual” tras verificar el nulo porcentaje de avance en el producto 2 (fortalecimiento de capacidades) y que tal avance quedaba supeditado a que se “valide y adopte una política/modelo de atención integral” en los países (producto 1), modelos que, según el IPEP tenían en ese periodo un progreso del 13%.

<sup>104</sup> En el modelo utilizado para el primer IPEP existía un apartado de “Información breve sobre la ejecución de cada actividad” y la posibilidad de marcar el porcentaje de avance o si la actividad estaba programa o no. Este nivel de información no aparece ya en los modelos siguientes, con la que el contraste entre actividades previstas y ejecución se diluye entre los comentarios a nivel de productos bajo el epígrafe “Información breve sobre la ejecución de cada Producto, incluyendo si hubo factores que afectaron la ejecución de las actividades”.

<sup>105</sup> Por citar algunos ejemplos, se informa de actividades nuevas en el IPEP de 2009 que no son retomadas en los siguientes informes para dar cuenta de su evolución, se señalan acuerdos (partnership) con instituciones de los que no se aporta documentación, se estiman proyecciones de alcance del propósito como muy probables cuando las demoras en los productos y las actividades son sustantivas, o se califica como muy alta la perspectiva de cumplimiento de hipótesis de las que no se aporta información de contraste y que no parecen coherentes con la evolución del proyecto. Un caso particular es el de reportar en el último IPEP como publicados y difundidos a nivel nacional 3 de los 4 modelos previstos (indicador 1.b del producto 1), mientras que en el mismo informe se señalaba que el modelo de El Salvador estaba siendo todavía validado, tal y como se verifica por el borrador de la publicación que se acompaña en anexos.

<sup>106</sup> Únicamente se ha detectado en el IPEP final que se reporta un 100% de logro en el indicador “2.a. Una red de atención y prevención del VIH y la VCM funcionando en cada uno de los países participantes al finalizar el segundo año del proyecto (2010)” sin ampliar más adelante información al respecto ni remitir a ninguna soporte documental. La evaluación, por su lado, ha contrastado que no existe tal red de atención en los países visitados.

A corregir tales situaciones no contribuye la falta de **documentos de verificación**, tal y como se indicaba el Informe de Verificación realizado sobre el primer IPEP de abril de 2009, hecho que no fue corregido del todo más tarde. En la documentación que acompaña a los IPEP posteriores no se diferencia entre los documentos que el proyecto genera durante sus actividades y aquellos, menos presentes entre los anexos, que corresponden a las fuentes de verificación relacionadas con los indicadores previstos. Disponer de tales fuentes de verificación es fundamental para un sistema de seguimiento, permitiría un mejor contraste de las valoraciones del IPEP y ayudaría a la labor de verificación del DEP.

En la identificación de tales inconsistencias juega un papel importante el Informe de Verificación. De mucha utilidad al señalar algunos aspectos críticos, dos elementos no permiten que contribuya de manera más efectiva a la calidad del sistema de monitoreo. Uno es la demora del proceso de verificación. Otro es la ausencia de medidas efectivas tras reiterarse en los sucesivos informes problemas en la ejecución del proyecto. En este caso particular, se suma además el papel que puede desempeñar cuando, por así decirlo, no tiene nada que verificar, esto es, cuando no se produce la entrega del IPEP previsto para un periodo determinado que, en este caso, fue más largo de lo deseable.

#### b) Los mecanismos de seguimiento internos

El proyecto tenía diseñado un más que suficiente mecanismo de seguimiento interno. El documento de referencia en este sentido es el elaborado por la coordinación técnica de Development Connections en marzo de 2009, como parte de su reporte de salida. En tal propuesta técnica se preveían los roles en la elaboración de los **informes país y agregado**; se diseñaron reportes (**'matriz de informes de progreso'**) para dar seguimiento a la labor de las consultoras nacionales y coordinar todo el equipo de trabajo en sintonía con los productos y actividades previstos; se **ampliaban los indicadores previstos** a nivel de productos hasta un total de 28; y se proponía la **matriz para la realización de la línea de base** en Guatemala y en Honduras, países con los que se había iniciado el proyecto.

Tal propuesta se presentó con cierto retraso ya que debería estar preparada al menos con anterioridad a la contratación de las primeras consultoras y el inicio de los trabajos. Sin embargo, dejaba al proyecto unas herramientas notables para acometer su seguimiento que, en la práctica, nunca fueron aplicadas.

En todo caso, no es hasta la etapa final a mediados de 2011, de nuevo bajo la coordinación de Development Connections, en donde se ha podido constatar una dinámica de seguimiento interno formal con la aplicación de una plantilla de informes mensuales que debían ser remitidos por las consultoras. En esa etapa 3, el proyecto también contó con una intranet en la CoP para la coordinación interna del equipo de trabajo presente en los países y la responsable técnica de la CIM, intranet que complementaba las comunicaciones por otras vías.

Al respecto de la calidad de los informes mensuales internos, habría que señalar su mejorable concreción, precisamente al nivel operativo en el que se estaba aplicando<sup>107</sup>. Hubo un intento de

<sup>107</sup> Algunos términos clave para el monitoreo del proyecto contenidos en los reportes, como el de "participación", difieren según el criterio de cada responsable. "Participar en la validación" puede ser asistir a un curso en donde se presenta el modelo, ser consultado para obtener datos, remitir a actores una copia impresa para hacer comentarios (o no) con posterioridad, o en otros casos, efectivamente, revisar técnicamente el documento y realizar aportes.

reforzar técnicamente estos informes con la aplicación de una **plantilla piloto**<sup>108</sup>. Basada en la propuesta diseñada en marzo de 2009, en tal plantilla la coordinadora país tenía que especificar de manera medible el avance realizado, en particular para las consultas de elaboración del modelo nacional (ver **Anexo 7**). Tal iniciativa no se llegó a implantar.

Cabe mencionar dos últimos aspectos. En primer lugar, a raíz de las entrevistas realizadas, se ha podido constatar una positiva valoración de la labor de **coordinación y supervisión** realizada por las dos consultoras contratadas con esta función<sup>109</sup>, si bien no siempre garantizó la calidad de algunos productos, en particular los análisis situacionales. En cualquier caso, en la etapa intermedia se pone de manifiesto una debilidad en la supervisión y seguimiento de los productos, que genera el retraso ya comentado en la elaboración del **modelo de El Salvador**. La evaluación no puede hacer hipótesis acerca del resultado final del producto de haber recibido a tiempo el *feedback* técnico necesario, más allá del facilitado por la OPS, ni si esto hubiera reconducido el producto desde su sesgo salubrista y centrado en la atención a la VCM como punto de entrada al VIH, a una concepción más integral de los vínculos entre el VIH y la VCM como la que propugna el proyecto, máxime si tenemos en cuenta que el enfoque adoptado por el modelo de El Salvador es coherente con el objetivo que se establece al respecto en el Plan Regional VIH/ITS de la OPS<sup>110</sup>. En todo caso, el resultado cierto es que la inversión realizada (US\$ 12,000.00) no obtuvo el visto bueno final y el modelo ya no se pudo reconducir.

Y por último, no podemos dejar de mencionar cierta confusión respecto a la **base utilizada para algunos reportes internos y comunicaciones**<sup>111</sup>. Tiene que ver con la utilización del **Perfil del Proyecto**, esto es, una información con base en cinco resultados (y no en tres), entre otras diferencias a nivel de actividades. Se significa además que el propósito era de menor alcance (desarrollar un modelo nacional de políticas y programas integrados, no mejorar los servicios de atención). Este esquema fue utilizado en el reporte de las actividades realizadas por Development Connections (septiembre 2008 a marzo 2009).

A modo de conclusión acerca de la relevancia y utilidad del monitoreo, se puede afirmar que tanto los mecanismos estandarizados por el DPE para el seguimiento general de los proyectos en la OEA, como los diseñados por el propio proyecto, constituyen una base adecuada para esta función. Esta batería de informes, en todo caso, no ha sido aplicada en los momentos previstos —con una notable ausencia de información durante casi dos años— ni con la debida diligencia (fuentes de verificación, realismo de las perspectivas a futuro e incoherencias en la información). Los Informes de Verificación del DPE, si bien señalan algunas de estas deficiencias, no parecen incidir en una mejor práctica de seguimiento. En todo caso, el segundo IPEP ha ayudado a formalizar las decisiones de reorientación del proyecto *a posteriori*, concretada principalmente en la prórroga de un año. A tenor de la experiencia de dificultades para concretar logros en etapas precedentes y a pesar del retraso declarado, siguió prevaleciendo un cierto optimismo sobre la marcha del proyecto, lo que no facilitó pensar en fórmulas de rediseño más

---

<sup>108</sup> Informe Septiembre-Octubre de 2011, Patricia Cortéz (Guatemala); Anexo 2. El desarrollo de los indicadores de esta propuesta tienen la virtud, además de traducir el alcance que se esperaba de las actividades, e incluso de los productos esperados y bajo qué enfoque lograrlos.

<sup>109</sup> El equipo de evaluación no ha podido finalmente contactar con Grettel Bustos, la consultora encargada de supervisar la elaboración de los modelos durante la etapa 2. La valoración de su labor de seguimiento de tales productos se ha realizado a través de entrevistas con las dos consultoras con las que se coordinaba (Panamá y El Salvador).

<sup>110</sup> OPS (2005): Op. Cit.

<sup>111</sup> Esto incluye documentaciones oficiales tales como publicidad y presentaciones del proyecto. En algunos casos, además, se utiliza un segundo título de proyecto. En la propia presentación de los modelos, el proyecto se denomina “Derechos humanos, VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica: Respuestas integradas” cuando su título original es “Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un Enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica”.

profundas —como rebajar su alcance— más allá de la extensión del periodo de ejecución. (**Indicador EFCN.2.2.**)

Por su parte, los mecanismos de monitoreo interno diseñados no pasaron de ser una propuesta teórica de calidad, que en poco alimentaron los reportes mensuales de las consultoras, reportes de los que sólo ha podido constatar su utilización en la fase final del proyecto (10 meses). Ante la ausencia de informes globales, tanto internos, como el IPEP oficial, este último año del proyecto, el periodo de mayor nivel de actividades implementadas, transcurre sin un reporte intermedio hasta la presentación de los resultados finales. Se soslaya así la función del monitoreo de informar acerca de la reorientación derivada de introducir nuevas actividades o de que está previsto, por no ser factible, no realizar otras de calado para el propósito del proyecto. Esto nos deja, en definitiva, una foto final muy distante respecto de los propósitos de seguimiento que se había establecido en el Documento de Proyecto (ver anexo 5). (**Indicador EFCN.2.1.**)

## 1.5. Análisis de los resultados / EFICACIA<sup>112</sup>

Las dimensiones de la eficacia del proyecto están representadas por su efecto en las políticas sectoriales de atención al VIH y la VCM, cambios en las prácticas de las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil beneficiarias y, en último término, por las mejoras en la atención y asistencia a las mujeres víctimas de VIH y VCM.

No obstante, teniendo en cuenta las características de los productos contemplados en el proyecto, se incluye un primer apartado en la valoración de la eficacia, en el que se aborda el grado en que dichos productos se lograron.

### 1.5.1. Grado en que se lograron los productos previstos<sup>113</sup>

Como primer producto del proyecto se contemplaba “*En base a un análisis de situación y mapeo de actores llevados a cabo en cada país del proyecto, desarrollados y evaluados modelos nacionales de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM*”.

Una vez concluida la ejecución, se cuenta con un análisis situacional y un mapeo de actores de cada uno de los cuatro países que han participado de uno y otra forma en el proyecto: El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá. Pero los modelos nacionales de políticas y programas integrados no llegaron a desarrollarse y, por ende, a evaluarse. En su lugar el proyecto ha producido dos documentos, uno en Guatemala y otro en Panamá, que aunque se han denominado “modelo”, son más bien un conjunto de orientaciones para los actores clave en la respuesta al VIH y la VCM, como se analiza de forma detallada en el siguiente apartado de este informe.

El segundo producto del proyecto era “*Elaborada e implementada una estrategia de fortalecimiento de capacidades para los servicios seleccionados en cada país*”. Este producto no se logró por estar

<sup>112</sup> Medida en que se logró el propósito previsto. En nuestro caso, si el proyecto ha generado los cambios o mejoras esperadas en las instituciones beneficiarias directas y en los servicios que prestan.

<sup>113</sup> Se consideran los productos plasmados en la Matriz de Marco Lógico de la versión revisada del Documento de Proyecto con fecha junio de 2010.

directamente relacionado con la validación experimental de los modelos que se preveían desarrollar. Al no contarse con los modelos tampoco se pudo realizar su pilotaje y, por ende, no se elaboró ni se implementó la estrategia de fortalecimiento de capacidades asociada a las experiencias piloto. Entre las medidas previstas para el fortalecimiento de capacidades se incluía el desarrollo de un sistema de medidas de seguridad y estándares éticos de atención al VIH y la VCM, y su posterior integración en los servicios seleccionados para la experiencia piloto. Este sistema de medidas de seguridad y estándares éticos tampoco se desarrolló y en su lugar se elaboró un documento de carácter teórico-conceptual sobre consideraciones éticas para una respuesta integrada a los DDHH, el VIH y la VCM.

El tercer producto era “Implementado un sistema de intercambio de información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y cooperación técnica a nivel subregional”, siendo el producto que presenta el grado de consecución más satisfactorio. En la práctica este sistema se ha materializado en una Comunidad de Prácticas virtual en cuyo seno se han llevado a cabo conjunto de acciones diversas, como la implementación de una biblioteca virtual, la realización de webconferencias o la elaboración y difusión un boletín electrónico, que serán analizadas más adelante. No obstante, el hecho de que los modelos de políticas y programas integrados sobre VIH y VCM no llegasen elaborarse ni validarse (pilotaje) también afectó al alcance de la Comunidad de Prácticas. No pudo fungir de espacio de cooperación técnica ni de intercambio de lecciones aprendidas y de buenas prácticas derivadas de la aplicación experimental de los modelos, tal como estaba previsto. Con el fin de atenuar los efectos de esta ausencia, en el marco del proyecto se realizó una recopilación de prácticas consideradas promisorias por el manejo integrado de VIH y violencia contra las mujeres, desarrolladas por entidades de la sociedad civil y organismos internacionales de forma completamente independiente al proyecto.

En resumen, podemos concluir que el proyecto **no logró los productos 1 y 2, mientras que la consecución del producto 3 puede considerarse más satisfactoria, pero incompleta**. No obstante, al final del proyecto se cuenta con una serie de “productos tangibles”, en su mayoría relacionados con los productos previstos, ya mencionados en los párrafos anteriores, a los que se suma uno más, no relacionado con ninguno de los tres productos del proyecto, consistente en un estudio del marco jurídico sobre VIH y VCM en Centroamérica. En la siguiente tabla se recogen estos productos y una breve reseña de su valoración

**Tabla 6. Productos finales y su valoración respecto a los productos esperados del proyecto**

| Productos Finales |  | Valoración  |
|-------------------|--|---|
| Producto 1        | Mapeo de actores y análisis situacional de El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.                        | No constituyeron insumos para el respectivo modelo                                |
|                   | Documento de orientaciones para el abordaje integrado de VIH y VCM en dos países: Guatemala y Panamá.        | No son los modelos nacionales de políticas y programas integrados previstos       |
| Producto 2        | Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los DDHH, el VIH y la VCM en Centroamérica.            | No es el sistema de estándares éticos previsto                                    |
| Producto 3        | Prácticas promisorias por el manejo integrado de VIH y violencia contra las mujeres.                         | No son las buenas prácticas que se preveían recopilar del pilotaje de los modelos |
|                   | Análisis comparado del marco jurídico sobre VIH y VCM desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica. | Producto no previsto en el proyecto   |



## 1.5.2. Cambios o mejoras en las políticas sectoriales

En este apartado, se analizan los cambios que pudieran haberse producido en las políticas sectoriales de atención al VIH y la VCM como consecuencia de la disponibilidad efectiva de los modelos nacionales de políticas y programas integrados (producto 1), y atendiendo al grado de aplicación de tales programas integrados en los servicios seleccionados por el proyecto.

El modelo nacional estuvo concebido, en palabras de la responsable técnica del mismo<sup>114</sup>, “desde un *enfoque intersectorial*, con un fuerte *liderazgo del sector salud* (a partir de los contactos previos con la OPS), porque gran parte de las evidencias provienen de este sector, planteándose dos niveles:

- ▣ la acción integrada a nivel de políticas (nivel macro), básicamente una propuesta de modificaciones a lo existente, con base en las debilidades y limitaciones identificadas en la fase de *diagnóstico* (mapeo actores y análisis situacional); y
- ▣ la experiencia *piloto* (nivel micro, experimental).”

Del análisis realizado en los capítulos anteriores de este informe se deriva que:

- ▣ Más allá de actores del sector salud y sector género, el *enfoque intersectorial* no está presente en la construcción de los modelos y su debate. Instituciones como Medicina Legal o Ministerio Público, importantes en los casos de violencia sexual, que es tipo de violencia donde la intersección con VIH es más evidente, no han tenido un papel relevante en el proyecto. Tampoco sectores clave en prevención, como el educativo.
- ▣ No existió tal *liderazgo del sector salud*, tanto para auspiciar el proceso, como para validar el documento elaborado.
- ▣ Los documentos de *diagnóstico* previos (mapeo actores y análisis situacional) no reunían la calidad suficiente como para convertirse en un insumo útil para la elaboración del respectivo modelo y estaban, en su mayoría, desactualizados cuando se abordó esa tarea.
- ▣ Y, por último, no se realizaron las *experiencias piloto* previstas.

A lo anterior, habría que añadir que la validación técnica del documento elaborado fue más superficial de lo que una iniciativa de estas características requiere. Durante las entrevistas se puso de manifiesto que las referencias a la “validación” correspondían en realidad más un proceso de consulta para elaborar el documento que un contraste técnico especializado<sup>115</sup>, efectuándose algunas veces en un contexto de interacción personal, no institucional. Ante la apretada agenda de los últimos meses del proyecto<sup>116</sup>, la actividad de validación técnica tuvo además que solaparse con la de formación, acto en el que el borrador del “modelo” fue presentado y debatido. Los informes de tales actos en Panamá y

---

<sup>114</sup> Entrevista a coordinadora técnica del proyecto.

<sup>115</sup> Validación que, por otro lado, está ya diseñada en el proyecto sin haber previsto tiempos suficientes para tales consultas: apenas una reunión por país para “formular” el modelo, y un foro virtual para “validarlo técnicamente”.

<sup>116</sup> Tanto en Panamá como en Guatemala, la labor de las consultoras nacionales cubrió en 8 meses de contrato: (i) por un mes de formación previa *on line* en la temática del proyecto (agosto), (ii) la organización de tres Webconferencias (septiembre, octubre y noviembre) y de un curso presencial de dos días (octubre o noviembre), y (iii) las consultas y reuniones para elaborar el modelo, cuyo borrador ya estaba preparado para presentar en el curso. Esto dejaba en la práctica entre 2 y 3 meses para tener listo el borrador del modelo resultado de las consultas con los actores principales. En el caso de la coordinadora nacional de Guatemala, a estos servicios de consultoría habría que añadir la preparación del evento final de Antigua.

Guatemala revelan que la discusión giró en torno a la oportunidad de un modelo que vinculase VIH y VCM y su adecuación al marco político-legal, y no tanto a un consenso acerca de sus componentes.

En general, las personas entrevistadas **no perciben haber participado en un proceso de validación, sino de sensibilización/formación** en torno a las distintas expresiones de la relación entre el VIH y la VCM<sup>117</sup>. Únicamente en el caso de Panamá, el documento recibió un aporte sustantivo posteriormente en consulta individual con el INAMU, aporte que rectificaba el apartado de ‘responsabilidades institucionales’<sup>118</sup>.

No obstante, varias de las personas entrevistadas consideran que el proceso de elaboración del documento fue un interesante ejercicio de sensibilización y revisión de las prioridades de la acción política sobre VIH y VCM. Así, por un lado, la percepción de los agentes clave es que el proyecto ha comenzado a hacer visibles los vínculos entre la VCM y el VIH, y viceversa. Esto sucede en mayor medida entre las organizaciones titulares de derechos y las agencias internacionales involucradas en algunas de las acciones (cursos, Webconferencias, encuentro subregional), pero no parece que sea así en los actores clave en Panamá (INAMU y Ministerio de Salud). En El Salvador, la mayor sensibilidad con el tema en ambos organismos no es resultado del proyecto, sino debido al contexto institucional y político del país.

Entre los actores más receptivos, al menos es posible destacar que la relación entre VIH y VCM fue en muchas ocasiones una novedad a considerar. Sigue primando, no obstante, una vinculación de la VCM con el VIH casi exclusivamente a través de la violencia sexual, sin reconocerse otros tipos de violencia.

Del papel crucial del Ministerio de Salud en este proceso de validación, tanto por las actividades como por las hipótesis de apoyo al proyecto en las que estaba presente, los estudios de caso en los dos países visitados dan cuenta de un desconocimiento de tal proceso (El Salvador) y de un apoyo incondicional a todo tipo de iniciativas que, como el proyecto, atienda la problemática del VIH, pero sin avalar necesariamente las publicaciones o las medidas que de él se derivan (Panamá). En el plano de las agencias internacionales y regionales, el proceso de consulta y validación ha tenido un mayor reconocimiento, tal es el caso de ONUSIDA en Panamá, e incluso ha recibido aportes sustanciales (PNUD).

Por lo tanto, si bien la intención inicial fue la elaboración de un modelo integrado de VIH y VCM, de articulación entre sectores, y validado tanto técnica como experimentalmente, las condiciones en las que finalmente se ejecutó el proyecto han orientado el producto final hacia un documento más genérico y, de alguna manera, preliminar<sup>119</sup>. En ese sentido, en el marco del proyecto **se elaboraron** tres documentos que, de acuerdo con la presentación que se hace de dos de ellos, constituyen “**guías de**

---

<sup>117</sup> Como hemos visto en el apartado de eficiencia, esto se deriva de haber unido en un único proceso las reuniones previstas de validación con los cursos de formación/sensibilización.

<sup>118</sup> En Guatemala, los aportes fueron fundamentalmente de dos tipos, tanto en el curso como durante las reuniones paralelas. Uno, que no se propusiera una nueva política sino mejorar las ya existentes. Dos, que el modelo sirviera para fortalecer la política a favor de la mujer en el país, ya que el SEPREM consideraba que el enfoque de intersectorialidad del modelo le venía bien para fortalecer su papel en las relaciones con otros entes gubernamentales. No se tratan, por lo tanto, de validaciones técnicas, sino de opiniones acerca de cómo enfocar la elaboración del modelo nacional.

<sup>119</sup> De alguna manera, tal y como revelan las entrevistas, “el proyecto ha llegado hasta la fase de encontrar y mostrar información, pero todavía no ha dado el paso de montar estrategias para generar cambios”. En la misma línea, otros actores comentan la valía del proyecto, indicando que “es el principio de un trabajo”

**orientación<sup>120</sup> para las entidades gubernamentales y no gubernamentales en el desarrollo de intervenciones sobre VIH y violencia contra las mujeres”.** (Indicador EFCC.1.1).

En términos de disponibilidad, dos de estos documentos de orientaciones han sido terminados y editados (Guatemala y Panamá), mientras que el documento de El Salvador no recibió la aprobación final de la CIM. Tal como hemos comentado en el apartado anterior, esto fue debido básicamente a que el producto final se distanciaba del enfoque integral y holístico de las relaciones entre el VIH y la VCM que define la estrategia del proyecto, y a un débil tratamiento del enfoque de derechos humanos. El borrador del modelo de atención que se planteó ponía su acento en los componentes de salud, y se limitaba a la consideración de la violencia doméstica y sexual como punto de entrada para la prevención y tratamiento del VIH y del sida<sup>121</sup>. No obstante, dentro de su muy reducida visión, y quizás por eso, este modelo es el más desarrollado de los tres en términos operativos, siendo técnicamente mucho más factible su eventual aplicación experimental<sup>122</sup>.

Como tales, los otros dos documentos de orientaciones (Guatemala y Panamá) no están focalizados en un modelo de atención, sino que se trata de orientaciones para políticas y programas de respuesta al VIH y a la VCM. En enfoque y contenido ha primado el no hacer nuevas propuestas, sino apoyarse en las políticas existentes e introducir en ellas las mejoras oportunas. En todo caso, desarrollan de manera teórica una parte de sus componentes previstos ya que sus responsables reconocen que ha quedado pendiente la tarea de operativizar lo avanzado en el documento, la “carne”, ejercicio que estaba previsto antes de la validación experimental para abordarla en condiciones. Tal y como se reconoce desde la gerencia del proyecto: *“En la práctica, todavía falta mucho para identificar y visualizar cómo se entrecruzan los dos problemas (VIH y VCM), y después, con base en eso, decidir acerca del reparto, qué le toca a cada quién, y cómo hacer esto de forma articulada”*.

Desde un enfoque de derechos, las guías de Guatemala y Panamá reconocen condiciones de mayor vulnerabilidad en determinados colectivos, como las mujeres indígenas y rurales, pero no se proponen acciones específicas al respecto, de forma tal que estos colectivos se diluyen en un conglomerado de medidas de carácter genérico. No puede decirse, por tanto, que hayan sido considerados en el diseño de los modelos (**Indicador EFCC.1.3**).

La difusión física de los dos documentos publicados se ha realizado al cierre del proyecto (Guatemala) y seis meses después (Panamá). En cuanto a la difusión virtual, el indicador de la matriz de planificación preveía que estuvieran disponibles en la Web de la CIM, en donde estuvieron accesibles a partir de agosto de 2012, varios meses después del cierre del proyecto.

---

<sup>120</sup> Las entrevistas realizadas a las responsables de su elaboración confirman que el término “modelo” no es del todo ajustado al producto final. En otros casos, acerca de la utilidad o efectos del modelo, se responde que “apunto a lo posible”.

<sup>121</sup> Este planteamiento está en consonancia con el objetivo que se establece al respecto en el Plan Regional VIH/ITS para el Sector Salud de la OPS (OPS, 2005); en concreto: *“Objetivo intermedio 3.3.3. Para 2010, los servicios sobre violencia doméstica tendrán acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias, así como a servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS”*.

<sup>122</sup> El diagnóstico reveló que el M° de Salud tenía un protocolo, y que ISDEMU y las ONG lo habían adoptado. Fue enfocado, entonces, como un modelo de interrelación institucional al detectar que sí existía tal atención pero no de forma articulada. Es decir, el modelo se centró en proponer quién hace qué en la estructura de atención y a qué niveles.

Ya ha sido explicado que los productos elaborados no ha sido suficientemente consensuados ni validados<sup>123</sup>. En consecuencia y como conclusión, los tres ‘modelos’ elaborados no han tenido una validación técnica institucional (no tienen el aval formal, ni el reconocimiento implícito, por ejemplo, del respectivo Ministerio de Salud<sup>124</sup>). Si bien el proceso de consulta le confiere a los documentos cierta legitimidad, pues ha estado orientado fundamentalmente a garantizar la calidad de su contenido, no la institucionalidad del producto, no han sido adoptados por el Ministerio de Salud como garante de derechos. Es evidente que no se ha llegado a producir tampoco la aplicación de programas integrados de VIH y VCM en los servicios que el proyecto iba a seleccionar (**Indicador EFCC.1.2**). Esto hubiera requerido, además de que el modelo se hubiera validado experimentalmente y que se hubiera efectuado el fortalecimiento de capacidades orientado a apoyar su aplicación. En consecuencia, es **difícil que puedan generar cambios o mejoras en las políticas sectoriales**, más allá de los que puedan derivarse de la sensibilización al respecto generada en los actores durante el proceso de elaboración.

No obstante, cabe mencionar algunos efectos indirectos no previstos a este nivel. Por un lado, el mecanismo de igualdad en Panamá (INAMU) sostiene que, si bien fue tardía, su participación en el proyecto le ha “develado” la situación del país. Dada la sinergia temporal con la elaboración de la política nacional de igualdad de género que este organismo está preparando, afirma que considerará como un objetivo estratégico en el área de salud el tema del VIH-Sida, y que retomará los modelos de intervención (prevención, atención, articulación, etc.) del documento preparado por el proyecto. Obviamente, esto no puede considerarse como una expresión de la integración del VIH y la VCM, pero sí como un avance hacia el abordaje de las dimensiones de género de la epidemia del VIH y del sida, algo por otro lado novedoso en el marco panameño de política pública de género.

Por otro lado, atendiendo a un papel institucional no previsto, la actividad y presencia de las coordinadoras nacionales se extendió más allá de las tareas asignadas, para aprovechar los espacios generados por otras instituciones de cara a introducir en las agendas la relación VIH/VCM. Así, la coordinadora del proyecto en Panamá participó activamente en los espacios de discusión generados tanto desde la Defensoría del Pueblo como desde el PNUD, en torno a la reforma de la ley sobre VIH y sida, con el fin de posicionar en el debate aspectos vinculados a las intersecciones entre VIH y VCM, y muy especialmente la profilaxis post-exposición al VIH.

### 1.5.3. Cambios o mejoras en las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil beneficiarias.

Varios de los resultados del proyecto estaban dirigidos a mejorar la respuesta institucional de los organismos gubernamentales, en particular, pero no solo, del Ministerio de Salud, y de organizaciones de la sociedad civil beneficiarias. A través de la línea de fortalecimiento institucional del proyecto (producto 2) se pretendía: (i) integrar en sus prácticas medidas de seguridad y estándares éticos, (ii)

<sup>123</sup> Como hemos visto en el apartado anterior, el proceso de consulta no reunió todas las características requeridas para hablar de “consenso intersectorial sobre componentes, intervenciones, acuerdos institucionales y monitoreo y evaluación” y “validación técnica”. Nos referimos a cuestiones de tiempo y forma, revisión técnica efectuada, formalidad del proceso y representatividad de los actores.

<sup>124</sup> “No se ha dispuesto de suficiente tiempo para lograr consolidar la apropiación del modelo” (entrevista a coordinación técnica) Por su parte, en el caso de Panamá, el único de los dos países del trabajo de campo que había publicado el modelo nacional, la persona entrevista responsable por la temática de VIH en el Ministerio de Salud apuntaba que “todo lo que se haga en VIH, va a contar con el apoyo del programa” pero que “más allá de un apoyo puntual [proveer datos epidemiológicos], no hemos participado en la revisión final del modelo: no hay logo, no hay aval”.

favorecer un abordaje intersectorial mediante la creación de redes interinstitucionales, (iii) disponer de personal capacitado para aplicar el modelo resultante, o (iv) propiciar el intercambio de experiencias y buenas prácticas a través de la Comunidad de Prácticas (este último resultado correspondiente al producto 3).

En la práctica, todas las medidas previstas en el producto 2 no fueron realizadas y tales productos no pueden estar al servicio de los organismos y colectivos destinatarios. Nos referimos, en primer lugar, al desarrollo de un sistema de medidas de seguridad y estándares éticos de atención al VIH y la VCM y su integración en los servicios de aquellos socios clave. Durante las entrevistas se aclaró que “inicialmente tal actividad estuvo concebida para los servicios de atención, pero luego se opta por hacer un abordaje más amplio que incluya también la planificación, dirección, etc. con el fin de cubrir los huecos detectados en las instancias públicas” garantes de derechos. En todo caso, tal como reportan los indicadores del IPEP final y ha podido contrastar esta evaluación, tal sistema no ha sido elaborado. Tampoco se ha formado a personal para su aplicación<sup>125</sup>, ni puede hablarse en general de que el proyecto haya logrado la capacitación del personal técnico que habría estado encargado de implementar las experiencias piloto.

En tales circunstancias, por lo tanto, el proyecto no logró que por parte de los servicios de atención seleccionados fuesen adoptadas las medidas de seguridad y estándares éticos que, se supone, deberían haber sido consensuados en el marco del proyecto (**Indicador EFCC.2.1**).

No obstante, el proyecto presentó a los actores asistentes al encuentro subregional de Guatemala y difundió por otros medios el documento técnico titulado “*Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los derechos humanos, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica*”. Su autora impartió una Webconferencia sobre el tema a la que se suscribieron 19 personas, y el documento ha sido publicado en español e inglés. Independientemente de lo adecuado o no de estas acciones, valorándolas sobre lo inicialmente previsto, no pueden considerarse como una alternativa al sistema que se pensaba aplicar. Al respecto, la muestra de entrevistas realizadas revelan que tales presentaciones no tuvieron efectos prácticos y apenas son recordadas por las personas asistentes. Tampoco es conocido por los ministerios de salud y los mecanismos de igualdad, excepto el de Guatemala.

Otro de los insumos orientados a mejorar la respuesta institucional era, en segundo lugar, las herramientas técnicas para la aplicación de los modelos, tales como formularios clínicos y legales, sistemas de referencia de casos, redes de servicios, sistemas de logística y administración, requerimientos y competencias de personal validados por las organizaciones participantes. Tales herramientas no han sido creadas, tal y como se pretendía en el origen de proyecto, ni tampoco se ha apoyado al Ministerio de Salud para elaborarlas, tal y como se reorientó tal medida en la revisión del proyecto de junio de 2010. (**Indicador EFCC.2.2**).

Como alternativa, el proyecto incluyó una acción nueva, los Fondos Semilla, denominados así porque servirían “para elaborar herramientas de apoyo y de capacitación para apoyar la integración del VIH y de la VCM”. Decisión tomada al final de la última etapa del proyecto (marzo 2011 – enero 2012), entre los beneficiarios no hay actores públicos, sólo sociedad civil, justificándose tal decisión en que “el

---

<sup>125</sup> Tanto el indicador “2b. Todas las organizaciones participantes adoptan las medidas de seguridad y estándares éticos aprobados durante el tercer año del proyecto (2011)”, como el indicador “2c. 90% del personal de las instituciones que han aprobado las medidas de seguridad y los estándares éticos han sido entrenados para aplicarlos durante el tercer año del proyecto (2011)” tienen un porcentaje de logro del 0%.

escaso tiempo disponible no permitía hacer frente a la complejidad institucional gubernamental”. Esto, como se ha indicado con anterioridad, supone un viraje del proyecto, inicialmente focalizado en elevar el perfil institucional del Ministerio de Salud en la atención integrada VIH y VCM, y que acaba priorizando a los titulares de derechos, sin que existiese una línea explícita de trabajo en este sentido.

Las seis organizaciones beneficiarias, seleccionadas a sugerencia de las coordinadoras de cada país, desarrollaron distintas iniciativas (ver Tabla 7).

**Tabla 7. Fondos Semilla: organizaciones beneficiarias e iniciativas apoyadas.**

| Organización                       | Iniciativa desarrollada  | Tipo de iniciativa <sup>126</sup>           |
|------------------------------------|--|---|
| AMUGEN (Guatemala)                 | Impresión de una investigación, impresión folleto y actividades de capacitación y divulgación  | Divulgación información.<br>Sensibilización |
| APLFA (Panamá)                     | Integración de la VCM en dos manuales: (i) Manual de formación en asesoría psicológica en relación con el VIH y el Sida; y (ii) Manual para trabajadoras sexuales femeninas: facilitadoras de pares. | Herramienta de atención.<br>Capacitación    |
| CEDEM (Panamá) <sup>127</sup>      | Ficha única de atención a mujeres víctimas de violencia, incorporando apartado sobre VIH/SIDA  | Herramienta de atención.                    |
| Grupo Génesis Positivo (Panamá)    | Tríptico y afiches para divulgar las leyes que norman los DDHH de las mujeres VIH positivas  | Divulgación información.<br>Sensibilización |
| ICW Panamá (Panamá) <sup>128</sup> | Confección de historias de vida sobre violencia contra las mujeres VIH positivas.  | Divulgación información.<br>Sensibilización |
| Pastoral de salud (Guatemala)      | Taller de capacitación y materiales de divulgación de vínculos entre el VIH y la VCM   | Divulgación información.<br>Sensibilización |

De las iniciativas apoyadas con los fondos semilla, solo dos se relacionan con la mejora de herramientas de atención que vinculan VIH y VCM, y/o capacitación, en mayor o menor medida, en esta temática. En general, por lo tanto, esta nueva actividad tiene un bajo impacto a la hora de elaborar herramientas técnicas.

En cuanto a las organizaciones beneficiarias, cuatro de las seis pusieron en marcha iniciativas de difusión de información y/o sensibilización sobre VIH y VCM. Sin cuestionar su pertinencia, no era esta la finalidad de los fondos semilla. Esto indica, además, que los criterios manejados para seleccionar algunas de las acciones y organizaciones no han sido los adecuados.

En tercer lugar, dentro de la línea de intervención de fortalecimiento de capacidades se había previsto también crear cuatro redes intersectoriales de prevención y atención del VIH y VCM. Al contrario de lo que reporta el IPEP final, la evaluación ha contrastado que tales redes no han sido creadas, entre otras razones porque no se ha logrado la suficiente implicación institucional de las entidades locales. En

<sup>126</sup> Las iniciativas apoyadas con los fondos semilla de AMUGEN y Pastoral de la salud son presentadas como de “capacitación”. A tenor de las características de los eventos parcialmente apoyados (formato, contenidos, dinámicas, duración y número de asistentes), el calificativo más apropiado es el de “sensibilización”.

<sup>127</sup> Con los mismos fondos, la organización decide imprimir 1.000 trípticos. La evaluación no ha podido confirmar su existencia.

<sup>128</sup> Dada que la organización no tiene personería jurídica, la concesión de los fondos se realiza a través de EMESSAR (Equipo Multidisciplinario para la Educación Sexual y Reproductiva)

palabras de la coordinación técnica, “esta línea de intervención del proyecto estaba determinada por la experiencia piloto, pero no hubo validación experimental del modelo, por lo que nunca se elaboró la estrategia de fortalecimiento. Por la misma razón tampoco se firmaron los acuerdos previstos para la creación de las redes interinstitucionales de VIH y VCM”. (**Indicador EFCC.2.3**).

Llegar a tales acuerdos, en todo caso, dependía también de la labor de consulta y construcción de consensos intersectoriales durante la elaboración consensuada del modelo. A este respecto, no solo fue minoritaria, cuando no inexistente, la implicación de otros sectores (educación, trabajo, legal, etc.)<sup>129</sup>, sino que en algunos casos los puentes interinstitucionales entre las entidades responsables por salud (VIH) y mujer/igualdad (VCM) han de ser todavía construidos<sup>130</sup>.

Un cuarto elemento que estaba detrás de propiciar cambios en las organizaciones venía determinado por el intercambio de información, lecciones aprendidas y buenas prácticas sobre integración de VIH y VCM. Con este fin, el proyecto puso la Comunidad de Prácticas virtual<sup>131</sup> con servicios de biblioteca virtual, foros, Webconferencias, y boletín virtual<sup>132</sup>. Las características, contenidos y cobertura de estos instrumentos de intercambio son resumidos en el **Anexo 8**.

La información disponible acerca de las personas y entidades que acceden a la plataforma Web de la Comunidad de Prácticas no permite estimar un perfil diferenciado por tipología de instituciones. (**Indicador EFCC.2.4**.) Estaba previsto agregar una sección en la página Web en donde cada miembro ingresase información básica (área de trabajo, organización, cargo, experiencia, correo electrónico y fotografía personal), pero esto no pudo ejecutarse.

En cuanto a la capacidad de este sistema para generar el intercambio<sup>133</sup> habría que hacer dos valoraciones principales. En primer lugar, tres de los instrumentos de la Comunidad de Prácticas (biblioteca, boletines, enlaces de interés) son de acceso o suministro de información unidireccional, no de intercambio de la misma. El servicio más utilizado es precisamente la biblioteca virtual, con diferencia el más visitado con un 34% de las 4,186 visitas acumuladas hasta finales de julio. En el cuarto puesto, con 139 visitas (un 3%), están los documentos de la denominada “red de intercambio” generados por el proyecto y los fondos semilla, entre otras presentaciones realizadas en el encuentro de intercambio celebrado en La Antigua.

En segundo lugar, el espacio natural previsto para tal intercambio serían los foros. Dos de ellos son espacios privados para, respectivamente, la formación y la coordinación del personal técnico del proyecto, espacios que ya no operan una vez que éste ha finalizado. Los dos foros restantes, aquellos

---

<sup>129</sup> En este sentido, la evaluación contradice lo reportado por la consultoría nacional en Panamá, cuando se afirmaba que “respecto a los demás sectores (educación, trabajo, etc.), se les consultó la versión preliminar del modelo (se envió a cada sector) y ofrecieron sus aportes, incluyendo la forma en que se comprometían a llevarlo a cabo”.

<sup>130</sup> Preguntada acerca de la articulación intersectorial, la consultora en Panamá resume diciendo que “para el MINSA (Programa de VIH), el INAMU no existe; y que para el INAMU no existe el VIH.”

<sup>131</sup> Como se ha comentado, esta plataforma ya había sido creada por Development Connetions con apoyo de UNIFEM. Durante el proyecto fue adaptada para ser compartida con la CIM/OEA.

<sup>132</sup> Ya fuera del marco de ejecución del proyecto, se creó en febrero de 2012 un grupo Google, cuyo análisis queda por lo tanto al margen de este análisis de eficacia y será retomado en el apartado de sostenibilidad.

<sup>133</sup> Tal y como se establecía en el resultado de esta línea de trabajo (Producto 3). En ese sentido, según sus creadores, la Comunidad de Prácticas “sirve de canal para compartir ideas novedosas, recursos, buenas prácticas, información, tips, así como para retroalimentar y trabajar colectivamente alrededor de problemas y retos comunes. Las personas e instituciones que se suscriban “pueden participar de distintas maneras: usuarias de recursos, facilitadoras de foros, proveedoras de información, coordinadoras de actividades, receptoras de los boletines, entre otras modalidades”. (“Estrategia de Comunicación”, Pág. 7-8)

precisamente dirigidos a propiciar el intercambio de información y experiencias, no se han podido poner en marcha por falta de tiempo y recursos o de personas que los dirigiesen. En la práctica, es por lo tanto, un instrumento de acceso a información, más que de *intercambio* de la misma. En ese escenario de baja interacción virtual, tampoco se han emprendido acciones de cooperación entre las personas e instituciones participantes<sup>134</sup>. (Indicador EFCC.2.6.)

Por lo demás, más allá de la difusión del conocimiento entre una audiencia general, las entrevistas no revelan una destacada utilidad para los actores vinculados con el proyecto, dentro de la cual destacaría la biblioteca virtual. Para los casos de Panamá y El Salvador, se ha detectado un mayor conocimiento de la plataforma y los boletines virtuales entre las organizaciones que habían asistido al encuentro de La Antigua en la que se presentó tal iniciativa, si bien la mayoría no accede desde hace tiempo o ya se ha olvidado que existe tal recurso. Esto dejaría fuera de su influencia, por lo tanto, a los principales socios gubernamentales<sup>135</sup>. (Indicador EFCC.2.5).

En definitiva, en relación con la capacidad del proyecto para generar un intercambio entre los actores, podríamos resumir que Comunidad de Prácticas apenas tuvo la oportunidad de servir a estos intereses al lanzarse y darse a conocer en los meses finales de ejecución. En ese tiempo y en la actualidad, opera todavía como una fuente de acceso y divulgación de la información, entre otras vías, gracias a un amplísimo fondo documental. También como difusora de la generación de conocimiento que los productos del proyecto supusieron.

Esta función divulgativa y sus destinatarios está en sintonía con el contexto general en el que se desenvuelve el proyecto —con una mayoría de actores acercándose a la temática y siendo sensibilizados en su importancia y en cómo atenderla— y es coherente con cómo éste fue desarrollado —con una mayor participación en sus actividades de ONG y agencias gubernamentales, y no tanto de los socios gubernamentales clave—. Todavía queda, por lo tanto, un largo camino que recorrer para adentrarse en mecánicas más activas de intercambio de información, lecciones aprendidas y buenas prácticas entre los actores, de manera que esto propicie, además, iniciativas de cooperación técnica horizontal. Ganar para esta causa a los ministerios de salud y los mecanismos de igualdad sería clave.

No obstante, tanto la Comunidad de Prácticas, como el proyecto en su conjunto han tenido un papel destacado en la **generación de conocimiento**. Así, se ha generado información sobre las respuestas a los vínculos VIH y VCM a través de la elaboración y difusión amplia de los siguientes productos: (i) Prácticas promisorias por el manejo integrado de VIH y violencia contra las mujeres, realizadas por diversas organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales; (ii) Análisis comparado del marco jurídico sobre VIH y VCM desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica, documento no previsto en el proyecto que ha sido publicado en español e inglés; (iii) Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los DDHH, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica, también publicado en ambos idiomas; y (iv) de algún modo también han contribuido a esta labor de generar conocimiento los propios ‘modelos’. Este es precisamente uno de los aspectos

---

<sup>134</sup> Hay otros indicios de que la Comunidad de Prácticas no arrancó con un alto perfil de compromiso para el intercambio. Por ejemplo, apenas 17 suscriptores del boletín virtual contestaron a una encuesta de 5 preguntas lanzada el 25 de octubre de 2011; y solo 10 de las 78 personas que asistieron a las Webconferencias contestaron a un cuestionario similar.

<sup>135</sup> Entre las personas entrevistadas en Panamá, acceden a la Comunidad de Prácticas la representante de PNUD y la de ONUSIDA (que opina que tiene una buena base documental pero que no se ha actualizado), y la de UNFPA (entró alguna vez, pero ya no lo hace). La conocen pero no la han utilizado el representante de PASCA y las representantes de APLAFA e ICW. El Salvador, la representante de ORMUSA es la única que conoce la Comunidad de Prácticas. No la conocen ni el Mecanismo de Igualdad, ni el Ministerio de Salud de ambos países.



que destacan varios de los actores entrevistados que más se relacionaron con el proyecto: su capacidad para “mostrar información” sobre la relación VIH y VCM.

Y a modo de conclusiones de este apartado, podríamos resumir que el impasse que el proyecto sufrió durante casi año y medio (finales 2009 y 2010) implicó, entre otras consecuencias, que no se hayan elaborado varios de los instrumentos que habrían de propiciar un cambio al nivel de agencias gubernamentales y actores de la sociedad civil. Entre ellos, se cuentan los relacionados con el apoyo al modelo inicialmente previstos: la definición e integración de las medidas de seguridad, las herramientas técnicas para la aplicación del modelo, y la conformación de redes intersectoriales. Sí se dispone de un documento técnico de consideraciones éticas para el abordaje integral en políticas y programas de VIH y VCM desde la perspectiva de DDHH. Dicho documento fue presentado y discutido en el evento de La Antigua, pero no es conocido por los ministerios de salud, ni por los mecanismos de igualdad (salvo Guatemala), aunque se encuentra accesible en la Comunidad de Prácticas.

Por último, la Comunidad de Prácticas lanzada en el último semestre del proyecto, es conocida fundamentalmente por las ONG y las agencias de cooperación, aunque no tiene mucha acogida por falta de tiempo y familiaridad con este tipo de medios. Para estos, es percibida como un recurso de acceso a la información, algo a lo que no ayuda el hecho de que no disponga de espacios que propicien el intercambio (foros). Esta percepción que es coherente con la fase de ‘descubrimiento’ y sensibilización acerca de los vínculos entre VIH y VCM, y la manera de abordarlos.

Con este nivel de resultados es difícil considerar que se hayan producido cambios o mejoras en las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil beneficiarias, excepto en términos de generación de conocimiento, sensibilización e información sobre la temática y, a efectos más prácticos, entre aquellas directamente beneficiadas con los fondos semilla que han mejorado sus instrumentos o prácticas de trabajo.

#### 1.5.4. Cambios o mejoras respecto a las mujeres víctimas de VIH y VCM.

De los puntos anteriores se deduce que el proyecto no ha conseguido la implantación prevista en los servicios de atención que inicialmente iban a ser seleccionados para el pilotaje, al no haber logrado un desarrollo de los modelos, generado los instrumentos necesarios para su aplicación, y creado —en colaboración con el Ministerio de Salud— las condiciones para su implementación en forma experimental (capacitación y estructuras de apoyo). Por lo tanto, no se han producido resultados que mejoren la asistencia recibida por las mujeres en tales servicios de atención. (**Indicador EFCC.3.1**).

En todo caso, la deriva del proyecto hacia agentes de la sociedad civil ha tenido como efecto que en dos organizaciones se proyectasen cambios y mejoras respecto de las mujeres víctimas de VIH y VCM, las dos únicas organizaciones —CEDEM y APLAFA, ambas panameñas— que utilizaron los Fondos Semilla para mejorar sus instrumentos o manuales de atención de manera que estos abordaran de forma integrada el VIH y la VCM.

El Centro de Desarrollo de la Mujer (CEDEM) está aplicando desde febrero una nueva ficha de atención<sup>136</sup> a sus usuarias del consultorio socio-psico-legal (sic). En esta ficha, orientada para los casos

<sup>136</sup> La ficha de atención consiste en una serie de preguntas sobre los datos personales de la víctima sobre su situación familiar, social, sanitaria y los datos del agresor. En ella se han incorporado preguntas sobre VIH/SIDA, utilización de medios anticonceptivos de barrera y, sobre posibles antecedentes de violencia machista en su propia historia. (Informe final del contrato de consultoría a favor de CEDEM, 14 de febrero de 2012)

de VCM, se ha integrado un apartado sobre la posible relación del VIH con la violencia. Recogiendo la vinculación inversa, APLAFA ha integrado la VCM en el manual que utilizan las asesoras en sus clínicas, adaptado del Manual del Programa Nacional de VIH/Sida. Ninguna de las organizaciones ha reportado hasta esta evaluación atender a casos que supongan un cambio en el colectivo destinatario atribuible al proyecto<sup>137</sup>.

Lo anterior debe de valorarse dentro la cobertura que ambas organizaciones prestan en relación con la facilitada por los garantes de derechos en Panamá. En 2011, APLAFA reportó 39 casos de violencia basada en género y CEDEM tiene una trayectoria de atención de 39 casos de VCM en 2010, 23 en el 2011, y 12 casos registrados hasta mediados de 2012. Independientemente de que tras estos primeros 8 meses pueda detectarse alguna mejora en la atención de potenciales casos a futuro, la diferencia respecto del cambio que hubiera supuesto introducir tales mejoras en los garantes de derechos es notable. Según datos del propio 'modelo' de Panamá, el INAMU atendió en 2011 a 428 mujeres víctimas de violencia; el MINSA, 2,585 casos y el órgano judicial competente registro 7,685 denuncias por violencia doméstica.

En segundo lugar, dado el nivel de desarrollo al que se ha llegado con los denominados "modelos de políticas y programas integrados de VIH y VCM", tampoco la percepción de los agentes clave pone de manifiesto que se hayan producido cambios o mejoras en las titulares de derecho, derivadas de su aplicación en los servicios de atención (**Indicador EFCC.3.2**). No obstante, sí es preciso tener en cuenta algunos pequeños efectos inicialmente no previstos sobre las mujeres VIH+ y sus organizaciones, resultantes también de la aplicación de los Fondo Semilla y de otras acciones del proyecto.

Dos de las entidades de la sociedad civil beneficiarias del Fondo Semilla son organizaciones de mujeres viviendo con VIH y sida. Se trata de AMUGEN (Asociación de Mujeres Gente Nueva) de Guatemala, y el Capítulo de Panamá de la ICW (Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH y sida). Además de apoyar sus iniciativas de difusión y sensibilización sobre la violencia contra las mujeres VIH+<sup>138</sup>, a través del Fondo Semilla el proyecto también apoyó a ambas organizaciones para acelerar la tramitación de su personería jurídica como entidad sin fines de lucro. Este aspecto es especialmente relevante porque significa una condición *sine qua non* para que las organizaciones de

---

<sup>137</sup> Tras los talleres con personal de salud de sus clínicas para presentar el manual sobre VBG y VIH modificado con el Fondo Semilla, APLAFA ha reportado 7 casos de violencia sexual contra las mujeres detectados con posterioridad a. Ninguno de estos 7 casos eran de mujer VIH+, ni consta que se haya procedido de una forma diferente a como se hacía antes de la capacitación del personal. Por su parte, CEDEM reporta que de los 12 casos de VCM desde inicios de año, no ha detectado ninguno relacionado con situación de VIH+.

<sup>138</sup> En el primer caso, el Fondo Semilla apoyó una iniciativa centrada en la diseminación de evidencia y sensibilización sobre la violencia contra las mujeres VIH+, basada en la investigación "Situación de las mujeres que vivimos con VIH en 14 países de América Latina", realizada por el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLACM+). Con el apoyo del proyecto, AMUGEN publicó los resultados de la investigación, elaboró un folleto educativo basado en sus resultados y desarrolló diversas actividades de difusión sobre los resultados de la investigación. En el caso de ICW-Panamá, el apoyo fue para una iniciativa en la misma línea, consistente en la recopilación de historias de vida de mujeres VIH+ y violencia, y en su posterior publicación y difusión.

mujeres VIH+ puedan, entre otra cosas, beneficiarse de iniciativas nacionales e internacionales de apoyo al movimiento organizado de PVVS<sup>139</sup>.

Obviamente, el hecho de que de las seis entidades apoyadas, dos de ellas —una por país— sean espacios de articulación de mujeres VIH+, no es fruto de la casualidad, sino que obedece a una intención implícita en el proyecto, que encuentra su espacio más tangible en el Fondo Semilla, pero que también se aprecia en la forma de proceder respecto a otras actividades. Así, por ejemplo, las representantes de las organizaciones de mujeres VIH+ han participado como ponentes principales en los dos cursos de capacitación realizados en el marco del proyecto, y en la Mesa Redonda que sobre la temática del VIH y VCM organizó la Embajada de la OEA en Panamá, como lanzamiento público del proyecto en dicho país.

En definitiva, podemos concluir que a pesar de que el proyecto no tuvo una línea de trabajo específica en este sentido, sí ha sido sensible y comprometido ante la débil posición de las mujeres VIH+ en el tejido social, **contribuyendo con sus acciones a su visibilización como colectivo**, y especialmente a la visibilización de la violencia que supone la vulneración de sus derechos, **y también a su fortalecimiento organizativo**.

Por lo tanto, como conclusión de este apartado, puede hablarse más de efectos indirectos que logros en términos de resultados previstos. El grado de desarrollo del proyecto no permitió alcanzar un nivel que permita hablar de mejoras en la asistencia recibida por las mujeres víctimas de VCM y VIH en el alcance y a través de los canales inicialmente considerados. Es a través de una iniciativa puntual de apoyo a 2 ONG en donde cabría esperar ciertos efectos, efectos que no se han producido todavía y que, en todo caso, serán significativamente menores de lo que hubiese supuesto introducir mejoras similares en los servicios de atención bajo la responsabilidad de los garantes de derechos. En la práctica, el proyecto ha influido en mayor medida, no en la atención a las titulares de derechos, sino en la visibilización como colectivo de las mujeres VIH+ en particular que tuvieron relación con sus actividades, y en un cierto fortalecimiento organizativo de dos de sus asociaciones.

Como conclusión general de este apartado de eficacia, la evaluación confirma que se cuentan con dos modelos a modo de orientaciones generales, no como modelos integrados para la acción pública. Tales documentos, independiente de su calidad o nivel de desarrollo de sus componentes, no han sido validados ni adoptados institucionalmente. También existen evidencias de que no están en la agenda de los actores clave: Ministerio de Salud, OPS y mecanismos de igualdad.

Probablemente conscientes de esta situación, y de que no era posible ya avanzar en la senda de la experimentación del modelo y el desarrollo de herramientas para su aplicación, el proyecto optó por destinar Fondos Semilla a 6 organizaciones de la sociedad civil para ejemplificar mecanismos e instrumentos de integración de VIH y VCM. Apenas dos de estas organizaciones introdujeron cambios en su práctica en esa dirección, cambios que todavía no se han traducido en mejoras a la atención de

---

<sup>139</sup> Durante el trabajo de evaluación se han constatado dos casos opuestos que constituyen un buen ejemplo de ello. El capítulo de ICW en El Salvador cuenta con personería jurídica desde hace un par de años, lo que le ha permitido formalizar una relación de colaboración con el Ministerio de Salud para trabajar con los grupos de autoayuda de PPVV que se crean en los servicios de salud. Esta posición de organización colaboradora del Ministerio refuerza su legitimidad, empodera a las mujeres y revierte económicamente de forma simbólica, facilitando su viabilidad como pequeña organización. En el extremo opuesto encontramos a ICW-Panamá, sin personería jurídica que, a modo de ejemplo, para poder ser beneficiaria del Fondo Semilla tuvo que contar con la colaboración de una organización “paraguas”, fórmula a la que lamentablemente también se ven obligadas a recurrir otras organizaciones de mujeres VIH+ panameña como las organizaciones de trabajadoras del sexo, a fin de poder acceder a la ayuda del Fondo Global.

las titulares de derechos y que, en todo caso, tendrán un alcance sensiblemente inferior que si operasen en las instituciones garantes de los derechos de las personas víctimas de VCM y VIH.

No obstante, la representante de una agencia internacional confirma que la iniciativa de integración de VIH y VCM en estas organizaciones ha sido interesante. “Son cosas pequeñas y obvias pero que no resultan tan obvias en los procesos de atención y que podrían llevarse a nivel de políticas”. A partir de esa idea, en todo caso, la evaluación coincide con su valoración de que “como estrategia está bien ‘reconocer’ el espacio local, lo pequeño, siempre que sea para poder incidir en lo político, lo nacional, que es el espacio natural de la CIM y la OEA”. En todo caso, es posible que el proyecto (no necesariamente el ‘modelo’) haya contribuido a que estos actores retomen algunos *típs* en su agenda, producto precisamente de la sensibilización, caso del INAMU de Panamá.

Finalmente, como operando en una fase inicial y cubriendo las problemáticas que su estrategia inicial no había contemplado, el proyecto ha tenido más efectos a nivel de sensibilización e información sobre los vínculos entre VIH y VCM, y de apoyo al fortalecimiento institucional y la visibilización del colectivo más vulnerable y menos fuerte organizativamente: las mujeres VIH+. Bajo ese enfoque se realizaron algunas actividades del proyecto y hacia tal fin se dedicaron buena parte de los Fondos Semilla (4 con carácter sensibilizador, y dos de ellos, además, destinando parte de sus fondos para apoyar la legalización de la organización).

## 1.6. Análisis de los resultados: SOSTENIBILIDAD<sup>140</sup>

Teniendo en cuenta las características de los resultados logrados por el proyecto, más que en la sostenibilidad de efectos, la evaluación ha centrado su mirada en valorar las condiciones para la continuidad de lo emprendido. Esta valoración se efectúa con base en el análisis de tres tipos de factores que se consideran pueden contribuir a ella: i) los relacionados con el contexto político-normativo; ii) los relacionados con las instituciones involucradas de una u otra forma en el proyecto (beneficiarias directas y otros actores clave); e, iii) los de carácter social, relacionados con las destinatarias últimas de los productos del proyecto, es decir, con las mujeres víctimas, o en riesgo, de infección por VIH y de violencia de género.

### 1.6.1. Factores relacionados con el contexto normativo y de política pública

#### a) Existencia de normas legales y políticas sectoriales que amparen los resultados del proyecto en los países participantes

En los tres países en los que se ha desarrollado el proyecto se mantiene el marco legal en materia de VIH y de sida vigente cuando el proyecto fue concebido y formulado, con las debilidades en lo que a enfoque de género y vinculación con la VCM se refiere, ya mencionadas en el análisis de pertinencia. No obstante, tanto en El Salvador como en Panamá durante los últimos años se han impulsado procesos de revisión de la normativa para incluir mejoras en aspectos relacionados, entre otros, con la

<sup>140</sup> Probabilidad de que los resultados de desarrollo alcanzados, entendidos como las mejoras producidas en la situación y condiciones de vida de los grupos destinatarios, se consoliden y perduren en el tiempo.

garantía de los DDHH de las PVVS y con la prevención de la epidemia. Las mejoras en discusión, de ver la luz, supondrían un escenario más favorable que el actual de cara a la sostenibilidad de los resultados del proyecto.

En el caso de **El Salvador**, el anteproyecto elaborado en el seno del Consejo Nacional contra el SIDA (CONASIDA) desarrolla con mayor especificidad aspectos en materia de DDHH, como por ejemplo, la prohibición de la prueba del VIH en el ámbito laboral, tipificándola como falta grave y estableciendo la obligatoriedad de la confidencialidad en jefes y compañeros de trabajo. También introduce modificaciones importantes en materia de prevención, como la eliminación del consentimiento de los padres como requisito para acceder a la prueba de VIH los menores de 18 años o la incorporación de la educación sexual en la currícula escolar y en la formación docente, incluyendo la diversidad sexual. En relación con la violencia basada en género, el anteproyecto establece mayores precisiones para que la atención a las víctimas de violencia sexual sea vista como una emergencia médica, tratando con ello de que las víctimas puedan acceder a la prueba de VIH dentro del plazo de 4 horas recomendado por las autoridades de salud<sup>141</sup>.

En **Panamá** se han iniciado dos procesos de debate de cara a la reforma de la ley, impulsados desde diferentes ámbitos. Uno desde la sociedad civil, a través de la Defensoría del Pueblo que cuenta con el apoyo de ONUSIDA, y otro promovido por el PNUD como parte de su mandato regional en materia de VIH y sida, que se inició con el Diálogo Nacional sobre VIH y la Ley realizado en diciembre de 2011. Ambos procesos discurren de forma paralela, aunque los actores participantes son prácticamente los mismos, y a tenor de lo expresado por las personas entrevistadas en el marco de esta evaluación, los aspectos que se discuten son, en ambos casos, muy similares a lo expresado para El Salvador. Estarían centrados en garantizar los derechos de las PVVS, haciéndose énfasis en aspectos tales como el derecho a la confidencialidad o el derecho a recibir la medicación. En materia de prevención se mencionan también la revisión de la currícula educativa y la reducción de la edad mínima para acceder a la prueba voluntaria sin permiso de los padres. Como aspectos específicos en relación con la equidad de género, se están tratando de incorporar en el proceso de revisión de la ley dos circunstancias: la violación marital y la profilaxis post-exposición al VIH por violencia sexual<sup>142</sup>. Además, desde el PNUD Regional se expresa una especial preocupación por incluir en la reforma el derecho de las mujeres VIH+ a los recursos productivos.

En la normativa sobre prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres se han promulgado nuevas normas en los últimos años, que suponen algunos avances en términos de reconocer los vínculos entre algunas expresiones de la VCM y el VIH. A modo de ejemplo<sup>143</sup>, en **El Salvador**, la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, de 4 de enero de 2011, establece dentro de la Garantías Procesales de las mujeres que enfrentan hechos de violencia [Art. 57, g)], *“Recibir atención médica, tratamiento adecuado y especializado, en los casos que lo ameriten. Así como la utilización del Protocolo de atención en caso de violencia sexual, para prevenir*

---

<sup>141</sup> En la práctica actual predomina la connotación judicial. El abuso sexual es considerado, ante todo, un caso legal, priorizándose por ello las etapas que conlleva el proceso probatorio (fiscalía y medicina legal), antes que la atención a la víctima en el hospital.

<sup>142</sup> Como ya se ha mencionado, la coordinadora del proyecto en Panamá participó activamente en los espacios de debate en torno a la reforma de la ley.

<sup>143</sup> En Ramírez, Alina (2012): *VIH y violencia contra las mujeres en Centro América: un análisis comparado del marco jurídico desde el enfoque de derechos humanos*. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)/OEA. Washington D.C., realizado en el proyecto, se hace un análisis más detallado al respecto.

*Infecciones de Transmisión Sexual y la Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar.*<sup>144</sup> Tal como se indica en el análisis comparado del marco jurídico realizado por Alina Ramírez en el seno del proyecto, la importancia de esta disposición radica en que “reconoce la relación entre violencia sexual e ITS (incluido el VIH) e incorpora el mandato de la obligación del Estado de brindar a las mujeres agredidas el apoyo necesario y a éstas su derecho a recibirlo y demandarlo”<sup>145</sup>. En **Guatemala** también se han promulgado dos nuevas leyes relacionadas con la violencia contra las mujeres: la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, de 18 de febrero de 2009, y la Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer, de 2 de mayo de 2008. En la primera de ellas destaca la consideración de la violación en la relación de pareja y la transmisión de ITS, como agravantes de la violación sexual. En la segunda, la inclusión en la definición de la violencia sexual de las acciones que vulneran el derecho de las mujeres a adoptar medidas de protección contra las ITS, incluido el VIH; según Alina Ramírez, “el alcance de esta definición aborda de manera directa uno de los puntos de intersección entre VCM y VIH, al reconocer las limitantes de las mujeres de negociar sexo seguro con su pareja, dadas las desiguales relaciones de poder entre los sexos”<sup>146</sup>.

No obstante lo anterior, en el análisis comparado del marco jurídico, Ramírez concluye que “en la legislación ordinaria de los países participantes en el proyecto, se evidencia la falta de un abordaje vinculante de la VCM y el VIH. Las leyes más importantes sobre VCM de estos cuatro países no incluyen la problemática del VIH como factor de riesgo frente a la epidemia. De igual forma, no se observa en las normas jurídicas sobre VIH la incorporación de la VCM como factor desencadenante de más violación de derechos para las mujeres viviendo con VIH. Superar este vacío implica ampliar la concepción del vínculo entre VCM y VIH, profundizando en las múltiples dimensiones que adquiere la violencia en la vida de las mujeres, no sólo como factor de riesgo para contraer el virus, sino también después del diagnóstico de VIH positivo”<sup>147</sup>.

En el ámbito de las políticas de equidad de género también ha habido algunos avances. En **El Salvador** se llevó a cabo la actualización de la Política Nacional de las Mujeres, siendo destacable en el nuevo documento la consideración del VIH y del sida y su incidencia en las mujeres como uno de los problemas de salud a atender. La Política Nacional reconoce además la especial vulnerabilidad que presentan las mujeres ante esta epidemia, señalándose que con frecuencia no son ellas quienes determinan la prevención al no estar en condiciones de negociar relaciones sexuales seguras. En este contexto, la promoción de prácticas sexuales saludables y la mejora en los procesos de prevención, detección, atención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y sida dirigidas a mujeres, forman parte de las medidas de salud integral contempladas en la nueva Política Nacional<sup>148</sup>. En **Guatemala** entró en vigor la Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM) y Plan de Equidad de Oportunidades (PEO) 2008-2023, pero en este caso el nuevo marco no presenta mejoras significativas respecto al anterior, en lo que a medidas específicas relacionadas con el VIH y el sida se refiere. En el caso de **Panamá**, al momento de realizar esta evaluación el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) se encontraba ultimando el diseño de la nueva política de igualdad de oportunidades la cual, de acuerdo con la información facilitada durante el trabajo de campo, incluirá un objetivo estratégico relacionado con el VIH y el sida dentro del área de salud.

---

<sup>144</sup> ISDEMU (2011): *Normativa Nacional para la Igualdad de Género*. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU). San Salvador, El Salvador.

<sup>145</sup> Ramírez, Alina (2012): Op. Cit.

<sup>146</sup> Ramírez, Alina (2012): Op. Cit.

<sup>147</sup> Ramírez, Alina (2012): Op. Cit.

<sup>148</sup> ISDEMU (2011): Op. Cit.

En los nuevos planes estratégicos nacionales multisectoriales sobre VIH y sida se han incorporado algunos elementos que merecen destacarse. En **El Salvador** el Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011-2015, hace un adecuado abordaje de la incidencia de las desigualdades de género en la vulnerabilidad ante la epidemia, planteando concretamente que *“la violencia contra las mujeres como expresión de estas desigualdades, constituye otro obstáculo para disminuir la incidencia del VIH e ITS, en la medida que la violación sexual, la coacción, la privación de la libertad, así como otras formas de violencia contra las mujeres, tanto en el ámbito doméstico como en el público, las exponen directamente a la infección, restringen su acceso a educación, al empleo, a recursos legales y sanitarios, entre otros, además de fomentar que las desigualdades se perpetúen”*<sup>149</sup>. En este contexto, el PENM considera a las mujeres usuarias de los servicios de atención a la violencia basada en género como una población específica dentro de la gran categoría Otras Poblaciones, y plantea que la primera línea de acción relacionada con este grupo debe ser la construcción de una línea de base de evidencia, a fin de planificar intervenciones específicas sustentadas. En **Guatemala** el Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida, 2011-2015 considera la transversalización de género dentro del marco de Derechos Humanos, contemplándose algunas intervenciones clave para hacer operativo dicho enfoque, entre ellas, el empoderamiento de las mujeres para reducir el riesgo de infección por transmisión sexual y la atención a un conjunto de factores que incrementan la vulnerabilidad ante las ITS o el VIH por razón de género, como la migración, la precariedad laboral y la violencia doméstica. En este contexto, uno de los efectos esperados de las estrategias de prevención es la disminución de la transmisión de VIH por violencia sexual, planteándose para ello incrementar el porcentaje de servicios de salud que brindan atención en profilaxis post-exposición. En **Panamá**, el Plan Estratégico Nacional Multisectorial de ITS, VIH y sida 2009-2014 no representa mejoras respecto a sus predecesores en términos de consideración del enfoque de género y de los vínculos con la VCM, estando ambos aspectos ausentes. No obstante, este instrumento está siendo objeto de revisión (evaluación de medio término), con el fin de hacer una reprogramación más realista hasta el año 2014, siendo factible que se incorporen algunos elementos relacionados con la protocolización de la profilaxis post-exposición al VIH.

En definitiva, podemos concluir que el **actual marco normativo y de política pública** de los países participantes en el proyecto, es **más favorable** que el vigente en 2007 de cara a amparar iniciativas que aborden de forma integradas el VIH y la VCM, aunque los avances -por lo general- se circunscriben a la relación entre VIH y violencia sexual (**Indicador S.1.1**). Es importante destacar también que en El Salvador y, de forma más incipiente, en Panamá, están en marcha sendos procesos de reforma de la ley en materia de VIH y sida, observándose en las propuestas una tendencia a hacer mayor énfasis en la garantía de los derechos humanos de las personas que viven con VIH y sida, que en los aspectos más salubristas del tratamiento de la epidemia. Otro aspecto digno de mención, es el acercamiento a la problemática del VIH y el sida desde las políticas de género que se ha producido en El Salvador, a raíz de la actualización de la Política Nacional de las Mujeres, y que se prevé en Panamá, en el marco de la nueva política de igualdad que actualmente se está elaborando.

---

<sup>149</sup> MISAL (2011): *Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la respuesta al VIH-sida e ITS, 2011-2015. Volumen I. Plan Estratégico*. Ministerio de Salud. El Salvador, marzo 2011.

## 1.6.2. Factores de carácter institucional y económico

### a) Abordaje integrado VIH y VCM por parte de las agencias internacionales especializadas y vinculación con actores clave del proyecto

Las principales agencias internacionales que tienen como mandato, o como parte del mismo, el abordaje del VIH y/o de la violencia contra las mujeres son, por un lado, el Programa Conjunto del Sistema de Naciones Unidas para el VIH y el SIDA (ONUSIDA), en torno al cual se articulan las iniciativas de once agencias del Sistema, entre ellas PNUD y OPS/OMS, habiéndose sumado el pasado mes de junio ONU Mujeres, y por otro lado, la propia ONU Mujeres, quien lidera en el ámbito multilateral la lucha contra la violencia de género, y la CIM, garante en el hemisferio del cumplimiento de la Convención de Belem do Para. En el contexto subregional, destaca además el Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (PASCA), de la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID).

Con relación al **ONUSIDA**, en abril de 2011 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Declaración Política sobre el VIH y el sida<sup>150</sup>, en la que se adoptaron diez compromisos de erradicación, entre ellos: *Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de mujeres adultas y jóvenes para protegerse a sí mismas frente al VIH, y Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por éste, a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales*<sup>151</sup>. En dicha Declaración los Estados Miembros se comprometieron a atender las necesidades específicas de las mujeres y las niñas; promover y proteger el pleno disfrute por las mujeres de todos los derechos humanos; reducir su vulnerabilidad ante el VIH, eliminando todas las formas de discriminación, explotación sexual y violencia contra las mujeres y las niñas; y, asegurar que las mujeres puedan ejercer su derecho a decidir sobre su sexualidad y su capacidad de protegerse del VIH.

En el plano operativo, el ONUSIDA en coordinación con UNIFEM, ahora **ONU Mujeres**, cuenta con “La agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH”, como instrumento para la aplicación de este marco de acción hasta el año 2014. La agenda se articula en torno a tres temas críticos: i) Conocer, comprender y responder a los efectos particulares y diversos de la epidemia de VIH en las mujeres y niñas, ii) Traducir los compromisos políticos en una acción ampliada que aborde los derechos y necesidades de las mujeres y niñas en el contexto del VIH; e iii) Un entorno propicio para el respeto de los derechos humanos de las mujeres y niñas y su capacitación, en el contexto del VIH<sup>152</sup>. En términos de acción regional, el tercer eje de programa del ONUSIDA para América Latina es Derechos Humanos y género, orientado a la incidencia en las políticas públicas. En las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, se

<sup>150</sup> Naciones Unidas (2011): *Declaración política sobre el VIH-SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA*. A/RES/65/277. Sexagésimo quinto periodo de sesiones de la Asamblea General. 8 de julio de 2011.

<sup>151</sup> ONUSIDA (2011): *Diez objetivos. Declaración política de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA de 2011. Objetivos y compromisos de erradicación*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el SIDA (ONUSIDA). Ginebra, Suiza.

<sup>152</sup> ONUSIDA (2010): *La agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Plan operativo para el marco de acción del ONUSIDA: abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el SIDA (ONUSIDA). Ginebra, Suiza.



reconoce que el tema de género cada vez tiene más peso en la región, siendo algunos indicadores de ello la incorporación de los Mecanismos de Igualdad en su agenda de trabajo como nuevos actores gubernamentales, y la ampliación de la plantilla de la oficina regional del ONUSIDA con tres nuevas personas para el área de género y DDHH.

Con relación al último tema crítico de la Agenda para la Acción Acelerada, y vinculado con el objetivo de la Declaración Política de 2011 relativo a la erradicación del estigma y la discriminación, destacar que el **PNUD** está desarrollando la iniciativa denominada Comisión Mundial sobre el VIH y la ley, con la finalidad de armonizar los marcos legales de los países con los principios en materia de derechos humanos y con una respuesta contundente al VIH<sup>153</sup>. A nivel centroamericano esta iniciativa se ha impulsado en dos de los países participantes en el proyecto: **Panamá y El Salvador**, a través de los denominados Diálogos Nacionales sobre el VIH y ley<sup>154</sup>, que han convocado a entidades gubernamentales y de la sociedad civil y también a personas viviendo con VIH y personas de los grupos más vulnerables. En el epígrafe anterior se señalaban los principales aspectos que desde el enfoque de género y derechos humanos de las mujeres, se prevén incorporar en la armonización de las normas jurídicas.

El Plan Regional de ITS y VIH para el Sector Salud 2006-2015 de la **OPS** reconoce, como ya se ha mencionado en el análisis de pertinencia, los vínculos existentes entre el VIH y las ITS y las desigualdades de género, el escaso poder de negociación de las mujeres en las relaciones sexuales y la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual en el ámbito doméstico. Contempla dos objetivos específicos al respecto, uno de ellos relacionado con la existencia en el sector salud de estrategias operativas para abordar los vínculos mencionados, y el otro focalizado en que los servicios sobre violencia doméstica tengan acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH /ITS. Pero, de acuerdo con la información recogida durante el trabajo de evaluación, los principales avances del Plan Regional se han dado en la integración del VIH en las políticas de salud sexual y salud materno-infantil. En la prestación de servicios se reconoce que el progreso es más lento, enfrentándose dificultades en la integración efectiva de los distintos servicios.

Para **ONU Mujeres** la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas es una de sus cinco áreas prioritarias de intervención, y en términos operativos, entre otras acciones, administra el Fondo Fiduciario de la ONU para Eliminar la Violencia contra la Mujer. Un contingente específico de los subsidios de este Fondo Fiduciario aborda la intersección entre violencia y VIH y sida, habiéndose apoyado hasta el momento intervenciones en países de Asia y África<sup>155</sup>. Desde que comenzó a operar en 1997, el Fondo Fiduciario ha entregado más de 70 millones de dólares a 339 iniciativas de 127 países y la campaña del Secretario General de la ONU “ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres”, ha establecido como meta conseguir 100 millones de dólares para los subsidios anuales del Fondo Fiduciario de la ONU hasta 2015<sup>156</sup>. Con relación a la campaña ÚNETE destacar que no explicita la consideración de los vínculos entre la VCM y el VIH, pero su tratamiento tiene cabida en los cinco

---

<sup>153</sup> Naciones Unidas (2012): *Unidos contra el SIDA: hacia la consecución de las metas establecidas en la Declaración política de 2011. Informe del Secretario General. A/66/757*. Sexagésimo quinto periodo de sesiones de la Asamblea General. 2 de abril de 2012.

<sup>154</sup> En Panamá este foro se llevó a cabo los días 5 y 6 de diciembre de 2011. En El Salvador se realizó el 13 de junio de 2012.

<sup>155</sup> ONU Mujeres (s/f): *Informe Anual 2010-2011*. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres). Nueva York, Estados Unidos.

<sup>156</sup> <http://www.unwomen.org/es/2011/09/un-trust-fund-to-end-violence-against-women-announces-usd-17-1-million-in-grants-to-groundbreaking-efforts-to-protect-women-and-girls/>

objetivos que persigue, siendo especialmente relevante el Objetivo 3. Fortalecer la recopilación de datos sobre el predominio de violencia contra las mujeres y las niñas.<sup>157</sup>

La **Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)**, entidad ejecutora del proyecto, cuenta actualmente con un Plan Estratégico para el periodo 2011-2016, mediante el cual se pretende operacionalizar el Programa Interamericano sobre Promoción de los Derechos Humanos de la Mujer y la Equidad e Igualdad de Género (PIA), adoptado el año 2000 por la Asamblea General de la OEA. El Plan está articulado en torno a cinco áreas programáticas, siendo una de ellas Derechos Humanos y Violencia contra las Mujeres, en la que no se hace mención explícita a los vínculos de estas dimensiones con la epidemia del VIH y del sida. Esta ausencia, si bien no lo impide, cuando menos no favorece la consideración inmediata de los derechos humanos de las mujeres víctimas de VIH y sida y de las intersecciones VIH/VCM, dentro de las acciones que se contemplan en el Plan para mejorar las garantías y la protección de los derechos humanos de las mujeres.

Por último, la lucha contra la violencia basada en género ha formado parte de las líneas de trabajo del Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (**PASCA/USAID**) desde su creación en el año 2008, pero es a partir de 2011 que esta preocupación toma la forma de una estrategia regional específica sobre violencia basada en género, violencia sexual y VIH. El propósito de la misma es “*apoyar la formulación e implementación de políticas que mejoren las condiciones de acceso y equidad a servicios integrales de prevención, atención y tratamiento profiláctico del VIH para todas las personas -incluyendo a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH- que han sido víctimas de violencia sexual*”<sup>158</sup>. Entre los resultados esperados se contemplan la implementación de programas multisectoriales de prevención, la disponibilidad de servicios integrales y amigables de atención y tratamiento profiláctico y la disponibilidad de mecanismos amigables y efectivos para la recepción de denuncias de violencia basada en género y violencia sexual. PASCA desarrolla actividades en el marco de esta estrategia en los tres países en los que el proyecto se ha llevado a cabo.

En **Panamá**, país donde la cooperación del PASCA es muy relevante<sup>159</sup>, las actividades están abocadas a identificar las barreras y dificultades que encuentran las víctimas de violencia sexual para acceder a la profilaxis post-exposición. En el marco del Programa Nacional de ITS, VIH y sida del Ministerio de Salud, se pretende elaborar un protocolo para violencia sexual que incluya todo tipo de víctimas, en especial las poblaciones de mayor riesgo. Se trata también de que el kit de emergencia (terapia post-exposición) pueda ser administrado en cualquier establecimiento de salud<sup>160</sup>. En **El Salvador** se ha iniciado un proceso de capacitación sobre los vínculos entre la violencia sexual y el VIH, dirigido a especialistas en atención de víctimas de violencia del Instituto Salvadoreño para el

---

<sup>157</sup> La campaña “ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres” fue emprendida en febrero de 2008 por el Secretario General de Naciones Unidas, con el fin de prevenir y eliminar la violencia contra mujeres y niñas en todas las partes del mundo. Se articula en torno a cinco objetivos, mediante los cuales, además de lo ya indicado como Objetivo 3, se abordan aspectos relacionados con la adopción y aplicación de las legislaciones nacionales (Objetivo 1) y de planes de acción multisectoriales (Objetivo 2), la sensibilización y movilización social (Objetivo 4) y la trata de violencia sexual durante conflictos (Objetivo 5).

<sup>158</sup> PASCA (2012): *Memoria del Conversatorio ‘Epidemia del VIH, violencia basada en género y violencia sexual en Panamá. Avances y desafíos en la construcción de una agenda conjunta para la prevención del VIH*. Documento mimeografiado. Panamá, marzo 2012.

<sup>159</sup> En palabras del Jefe del Programa de ITS, VIH y sida de Panamá, USAID es una de las agencias de cooperación con las que más coordinan, de forma tal que su Plan Estratégico está alineado al 80% con el PASCA.

<sup>160</sup> La norma médica actual concibe la profilaxis post-exposición sólo en caso de accidente laboral del personal de salud, estableciendo que tiene que ser administrada por un infectólogo. Esto supone un importante limitante para el acceso tanto en términos de establecimientos de salud como de horarios de atención.

Desarrollo de la Mujer (ISDEMU)<sup>161</sup>. Asimismo, está apoyando al Ministerio de Salud en la actualización de la guía para implementar la profilaxis post-exposición, con -entre otros- los propósitos de prevenir la infección por VIH en las víctimas de violencia sexual y facilitar el abordaje integral médico de la violación sexual. Se espera que con este proceso se logre mayor aproximación operativa entre el Programa de ITS, VIH y sida y el departamento ministerial que atiende violencia contra las mujeres. En **Guatemala** se ha iniciado el diálogo entre diferentes actores involucrados en la respuesta al VIH, mediante el cual se ha destacado la necesidad de operativizar el protocolo de profilaxis post-exposición, de fomentar la cultura de denuncia entre las poblaciones afectadas, y trabajar contra la discriminación, iniciando con la sensibilización del personal de los servicios de salud.

A modo de resumen, señalar que las **agencias internacionales** que tienen como mandato, o como parte del mismo, la lucha contra el VIH y el sida (ONUSIDA, OPS y PNUD) han adoptado en los últimos años estrategias institucionales e instrumentos operativos para abordar las relaciones entre el VIH y la VCM, aunque desde diferentes enfoques y ámbitos de acción (**Indicador S.1.2**). Un elemento añadido a favor es la reciente incorporación de ONU Mujeres a ONUSIDA, y la cada vez mayor importancia del trabajo con enfoque de género desde esta instancia inter-agencial. Otro actor relevante en el escenario centroamericano es **PASCA/USAID**, programa con una apuesta firme por mejorar la respuesta institucional a los vínculos entre el VIH y la violencia sexual, en la que están involucrados los ministerios de salud, algunos mecanismos de igualdad y entidades de la sociedad civil de los tres países participantes en el proyecto (**Indicador S.1.2**). Un punto aparte merece la **Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)**, entidad ejecutora del proyecto, cuyo Plan Estratégico 2011-2016 no hace consideración explícita a los vínculos del VIH y la VCM, pero contempla un área de trabajo, Derechos Humanos y Violencia contra las Mujeres, en el que tienen cabida acciones integradas de ambas epidemias.

#### b) **Evolución del presupuesto destinado a la prevención, atención y tratamiento del VIH y de la VCM**

De acuerdo con los datos suministrados por los informes MEGAS<sup>162</sup> disponibles, el gasto de la respuesta nacional al VIH y al sida se ha incrementado durante los últimos años de forma significativa en los tres países en los que se ha llevado a cabo el proyecto, especialmente en Guatemala y, en menor medida, en El Salvador, observándose una tendencia a la estabilización. En la Tabla 8 de la página siguiente se presentan algunos datos al respecto.

En **Guatemala** el gasto en la respuesta a VIH y sida se incrementó de 21.9 millones US\$ en 2005 a 43.6 millones US\$ en 2007 y 51.3 millones US\$ en 2008. En **El Salvador** pasó de cerca de 34 millones US\$ en 2005 a 43.7 millones US\$ en 2007 y 49.9 millones US\$ en 2010. En **Panamá** el comportamiento es ligeramente diferente, pues si bien también experimentó un importante incremento entre los años 2005 y 2007, pasando de 15,3 a 23,4 millones de US\$, la dimensión del gasto se mantiene más o menos estable a partir de esa fecha (21,1 millones US\$ en 2008 y 24,3 millones US\$ en 2010). De acuerdo con la opinión de los organismos especializados consultados durante el trabajo de evaluación, el impulso ha venido dado fundamentalmente por el Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, a lo que se han sumado los aportes de las agencias internacionales, sobre todo en compra de antirretrovirales. La dependencia de los fondos externos se

<sup>161</sup> ISDEMU además de ser el ente rector de las políticas de equidad de género, cuenta con el Programa Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, que brinda asesoría, acompañamiento y acogida a mujeres víctimas de violencia.

<sup>162</sup> Informes de Medición del Gasto en Sida (MEGAS) que los Ministerios de Salud elaboran periódicamente.

ha acentuado especialmente en **Guatemala** donde han pasado de representar el 13.0% del gasto en 2005 al 36% en 2008, año en que la participación de los fondos públicos se limita el 56%. En **El Salvador** la principal fuente de financiación es el sector público (75% del gasto), seguida de la cooperación internacional (23%). En **Panamá** la dependencia de los fondos externos apenas supone el 6% en 2010, presentando un fuerte componente de financiación privada interna (en torno al 30%), estimulada por la responsabilidad social corporativa de las empresas radicadas en el país<sup>163</sup>.

**Tabla 8. Evolución del gasto de la respuesta nacional al VIH y al sida (en US\$)**

|                    | AÑO  | TOTAL (*)  | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | INTERNACIONAL (%) |
|--------------------|------|------------|-------------|-------------|-------------------|
| <b>Panamá</b>      | 2005 | 15,260,993 | 81.0%       | 15.0%       | 4.0%              |
|                    | 2007 | 23,429,708 | 58.0%       | 39.5%       | 2.5%              |
|                    | 2008 | 21,077,738 | 56.0%       | 35.3%       | 8.7%              |
|                    | 2010 | 24,275,360 | 64.7%       | 29.0%       | 6.3%              |
| <b>El Salvador</b> | 2005 | 33,938,857 | 78.0%       | 2.8%        | 19.2%             |
|                    | 2007 | 43,769,000 | 75.0%       | 8.0%        | 17.0%             |
|                    | 2008 | 41,232,425 | s.i.        | s.i.        | s.i.              |
|                    | 2010 | 49,857,063 | 75.0%       | 2.0%        | 23.0%             |
| <b>Guatemala</b>   | 2005 | 21,868,378 | 58.0%       | 29.0%       | 13.0%             |
|                    | 2007 | 43.648.170 | 66.0%       | 7.0%        | 27.0%             |
|                    | 2008 | 51.349.561 | 56.0%       | 8.0%        | 36.0%             |

Fuentes:

- Programa Nacional ITS/VIH/SIDA (2011): *Medición del Gasto en Sida. MEGAS. 2010*. Ministerio de Salud / ONUSIDA / PASCA-USAID. Panamá, República de Panamá. Noviembre, 2011.
- Ministerio de Salud (2012): *Medición de Gastos en Sida. El Salvador. 2010*. Ministerio de Salud / ONUSIDA / PASCA-USAID. San Salvador, El Salvador. Marzo, 2012. (datos 2008 y 2010).
- Ministerio de Salud (s/f): *Medición del Gasto en Sida 2007*. Ministerio de Salud / CONASIDA / PASCA-USAID. San Salvador, El Salvador. (datos 2007).
- Ministerio de Salud (s/f): *Medición de Gastos en Sida. 2006*. Ministerio de Salud. San Salvador, El Salvador. (datos 2005).
- Ministerio de Salud Pública (2011): *Informe final de la Medición del Gasto en SIDA. Guatemala 2007-2008*. Ministerio de Salud. Guatemala. Junio, 2011.

Pero dado que en los países mencionados la epidemia de VIH y sida está calificada como 'epidemia concentrada', en las acciones de prevención, atención y tratamiento se priorizan determinados grupos de población en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad<sup>164</sup>; en concreto: hombres que tiene sexo con hombres (HsH), trabajadoras del sexo (TS) y, cada vez con más énfasis, transexuales femeninas. Las mujeres biológicas ni siquiera son consideradas población vulnerable, salvo en el caso de las mujeres embarazadas para prevenir la transmisión vertical de la epidemia. A criterio de algunos de los especialistas consultados, el presupuesto destinado a la lucha contra el VIH y el sida sigue una evolución marcada por las tendencias de las agencias cooperantes, que ilustra sobre los cambios respecto a los colectivos considerados prioritarios: "el grupo ejerce la presión y el cooperante marca las líneas de prioridad". Independientemente de la certeza de esta percepción, lo que si se ha podido constatar durante el desarrollo del proyecto es que los fondos de las agencias de cooperación han

<sup>163</sup> Programa Nacional ITS/VIH/SIDA (2011): *Medición del Gasto en Sida. MEGAS. 2010*. Ministerio de Salud/ONUSIDA/USAID-PASCA. Panamá, diciembre 2011.

<sup>164</sup> Las denominadas PEMAR (Poblaciones en Mayor Riesgo).

generado un escenario en el entorno de la sociedad civil en el que las mujeres biológicas no tienen una gran acogida, más bien al contrario, son vistas como la “competencia” que puede restar espacio, y recursos, a colectivos que actualmente han logrado posicionarse como prioritarios.

En relación con el presupuesto para la prevención, sanción y erradicación de la VCM, las consultas realizadas durante la evaluación ratifican la dificultad para conocer el monto de los fondos destinados a la atención de la VCM, ya señalada en el Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará<sup>165</sup>. Los Mecanismos de Igualdad consultados no pudieron facilitar información concreta al respecto. En el caso de **El Salvador**, se informó que el presupuesto total del ISDEMU experimentó un incremento del 30% en el año 2010, con una inyección de una millón de dólares adicionales, siendo los incrementos más modestos en los años sucesivos. Es de suponer que siendo la violencia contra las mujeres objeto de atención prioritaria en la Política Nacional de la Mujer, este incremento haya repercutido favorablemente en la asignación presupuestaria para las acciones destinadas a erradicar esta epidemia, pero no disponemos de datos que lo constaten. El INAMU de **Panamá** indica que no sólo se ha incrementado el presupuesto público (sin especificar la dimensión del incremento), sino también la financiación externa por organismos internacionales (en especial, UNFPA y AECID) que representaría en torno al 30% del presupuesto destinado a la lucha contra la violencia de género. No obstante, reconocen no disponer de los recursos que necesarios para implementar las acciones que configuran su plan de acción para la prevención y erradicación de la VCM.

En resumen, podemos decir que en los países en los que se ha llevado a cabo el proyecto se observa una tendencia favorable en lo que a disponibilidad de recursos para la lucha contra la epidemia de VIH y de sida se refiere, aunque en algunos casos como Guatemala, y en menor medida El Salvador, esta tendencia puede verse afectada en los próximos años por su dependencia de los fondos de cooperación. No obstante, este escenario no implica necesariamente una repercusión positiva en el abordaje de los vínculos del VIH y la VCM, ya que las mujeres no forman parte de los grupos que se priorizan como destinatarios de los fondos destinados a VIH y sida. Hay indicios de que el presupuesto destinado para la erradicación de la violencia contra las mujeres también se ha incrementado, pudiendo dar cabida a acciones específicas de abordaje integrado VIH y VCM siempre y cuando sus políticas al respecto consideren de alguna manera la relación entre ambas epidemias, como sucede en el caso de El Salvador (**Indicador S.2.2**).

### c) Trayectoria de incidencia política de las instancias de la sociedad civil vinculadas al proyecto para el abordaje conjunto de VIH y VCM

De las entidades de la sociedad civil involucradas directamente en el proyecto<sup>166</sup>, sólo dos podrían considerarse con cierta experiencia de trabajo integrado VIH y VCM antes de su vinculación al mismo. Se trata del Grupo Génesis Panamá +, cuya incipiente iniciativa se recoge en la recopilación de prácticas promisorias realizada en el marco del proyecto<sup>167</sup>, y de AMUGEN, entidad involucrada en la

<sup>165</sup> MESECVI/OEA (2012): Segundo informe hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belem do Pará. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Pará (MESECVI)/Organización de Estados Americanos (OEA). Washington, DC. Abril, 2012.

<sup>166</sup> Son las seis organizaciones beneficiadas con el Fondo Semilla: Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAF), Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM), Grupo Génesis Panamá +, ICW-Capítulo Panamá, Pastoral de Salud de la Diócesis de Verapaz (Guatemala) y Asociación de Mujeres Gente Nueva (AMUGEN), también de Guatemala.

<sup>167</sup> Barriga, Martha (2012): Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). Washington, DC. Junio, 2012.

investigación sobre las formas de violencia contra las mujeres que viven con VIH, realizada por el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLACM+)<sup>168</sup>. En consecuencia, el accionar político al respecto es prácticamente inexistente.

No obstante, algunas de estas organizaciones sí cuentan con trayectoria de incidencia política a favor de los derechos de las personas que viven con VIH y sida<sup>169</sup>, impulsando acciones de denuncia de su vulneración y/o formando parte de los espacios de articulación estado-sociedad civil existentes en relación con la respuesta al VIH y al sida. Tal es el caso de APLAFA y del Grupo Génesis Panamá +, en Panamá, y de la Pastoral de Salud de Verapaz, en Guatemala. Las dos organizaciones panameñas forman parte del Mecanismo de Coordinación de País (MCP) del Fondo Global de lucha contra el VIH y el sida, la malaria y la tuberculosis, APLAFA además es representante de la sociedad civil en la Comisión Nacional para la Prevención y Control del Virus de Inmunodeficiencia Humana (CONAVIH), mientras que Génesis+ forma parte de la Red Centroamericana de personas viviendo con VIH/sida (REDCA+), y tiene una presencia activa en los medios de comunicación denunciando el incumplimiento de la legislación o impulsando la adopción de nuevas normas o políticas. La Pastoral de la Salud de Verapaz es una organización basada en la fe católica, que se caracteriza por su posicionamiento a favor de los derechos de los pueblos indígenas, adoptando públicamente una postura crítica con respecto a la doctrina de la iglesia católica sobre la salud sexual y reproductiva y el VIH.

Es decir, tres de las seis organizaciones de la sociedad civil que han tenido mayor vinculación con el proyecto, cuentan con importante trayectoria de activismo político en el ámbito de los DDHH y el VIH, situándose en el extremo opuesto las otras tres: AMUGEN e ICW-Panamá, organizaciones de mujeres VIH+ cuya situación se analiza más adelante, y CEDEM entidad panameña con trayectoria en la atención a víctimas de violencia de género, que no contempla la incidencia dentro de su ideario, evitando tomar posiciones política a título institucional (**Indicador S.2.3**).

#### d) Apropiación de la Comunidad de Prácticas por parte de las entidades contrapartes y disponibilidad de recursos para su mantenimiento

La Comunidad de Práctica (CoP) fue planteada en el marco del proyecto como soporte virtual de las redes intersectoriales que se preveían crear, con el propósito de favorecer su funcionamiento como estructuras permanentes para el trabajo conjunto y el diálogo intersectorial; es decir, fue concebida como una fórmula para dar sostenibilidad al proyecto.

En la práctica, y al no haberse creado las redes, la CoP funge más como fuente de información, sobre todo mediante la biblioteca virtual, que como espacio de intercambio. Los datos analizados en la valoración de la Eficacia muestran que el mayor número de visitas se produjo en los últimos meses del proyecto, periodo coincidente con las principales actividades que implicaron convocatoria de actores (webconferencias, mesa redonda de lanzamiento, cursos de capacitación, participación en eventos sobre VIH de otras instituciones, etc.), observándose un paulatino descenso tras concluirse el proyecto, a partir del mes de febrero.

<sup>168</sup> Se trata de la investigación “Con nuestras palabras: Situación de las mujeres que vivimos con VIH en 14 países de América Latina”, publicada con el apoyo del Fondo Semilla del proyecto.

<sup>169</sup> Como ya se ha mencionado, la trayectoria de incidencia política no fue un criterio para seleccionar a las organizaciones de la sociedad civil beneficiarias del Fondo Semilla, a pesar del enfoque de derechos humanos con el que fue concebido el proyecto.

Dentro de los actores que han tenido una vinculación directa con el proyecto, y que tendrían mayor incidencia en la sostenibilidad del mismo, sólo algunos parecen conocer la existencia de la CoP. Se trata fundamentalmente de organismos internacionales (ONUSIDA, PNUD, OPS, UNFPA) y programas subregionales (PASCA y RedCA+), junto con algunas ONG, especialmente las que participaron en el encuentro realizado en La Antigua, Guatemala. En algunos casos como los de OPS y UNFPA, colaboraron al inicio de la conformación de la CoP, facilitando documentos (investigaciones, estudios, etc.), en otros participaron en alguna de las webconferencias realizadas en el marco del proyecto, aunque a veces no asocian estas actividades con la CoP. Pero como común denominador, podría decirse que los actores reconocen que no es un espacio en el que incursionen, ni interactúen con frecuencia.

En las entidades contrapartes del proyecto, entendidas éstas como los entes rectores de las políticas de salud y de equidad de género, al menos en los casos de El Salvador y Panamá donde pudieron ser consultadas específicamente al respecto, el grado de conocimiento de la CoP es aún menor, e incluso aquellas entidades que en su día participaron en alguna de las actividades organizadas, como el Ministerio de Salud y el INAMU de Panamá, hoy parecen haberse distanciado.

Este escenario está relacionado sin duda con la corta duración de la fase de arranque de la CoP<sup>170</sup>. En la Estrategia de Comunicación del proyecto, ya se llamaba la atención sobre la dificultad que ello supondría para que la red de personas participantes siguiese creciendo y mantuviese la interacción, proponiéndose para contrarrestarlo, entre otras cosas, la creación de un grupo virtual que permitiese el intercambio de mensajes de forma ágil y sencilla<sup>171</sup>

Atendiendo a esta propuesta se crea en febrero de 2012, ya fuera del marco temporal del proyecto, el Grupo Google VIH y Violencia, mediante el cual se genera un espacio en el que se comparte información de índole diversa, fundamentalmente sobre eventos, noticias de prensa y materiales elaborados por distintas instituciones (boletines, videos, informes, etc.). El Grupo tiene 54 miembros y acumula hasta agosto 143 mensajes, descendiendo desde los 34 de febrero hasta los 9 registrado entre el 15 de julio y el 15 de agosto. Pero, de acuerdo con la actividad observada durante los tres últimos meses, pareciera que esta iniciativa no está logrando su propósito de estimular/mantener la interacción. En la Tabla 9 de la página siguiente se recogen los datos del seguimiento efectuado durante el periodo comprendido entre el 15 de mayo y el 15 de agosto.

**Tabla 9. Seguimiento Grupo Google VIH y Violencia**

| Periodo            | Entradas           | Personas participantes | Frecuencia DVCN    |
|--------------------|--------------------|------------------------|--------------------|
| 15 mayo-14 junio   | 23                 | 6                      | 10 (43%)           |
| 15 junio-14 julio  | 18                 | 4                      | 9 (50%)            |
| 15 julio-15 agosto | 9                  | 3                      | 7 (78%)            |
| <b>Total</b>       | <b>50 entradas</b> | <b>8 personas (*)</b>  | <b>26 entradas</b> |

(\*) Esta cifra no es la suma aritmética de los datos previos, ya que algunas personas han interactuado en los tres periodos.

<sup>170</sup> Hay que recordar que la CoP se lanzó como tal en la última etapa de la ejecución del proyecto, en concreto en julio de 2011, siete meses antes del cierre formal de actividades.

<sup>171</sup> Estrategia de Comunicación. Proyecto "Integración de Políticas y Programa de VIH y V contra las Mujeres desde un enfoque d Derechos Humanos en Centroamérica". Documento elaborado a finales de 2011 por Martha Barriga y Carlos Guida.

Las cifras muestran que durante los tres meses de observación se han producido 50 entradas en el grupo (mensajes), activadas por ocho personas. Ninguna de estas personas pertenece a entidades del perfil de las contrapartes del proyecto, siendo la sociedad civil la procedencia que más se repite. Más de la mitad de las entradas han sido a iniciativa de DVCN, entidad que tuvo a su cargo la coordinación técnica del proyecto. La participación de DVCN ha ido ganando peso a la par que disminuía el número de participantes y, por ende, de mensajes, de forma tal que en el último periodo observado, 7 de las 9 entradas producidas han sido desde esta entidad.

En definitiva, los datos estarían indicando que la participación activa del grupo es muy escasa, sólo lo hacen 8 de las 54 personas que lo forman, y esa participación está siendo estimulada fundamentalmente por DVCN. Obviamente, los datos no indican el grado de participación pasiva; es decir, el número de personas que lee la información compartida, que sin lugar a dudas será muchísimo mayor. En cualquier caso, nos encontraríamos ante un instrumento que a pesar de haber sido incorporado a la CoP para propiciar el intercambio, está reforzando la utilidad de la CoP como espacio para acceder a información.

En otro orden de cosas, señalar que la puesta en marcha de la CoP, incluida la realización de actividades (webconferencias), elaboración de materiales (boletines, recopilación de prácticas promisorias...) y otros contenidos para alimentarla, supuso en términos económicos una inversión de en torno a US\$ 45.000. La mayoría de esta cantidad fue destinada a lo que podríamos denominar 'gastos de inversión', relacionados con la puesta a punto tecnológica de la CoP, y también a la recopilación de materiales para darle contenido inicial. El monto destinado al funcionamiento corriente asciende a un promedio de US\$ 1,100 al mes<sup>172</sup>, incluyendo el coste de web hosting y del mantenimiento actualizado de la CoP.

En términos de sostenibilidad de la CoP una vez concluido el proyecto, se preveía un escenario en que la labor de gestión sería realizada por personal de la propia Secretaría de la CIM, de forma tal que el único gasto para el que se requerirían recursos adicionales sería el coste de web hosting, cuyo monto en principio no parece poner en riesgo la supervivencia de la CoP. No obstante, al cierre del proyecto y con recursos del mismo, se formalizó la contratación de la consultoría ya mencionada, para activar y actualizar la CoP durante un periodo de ocho meses posteriores a la finalización del proyecto. Esto pareciera indicar que la propia CIM no está en condiciones de gestionarla y de mantenerla activa y actualizada con sus propios medios y personal.

Por otra parte, entre las tareas pendientes de la CoP están aquellas orientadas a favorecer el intercambio. De un lado, abrir el espacio de los foros disponibles y no habilitados, tarea que no ha sido retomada por falta de recursos, y de otro, la posibilidad de seguir realizado más Webconferencias. En ambos casos son instrumentos que difícilmente pueden quedar a disposición de un intercambio sostenido de experiencias e información, como el que se prevé, y sólo podrán ver la luz si son asumidos por la CIM o mediante el acuerdo con DVCN.

A modo de resumen podemos decir que el corto periodo de tiempo durante el que se impulsó la CoP y la no realización de actividades clave que le conferirían mayor sentido (creación redes intersectoriales),

---

<sup>172</sup> Cifra aproximada calculada a partir del monto de los últimos contratos firmados para el mantenimiento de la CoP: US\$ 4.600 para web-hosting durante el año 2012, y US\$ 6.000 para una consultoría encargada de activar y actualizar la CoP durante un periodo de ocho meses, fundamentalmente mediante el ingreso de nuevos documentos en la biblioteca virtual, el establecimiento de un grupo de socios y la elaboración de tres nuevos boletines electrónicos.



no han favorecido un mejor conocimiento, utilidad y apropiación de este espacio por parte de los actores clave del proyecto, quienes en el mejor de los casos lo utilizan como un medio de *acceso a información* (**Indicador S.2.4**). El Grupo Google creado fuera del marco temporal del proyecto para estimular la *interacción*, no logra articular un núcleo de participantes activos que dinamice el intercambio. En estas condiciones, la CoP requeriría todavía de un esfuerzo añadido, también en sentido económico, para reforzar durante algún tiempo su *interface* de espacio de trabajo conjunto y de diálogo intersectorial, fortaleciendo así su débil contribución a la sostenibilidad del proyecto. Pero el hecho de que su funcionamiento una vez concluido el proyecto se esté solventado financieramente con recursos del mismo, no alienta a pensar que la entidad ejecutora esté en condiciones de asumir este planteamiento.

Y como balance del aporte a la sostenibilidad de los factores institucionales y de carácter económico analizados, el panorama sería el siguiente.

**Desde los organismos internacionales la contribución es favorable** ya que el abordaje integrado del VIH y la VCM ya forma parte, de una u otra forma, del accionar de las principales agencias con mandato en la temática de VIH, quienes tienen incidencia en la respuesta institucional a esta epidemia principalmente desde el sector salud, aunque no sólo, y también en el rol de exigibilidad que le corresponde a la sociedad civil. Con la reciente incorporación de ONU Mujeres a ONUSIDA es de prever un mayor acercamiento a la relación entre el VIH y la VCM, también desde las instancias garantes/demandantes de la equidad de género. Además, los actores clave en la respuesta institucional a ambas epidemias tienen una vinculación estrecha con la estrategia de PASCA/USAID para abordar de forma integrada la violencia sexual y el VIH. En el caso específico de la CIM, su Plan Estratégico da cabida a continuar trabajando en la línea de mejorar las garantías y la protección de los DDHH de las mujeres VIH+.

**No lo es tanto en términos de disponibilidad de recursos económicos**, pues si bien los países participantes reflejan un incremento exponencial en el gasto en la respuesta al VIH y al sida, las mujeres no forman parte de los grupos priorizados como destinatarios de estos recursos, viéndose mermada la posibilidad de que este escenario económico repercuta favorablemente en el abordaje integrado VIH y VCM, más allá de los vínculos entre el VIH y la violencia sexual, dimensión del problema que si se prevé sea objeto de mayor y mejor tratamiento entre otras razones, porque su incidencia es muy evidente en grupos priorizados: mujeres trans, HsH y trabajadoras del sexo.

**Tampoco resulta favorable la contribución de la CoP** a la sostenibilidad del proyecto, pues la apropiación que tienen de ella los actores clave es muy débil, y las medidas de estímulo de la participación e interacción tomadas una vez concluido el proyecto, no han dado el resultado previsto. La CoP requiere todavía ser fortalecida como estructura permanente para el trabajo conjunto y el intercambio sustantivo entre actores, a fin de que pueda contribuir en alguna medida a dar continuidad a la labor emprendida por el proyecto. Pero no hay indicios de que la entidad ejecutora (CIM) tenga disponibilidad de recursos para hacerlo.

Por último, **el perfil de las entidades de la sociedad civil en términos de incidencia política**, podría calificarse -en algunas de ellas- como **potencial factor favorable**. Algunas de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas al proyecto cuentan con una importante trayectoria de acción política en el ámbito de los DDHH y el VIH, pero su acercamiento a los vínculos con la VCM es muy reciente y todavía débil (sensibilización). Ha surgido a raíz de su participación en el proyecto en unas pocas actividades realizadas al final del mismo, no habiendo oportunidad de generar y consolidar procesos de apropiación. Otras organizaciones no contemplan la acción política en su ideario, o no están en

condiciones de hacerla. La trayectoria de incidencia no formó parte de los criterios de selección de las entidades de la sociedad civil vinculadas al proyecto.

### 1.6.3. Factores sociales

#### a) Grado de involucramiento de las representantes de las titulares de derechos

Como ya se ha mencionado, el proyecto no contempló una línea de trabajo específica, ni previó inicialmente actividades concretas dirigidas a las organizaciones de la sociedad civil que representan a las mujeres víctimas de VIH y de violencia de género. Tampoco obedeció a un modelo de gestión en el que tuviesen cabida otros actores más allá de la propia entidad ejecutora.

En consecuencia, las titulares de derechos han estado involucradas en el proyecto de forma puntual e intermitente, fundamentalmente bajo tres modalidades: Una a través de las organizaciones de mujeres VIH+ y de atención a la violencia de género que fueron consultadas durante los procesos de elaboración de los mapeos de actores y análisis situacionales, realizados en las primeras etapas del proyecto. En este caso, su participación fue básicamente como informantes, sin mayor conocimiento ni involucramiento alguno en relación con el proyecto.

La segunda fórmula fue mediante las seis organizaciones de la sociedad civil beneficiarias del Fondo Semilla, todas ellas representantes de uno u otra forma de las mujeres víctimas de violencia y de VIH, y dentro de este grupo, por su especificidad, destacan dos de ellas: AMUGEN e ICW-Panamá. Como ya se indicó en el análisis de eficacia, el apoyo del proyecto a estas dos organizaciones tuvo como resultado una mayor visibilización de las mujeres VIH+ y de las distintas expresiones de violencia que sufren, contribuyendo también a formalizar su status como organización. Pero en términos de involucramiento con el proyecto, fue una participación puntual, concreta y como meras beneficiarias directas o indirectas, dependiendo del perfil de la organización, de unos recursos.

Y la tercera modalidad fue por medio de las organizaciones participantes en los dos cursos de sensibilización-capacitación realizados, así como en el encuentro final de difusión de resultados del proyecto. También en este caso fueron participaciones puntuales, fundamentalmente como asistentes a como máximo un par de eventos aislados y de corta duración.

En definitiva, **ninguna de estas tres fórmulas generó condiciones para que** las organizaciones que representan a **las mujeres VIH+ y víctimas de violencia, pudiesen tener algún grado de participación** en las decisiones de cualquier tipo del proyecto (**Indicador 3.1**) de cara a favorecer la sostenibilidad del mismo.

## 1.7. CONCLUSIONES

### 1.7.1. Conclusiones sobre la pertinencia

La pertinencia del proyecto se estima en función de: (i) su alineamiento con las prioridades de la CIM y con las normativas nacionales y el marco político-estratégico de los sectores afectados; (ii) si conoce y

responde a la problemática de los colectivos e instituciones beneficiarias; (iii) si actúa en los países en los que la problemática relacionada con el VIH y la VCM es más acuciante y con los actores idóneos, y iv) si en las fases iniciales se contó con los actores clave.

Tras la valoración de estos tres elementos, podemos concluir que el comportamiento del proyecto difiere si el marco de referencia es el contexto político-estratégico en el que se insertaba, o si lo es la problemática sobre la que pretendía incidir y las necesidades e intereses que los colectivos beneficiarios presentaban al respecto. Asimismo, se evidencia la vinculación de la OPS al proyecto como un determinante de la pertinencia y viabilidad del mismo, tanto en términos de alineamiento con el contexto político-estratégico, como de congruencia con la problemática a abordar y la situación de los colectivos beneficiarios.

Considerando el **contexto político-estratégico**, el proyecto estuvo alineado con las prioridades de actuación de la CIM y, en menor medida, con las estrategias y prioridades sectoriales en los países participantes y en el ámbito supranacional. Cuando se concibió el proyecto, la incidencia del VIH en las mujeres del hemisferio, los aspectos de género de la epidemia y sus vínculos con la violencia contra las mujeres formaban parte del programa de trabajo de la CIM, siendo además objeto de la Declaración de San Salvador: Género, violencia y VIH, aprobada en 2007. Dado el perfil y la *expertise* institucional de la CIM, el alineamiento del proyecto se refuerza con la prevista asociación con la OPS, como agencia de la OEA especializada en VIH y sida, e interlocutora natural y legitimada ante los Ministerios de Salud.

La asociación interagencial CIM-OPS revestía mayor relevancia de cara sustentar la pertinencia del proyecto, si tenemos en cuenta el distinto escenario que configuraban las estrategias y prioridades sectoriales, muy desigual en su acercamiento entre VIH y VCM. Había mayor claridad de los vínculos existentes entre ambas epidemias en la respuesta al VIH y al sida (sector salud), que en la respuesta a la violencia contra las mujeres (sector género), donde el VIH estaba prácticamente ausente. O dicho de otra manera, el proyecto tuvo un alcance por encima de los marcos político-normativos de equidad de género vigentes en los países, siendo su consonancia mayor con las estrategias y prioridades en materia de VIH y sida, reforzándose así la idoneidad del trabajo asociado con OPS y la coordinación con el sector salud. Dicho esto, también es necesario señalar que el proyecto planteaba un abordaje de las relaciones entre el VIH y la VCM más ambicioso incluso que la política regional de la OPS.

Considerando la **problemática a abordar y situación de los colectivos beneficiarios** al respecto, la pertinencia se debilita significativamente. El proyecto no contó con un diagnóstico previo y no se identificaron los problemas y necesidades de los colectivos beneficiarios directos (agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil) que se preveían abordar con sus acciones. El mapeo de actores y análisis situacional que se incorporaron al proyecto como primeras actividades, no lograron suplir estas carencias. De cara a la pertinencia del proyecto, esta debilidad en el diseño adquiere especial relevancia en combinación con lo concluido en el epígrafe anterior. El proyecto supuso una intervención novedosa, un reto en un contexto hasta cierto punto desconocedor del enfoque y la estrategia que propugnaba (intersección entre el VIH y la VCM), y aún así se planteó sin un diagnóstico previo de las condiciones que presentaban sus principales actores: los colectivos beneficiarios directos.

Un elemento claramente favorable a destacar es la idoneidad de los tres **criterios de focalización** de países cuya aplicación, aunada al mayor alineamiento del proyecto con el contexto político-estratégico en materia de VIH y de sida de El Salvador, Nicaragua, Honduras y, en menor medida, Guatemala, derivó en una muy pertinente selección geográfica. No obstante, y por motivos de distinta naturaleza, el proyecto vio interrumpido su desarrollo en los tres países con mejores condiciones de partida para hacerlo. Respecto a la selección de actores, la idoneidad de los criterios utilizados se debilita en el caso de las entidades de la sociedad civil por no considerarse como criterio la capacidad y trayectoria

de incidencia política, a pesar de la trascendencia de este rol de la sociedad civil en un contexto de promoción y defensa de los derechos humanos de las mujeres víctimas -o en riesgo- de infección de VIH y de VCM.

El nulo **involucramiento de los colectivos beneficiarios y de otros actores relevantes** en las fases iniciales del proyecto (diseño, formulación y planificación) impidió que las debilidades señaladas, en cuanto a conocimiento del contexto y de los colectivos beneficiarios, pudiesen verse atenuadas en alguna medida con los aportes de determinadas entidades clave como los Ministerios/Institutos de la Mujer, los Ministerios de Salud, las organizaciones de la sociedad civil que representan a las mujeres víctimas y defienden sus derechos, y muy especialmente la OPS, considerada socia natural de la CIM para el abordaje conjunto de los vínculos VIH/VCM. No se establecieron acuerdos previos formales de colaboración con la OPS, ni tampoco con los Mecanismos de Igualdad, por lo que la ejecución se inició sin tener garantizado el apoyo y la participación de estas instituciones, restando pertinencia al proyecto y poniendo en riesgo su viabilidad. En esta misma línea, señalar que el proyecto no contó con entidades contrapartes propiamente dichas, las entidades inicialmente previstas en este rol, Ministerios de Salud y Mecanismos de Igualdad, tuvieron un papel de meras informantes.

La ejecución del proyecto, a pesar de lo señalado en sentido opuesto en los documentos de formulación, se perfiló como **un ejercicio desarrollado de forma casi exclusiva por la CIM, más próximo al proceso de elaboración de un producto (asistencia técnica) que al de un proyecto**, sintiéndose la ausencia de piezas clave como: *(i)* beneficiarios claramente identificados y con su problemática caracterizada; *(ii)* relaciones de colaboración con socios clave —como la OPS— garantizadas; y *(iii)* entidades contrapartes —mecanismos de igualdad y ministerios de salud— involucradas.

#### 1.7.2. Conclusiones sobre la coherencia interna

La valoración de la coherencia interna se basa en la idoneidad de la estrategia prevista y en la calidad técnica de la cadena de resultados de desarrollo del proyecto.

A su vez, la **idoneidad de la estrategia adoptada** por el proyecto es analizada a dos niveles: en el paso del propósito al fin último, considerando la coherencia existente entre ambos objetivos, y en el paso de productos a propósito, considerando si los productos planteados son adecuados y suficientes para lograr el propósito. Al respecto se concluye que el proyecto se sustenta en una estrategia idónea, pues el abordaje de los vínculos del VIH y la VCM en las respuestas institucionales a ambas epidemias (propósito del proyecto) se considera un vía válida y coherente para contribuir a reducir la prevalencia del VIH y de la violencia de género en las mujeres (fin del proyecto). Sin embargo, los tres productos que se contemplan, centrados fundamentalmente en el desarrollo de modelos de políticas y programas integrados VIH/VCM, no parecen suficientes para lograr el propósito planteado. Se requiere además incidir en los actores clave involucrados en dichos modelos, tanto facilitadores de respuestas integradas VIH/VCM, como demandantes de las mismas, para generar en ellos, por un lado, conocimiento y comprensión de los vínculos entre el VIH y la VCM como paso previo para dar respuesta eficaz a dichos vínculos e implementar nuevas políticas y programas integrados. Por otro, fortalecer los espacios de articulación de las destinatarias últimas del proyecto, las mujeres VIH+, y su posicionamiento en la sociedad civil, como condiciones necesarias para la exigibilidad de sus derechos.

En la valoración de la **calidad técnica de la cadena de resultados** se considera cómo y bajo qué supuestos el proyecto pretendía lograr sus productos y propósito, y cómo había previsto medirlos. Esta valoración del diseño se efectúa con base en tres aspectos técnicos: la linealidad de la cadena de

resultados (relación actividades, productos, propósito, fin), la suficiencia de la lógica planteada (coherencia de la 'teoría del programa'), y la calidad de los indicadores e hipótesis del proyecto.

Tal como fue diseñado, el proyecto representa una lógica vertical coherente (relación medios-fines) entre actividades, productos, propósito y fin. Esta 'cadena de resultados' es sin embargo insuficiente entre actividades y productos, y especialmente entre los productos y el propósito. Esto significa que el proyecto está diseñado de manera adecuada para elaborar unos determinados **productos** bajo la perspectiva de una asistencia técnica externa, y para ofrecerlos a los actores clave implicados en la respuesta institucional al VIH y a la VCM. Ahora bien, sus actividades y los tiempos asignados, en particular las de consulta y validación, son insuficientes si se consideraran en el marco de un proyecto cuyas acciones apelan a la colaboración y el consenso con los socios clave.

En el siguiente nivel, esta 'cadena de resultados' se desenvuelve con menos suficiencia todavía si tomamos como referencia el **propósito** establecido. En el paso del Perfil de Proyecto al Documento de Proyecto se reformuló al alza el propósito porque era similar a uno de los productos. Sin embargo, tras fijar como referencia un nuevo propósito no se acometió una reconsideración de los productos y de las actividades ya establecidas. Con ello se comprometía la suficiencia del proyecto para pasar de la *oferta* que podía realizar en el Perfil de Proyecto (desarrollar modelos) a actuar en el espacio de la *demanda* de los socios clave en el proyecto definitivo (cambios en sus modelos de atención).

Con un nuevo propósito más ambicioso, los productos y las actividades heredadas del Perfil del Proyecto resultaron insuficientes y demasiado breves para las tareas de aunar acuerdos o de formación que tienen encomendadas, con lo que, en la práctica, la lógica de avance en la teoría del programa pasó a descansar en **hipótesis** no muy realistas acerca de apoyos y colaboraciones de terceros actores (OPS y Ministerio de Salud). Consideradas hipótesis críticas y algunas bajo la capacidad de control de la entidad ejecutora, no se contempló si ameritaría integrarlas en el proyecto con actividades o productos complementarios para fortalecer la lógica de intervención y aminorar el riesgo de un comportamiento negativo de las mismas. La dependencia del proyecto de este tipo de colaboraciones institucionales y apoyos no garantizados minó la suficiencia del diseño planteado.

Finalmente, podemos hablar de **indicadores** relevantes y sensibles al fenómeno que pretenden medir, destacando positivamente los indicadores del producto 2 relacionado con la formación de personal, y con más falencias los del producto 3 relativos al intercambio de información y buenas prácticas. Varios indicadores presentan algunos problemas en su medición temporal, no muy realista y fuera del marco de ejecución del proyecto, y algunas incoherencias en su cuantificación.

A modo de recapitulación, y en relación con la **coherencia interna del proyecto**, la evaluación concluye que ésta se ve **debilitada** fundamentalmente en los niveles de actividades a productos y de estos al propósito. Los desajustes identificados se relacionan, desde el punto de vista estratégico, con la ausencia de un diagnóstico previo de los problemas y necesidades de los colectivos beneficiarios que hubiese permitido asegurar una mayor adecuación y suficiencia de los productos previstos en el proyecto, y desde el punto de vista técnico, a la carencia del diagnóstico previo se suma un proceso de reformulación en el que, con todo acierto, se revisaron los objetivos del proyecto, pero sin la necesaria reconsideración de productos y actividades.

---

### 1.7.3. Conclusiones sobre la eficiencia

La eficiencia del proyecto se valora atendiendo a: (i) la calidad de la gestión técnica, que comprende la realización en tiempo y forma de sus actividades, y la pertinencia y utilidad de sus reprogramaciones; (ii) la calidad de la gestión financiera, esto es, la utilidad del marco presupuestario en la gestión por

actividades y resultados, incluidos el grado de ejecución y las desviaciones en el presupuesto, y la proporcionalidad de los gastos, y (iii) la relevancia, oportunidad y uso de la información obtenida con el sistema de monitoreo de proyecto

Dos factores destacan como determinantes de la **calidad de la gestión técnica** y, por añadidura, de la eficiencia del proyecto. Se tratan de su ejecución entrecortada por países y la existencia de un periodo intermedio de unos 15 meses de muy bajo nivel de implementación sobre un total de 42 meses de actividad. La consecuencia práctica es que el proyecto nunca tuvo un horizonte de gestión más allá de 10 meses y fue ejecutado en distintos tramos en países sucesivos, no en todos a un tiempo. En tales condiciones no es fácil abordar las actividades como un todo integrado, en toda la extensión y con el tiempo que se requería en cada país.

En ese marco, la ejecución de las actividades en la forma prevista tuvo serias dificultades. De hecho, no pudieron efectuarse 6 de un total de 15 actividades programadas, frustrándose entre otras acciones la validación experimental o la creación de redes intersectoriales que apoyarían la aplicación del modelo nacional de atención integrada VIH-VCM. Sólo las relativas al sistema de intercambio de información (producto 3) presentan un nivel de realización satisfactorio. Otro grupo de actividades cambiaron de enfoque: dos cursos de sensibilización ocuparon el lugar de la formación de formadores, la publicación de un documento sobre la materia sustituyó a la integración de estándares éticos de atención en las organizaciones, y el desarrollo de herramientas para la atención integrada fue reemplazado por la concesión de Fondos Semilla a 6 entidades de la sociedad civil para ejemplificarlas. Finalmente, la ejecución discontinua desconectó unos productos de otros, lo que queda de manifiesto en la poca utilidad de la inversión realizada en los Análisis de Situación y los Mapeos de Actores como insumo para los modelos, a lo que habría que sumar su pobre calidad y funcionalidad.

En cuanto a la ejecución en los tiempos previstos, es meritorio que el proyecto haya cubierto en su recta final un buen bloque de actividades en dos países. Esto fue posible gracias a un enfoque más ejecutivo y, por tanto, menos consultivo y coordinado —contraviniendo de algún modo lo previsto inicialmente en el proyecto— y en consecuencia, menos validado con los destinatarios finales. También, gracias a una orientación hacia la sociedad civil como destinataria última, más fácil de movilizar y de apoyar, en detrimento de los garantes de derechos, destinatarios priorizados en un inicio, con los que no se consiguió trabar una estrecha relación de trabajo.

Respecto a las reprogramaciones técnicas, lo más destacado se relaciona con la efectuada en junio de 2010, en la que se mantuvo el mismo alcance y enfoque en sus actividades tras dos años sin grandes avances y sin haber cuajado ningún acuerdo de colaboración con los socios clave, desaprovechándose la oportunidad de cuestionar la factibilidad de acometer el grueso del proyecto en menos tiempo del previsto inicialmente. Una segunda reprogramación técnica (salida de dos países y entrada de uno como sustituto) no fue acompañada de una reprogramación financiera que explicase la descompensación entre los recursos previstos para cuatro países y una ejecución del proyecto en su mayor parte en tan solo tres países.

Con relación a la **calidad de la gestión financiera**, el proyecto estimó dos presupuestos, uno inicial y uno segundo a partir de la reprogramación de junio de 2010. Las desviaciones en el gasto previsto *versus* el ejecutado a nivel de tareas, actividades y de productos permiten concluir que tales presupuestos no han servido de hoja de ruta a la gestión financiera del proyecto. Esta obedece más bien a una gestión del presupuesto como delimitador de un gasto general —que, por otra parte, respetó escrupulosamente— pero no por actividades o productos; y revela una mejorable coordinación entre la gestión técnica y la financiera.

La proporcionalidad del gasto nos permite interpretar que el proyecto ha concentrado casi el 90% de su inversión en generar conocimiento (28%) y difundir esa información (30%), bajo un enfoque de asistencia técnica externa especializada (30%), a modo de coordinación de los productos elaborados. Esto evidencia una reorientación del proyecto que, por la naturaleza de su propósito -implementar un nuevo modelo- debería haber tenido un fuerte componente de inversión en desarrollo de capacidades.

Acercas de la **relevancia del sistema de monitoreo**, la evaluación concluye que tanto los mecanismos estandarizados por el DPE para el seguimiento general de los proyectos en la OEA, como los diseñados por el propio proyecto, constituyen una base adecuada para esta función. Ahora bien, la utilidad de tal sistema queda cercenada cuando sus mecanismos, fundamentalmente los IPEP, no llegan a aplicarse en los momentos previstos, ni con la debida diligencia. En este escenario, los Informes de Verificación no parecen tener incidencia en una mejor práctica de seguimiento. En relación con el uso de la información obtenida durante el monitoreo, ésta ha sido formal pero no estratégica. En el segundo IPEP se formalizó la decisión de extender el proyecto por un año más, pero no se barajaron fórmulas de rediseño más profundas —como rebajar su alcance— a tenor de la experiencia de dificultades para concretar logros en etapas precedentes.

Por su parte, los mecanismos de monitoreo interno diseñados no pasaron de ser una propuesta teórica de calidad. Ante la ausencia de informes globales, tanto internos, como el IPEP oficial, este último año del proyecto, el de mayor nivel de actividades implementadas, transcurre sin un reporte intermedio hasta la presentación de los resultados finales. Así las cosas, el mecanismo de monitoreo no cumplió su función de informar sobre la reorientación del proyecto en este periodo (realización de nuevas actividades, y no ejecución de otras de calado para el propósito del proyecto, por no ser ya factible)

Como conclusión, el proyecto ha tenido un **bajo desempeño en eficiencia** mermado por la baja ejecución en tiempo y forma de una buena parte de sus actividades, con serias lagunas en su supervisión y para informar oportunamente de tales dificultades. En todo esto ha tenido una incidencia muy relevante un vacío prolongado en la gestión del proyecto y su coordinación efectiva, y una implementación no secuencial, sino por tramos de alguna forma independientes. Esto, además de afectar a la eficiencia del proyecto (nivel de actividades) termina por incidir en los logros del mismo (nivel de resultados), como se observa en la valoración de la eficacia.

---

#### 1.7.4. Conclusiones sobre la eficacia

Para la valoración de la eficacia se han considerado los cambios o mejoras generados por el proyecto a tres niveles: (i) en las políticas sectoriales; (ii) en las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil beneficiarias; y, (iii) en las mujeres víctimas de VIH y VCM, destinatarias últimas del proyecto.

Como primer apunte antes de concluir acerca de la eficacia del proyecto, recordar que **los previstos modelos nacionales de políticas y programas integrados de VIH y VCM no llegaron a elaborarse** como tales, ni —por ende— a aplicarse experimentalmente, por lo que no pudieron producirse los cambios o efectos esperados de su implementación. El proyecto sí ha producido un documento que se denomina modelo, pero que responde más bien al formato de guía de orientaciones para el abordaje integrado de VIH y VCM. Este documento se ha concluido en dos de los tres países donde se inició su elaboración, Guatemala y Panamá, sin ser adoptado por los respectivos entes rectores en materia de salud y de género. De carácter más teórico que operativo, siendo el producto final más relevante del proyecto, el documento es percibido por actores clave como el punto de partida del mismo.

En este contexto, y con relación a los **efectos en las políticas sectoriales** podemos concluir que los que se han producido son de carácter indirecto. Tienen que ver con el establecimiento de sinergias con iniciativas impulsadas desde otras organizaciones, para posicionar aspectos de la epidemia del VIH y/o de sus vínculos con la VCM en determinados procesos de elaboración de política pública, como la reforma de la ley sobre VIH y la política nacional de igualdad, en ambos casos en Panamá.

El principal efecto **en las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil**, junto con otros actores clave, es haber generado una masa crítica informada y con frecuencia sensibilizada sobre los vínculos existentes entre el VIH y la VCM. A ello han contribuido prácticamente todas las actividades llevadas a cabo, pero especialmente los dos cursos de capacitación y la difusión del conocimiento generado en el marco del proyecto (estudio sobre el marco legal, documento de consideraciones éticas, prácticas promisorias, incluso los propios ‘modelos’), a través de la Comunidad de Prácticas y del evento final de difusión de resultados. En el ámbito de la sociedad civil hay que añadir algunos pequeños cambios producidos no por el modelo de políticas y programas integrados como estaba previsto, sino a raíz de las iniciativas apoyadas con un Fondo Semilla que se incorporó al proyecto en su fase final. Creado para favorecer el desarrollo de herramientas de trabajo en línea con el abordaje integrado del VIH y la VCM, de las seis organizaciones apoyadas, sólo dos adaptaron herramientas para mejorar sus servicios de atención a mujeres víctimas de VIH o de VCM. Todas, de una u otra forma, desarrollaron pequeñas iniciativas de difusión y sensibilización más acordes con el rol de fomentar la exigibilidad de derechos, que le corresponde a la sociedad civil.

Los cambios que se han producido **en las mujeres víctimas de VIH y VCM** no tienen su origen en las mejoras que se preveían incorporar en los servicios de atención, ya que en las dos organizaciones que introdujeron cambios en ese sentido, todavía no han tenido los efectos esperados. En todo caso, siempre tendrán un alcance sensiblemente inferior que si operasen en instituciones garantes de los derechos (ministerios de salud, mecanismos de igualdad). En la práctica, el proyecto ha influido en mayor medida, no en mejorar la atención dada a las mujeres víctimas de VIH, sino en su visibilización como colectivo y en cierto fortalecimiento organizativo en el caso de dos entidades.

Por último, en términos de **productos tangibles**, además de los documentos de orientaciones para el abordaje integrado de VIH y VCM, ya mencionados, al final del proyecto también se cuenta con otros tres documentos que aunque su realización no estuvo contemplada -en un caso- o no responden al contenido con el que fueron previstos -en los otros dos casos-, sin duda son una importante contribución a la generación de conocimiento sobre los vínculos existentes entre el VIH y la VCM. En concreto, se trata de los siguientes documentos: i) Análisis comparado del marco jurídico sobre VIH y VCM desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica; ii) Consideraciones éticas para la respuesta integrada a los DDHH, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica; y, iii) Prácticas promisorias por el manejo integrado de VIH y violencia contra las mujeres. Los dos primeros publicados en español y en inglés.

En definitiva, podemos concluir que ni los productos ni los efectos logrados por el proyecto se corresponden con lo esperado, por lo que la **valoración de la eficacia no es satisfactoria**. Pero es importante destacar que el proyecto constituyó el inicio de un camino que, por diversas circunstancias, no pudo ser recorrido. En esos primeros pasos el proyecto consiguió ser un dinamizador de la reflexión y el debate sobre una problemática novedosa, los vínculos entre el VIH y la VCM, contribuyó a sensibilizar al respecto a muchos actores, ha aportado conocimiento que favorece la comprensión de dicha problemática, y deja —sin herederas concretas— un instrumento con orientaciones para dar respuesta de forma integradas a ambas epidemias.



### 1.7.5. Conclusiones sobre la sostenibilidad

Teniendo en cuenta las características de los resultados logrados por el proyecto, más que sostenibilidad de efectos, la evaluación ha centrado su mirada en valorar las condiciones para la continuidad de lo emprendido.

Los factores considerados en esta valoración han sido de tres tipos: (i) los relacionados con el contexto político-normativo en el que concluyó el proyecto; (ii) los relacionados con las instituciones vinculadas de una y otra forma al mismo, en especial organizaciones internacionales y entidades nacionales clave en la respuesta al VIH y a la VCM; y; (iii) los de carácter social, relacionados con las destinatarias últimas del proyecto; es decir, las mujeres víctimas de VIH y violencia de género. El proyecto presenta un comportamiento diferente con relación a cada uno de estos tres tipos de factores, e incluso al interior de algunos de ellos, como se desarrolla a continuación.

Tras la valoración de los cambios que se están gestando o que se han producido en los últimos años en la normativa sobre VIH y sida y sobre prevención, sanción y erradicación de la VCM, así como en las nuevas políticas nacionales de igualdad y en los nuevos planes estratégicos sobre VIH y sida, podemos concluir que el **actual marco normativo y de política pública** de los países participantes en el proyecto, es **más favorable** que el vigente en 2007 de cara a amparar iniciativas que aborden de forma integrada el VIH y la VCM, aunque los avances -por lo general- se circunscriben a la relación entre VIH y violencia sexual. No obstante, están en marcha procesos de reforma legal en materia de VIH y sida, en los que se observa una tendencia a hacer mayor énfasis en la garantía de los derechos humanos de las personas que viven con VIH y sida que en los aspectos más salubristas del tratamiento de la epidemia. Otro aspecto relevante es el acercamiento a la problemática del VIH y el sida desde las políticas de género que se ha producido en algunos países lo cual, si bien no implica que se reconozca la relación entre el VIH y la VCM, es un importante avance en tanto significa que la epidemia del VIH está incursionando en la agenda política de género.

El comportamiento de los factores relacionados con la respuesta institucional al VIH y a la VCM difiere, dependiendo del aspecto en cuestión. Desde los **organismos internacionales** la contribución a la sostenibilidad **es favorable** ya que el abordaje integrado del VIH y la VCM ha pasado a formar parte, de una u otra forma, del accionar de las principales agencias con mandato en la temática de VIH. La Declaración Política sobre el VIH y el sida, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en abril de 2011, y la “La Agenda para la Acción Acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH”, de ONUSIDA son dos ejemplos de ello. De cara a la sostenibilidad del proyecto, esta circunstancia reviste mayor relevancia dado que los marcos programáticos de las agencias especializadas son referentes de la respuesta institucional al VIH en los países, principalmente desde el sector salud, aunque no sólo, y también del rol de exigibilidad que le corresponde a la sociedad civil. En este mismo sentido, la reciente incorporación de ONU Mujeres a ONUSIDA hace prever un mayor acercamiento a la relación entre el VIH y la VCM, también desde las instancias garantes/demandantes de la equidad de género. Además, los actores clave en la respuesta institucional a ambas epidemias tienen una vinculación estrecha con la estrategia impulsada por PASCA/USAID para abordar de forma integrada la violencia sexual y el VIH.

En el caso específico de la **Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)**, entidad ejecutora del proyecto, su Plan Estratégico, en concreto el área programática denominada Derechos Humanos y Violencia contra las Mujeres, da cabida a continuar trabajando en la línea de mejorar las garantías y la protección de los DDHH de las mujeres VIH+.

Dentro de la respuesta institucional al VIH y a la VCM otro aspecto relevante de cara a la continuidad de lo logrado, es la **disponibilidad de recursos económicos**. La valoración al respecto es **medianamente favorable**, pues si bien los países participantes reflejan un incremento exponencial en el gasto en la respuesta al VIH y al sida, las mujeres no forman parte de los grupos priorizados en los respectivos programas nacionales, viéndose mermada la posibilidad de que este escenario económico repercuta favorablemente en el abordaje integrado VIH y VCM, más allá de los vínculos entre el VIH y la violencia sexual, dimensión del problema que sí se prevé sea objeto de mayor y mejor tratamiento, entre otras razones porque su incidencia es evidente en grupos priorizados: mujeres trans, HsH y trabajadoras del sexo.

Desde el lado de la **sociedad civil**, su contribución a la continuidad está en función fundamentalmente de dos elementos: su grado de involucramiento en el proyecto, en tanto representantes de las destinatarias últimas del mismo (mujeres víctimas de VIH y VCM), y su capacidad de actuar políticamente para la exigibilidad de los derechos de las mujeres víctimas de VIH y VCM. En cuanto al primero de los aspectos mencionados, las **mujeres víctimas de VIH y VCM** han estado involucradas en el proyecto a través de las organizaciones que las representan, como informantes en los estudios-diagnóstico realizados, como participantes con más o menos protagonismo en los tres eventos realizados, y como beneficiarias directas o indirectas del Fondo Semilla. Se trata pues de una presencia puntual, muy concreta e intermitente, sin ningún grado de participación en las decisiones del proyecto, no favoreciendo que se apropien en alguna medida del mismo, más allá de la sensibilización que se haya podido lograr, **mermando así su contribución a la continuidad** del proyecto.

El segundo aspecto, relacionado con la **capacidad de incidencia política** de las organizaciones de la sociedad civil, podría calificarse -en algunas de ellas- como **potencial factor favorable**. Solo tres de las seis organizaciones beneficiarias del Fondo Semilla tiene experiencia (amplia y reconocida) en acción política a favor de los DDHH de las personas con VIH y Sida, pero su acercamiento a los vínculos con la VCM es muy reciente y todavía débil. La trayectoria de incidencia política no fue un criterio del proyecto para seleccionar las instancias de la sociedad civil vinculadas al mismo, a pesar de su importancia para ejercer su rol de titulares de responsabilidades ante la exigibilidad de los derechos de las mujeres VIH+.

Por último, la **Comunidad de Prácticas** fue planteada dentro de las acciones del proyecto como una fórmula de sostenibilidad, pero el **nivel de desarrollo alcanzado es insuficiente** para que pueda cumplir con ese rol. La CoP funciona como un medio de acceso a información no de interacción entre actores, y el grado de apropiación que tienen de ella instancias clave en la continuidad de lo emprendido por el proyecto, es muy débil. Los fondos del proyecto están solventando el funcionamiento del CoP después concluido, no siendo éste un buen indicio de la capacidad de la entidad ejecutora para fortalecer la CoP como estructura de trabajo e intercambio y garantizar que siga operando.

En definitiva, a la finalización del proyecto encontramos en los países participantes un entorno más propicio para trabajar a favor de una respuesta integrada al VIH y a la VCM, que años atrás, configurado fundamentalmente por factores externos al proyecto, relacionados con el contexto político-normativo y con las prioridades de agencias especializadas. Por el contrario, factores sobre los que el proyecto debería haber tenido mayor control, como el involucramiento de actores clave (incluidas las entidades rectoras de salud y de género), el perfil de incidencia política de la sociedad civil involucrada y el funcionamiento de la Comunidad de Prácticas, suman en mucha menor medida a la continuidad de los logros alcanzados. Esta circunstancia, que desde luego tiene una relación directa con la forma en que el proyecto fue concebido y ejecutado, determina que las acciones orientadas a capitalizar los

logros y dar alguna continuidad al camino emprendido, tengan que seguir siendo impulsadas desde la propia entidad ejecutora.

## 1.8. RECOMENDACIONES

### 1.8.1. Recomendaciones a nivel de diseño

Las recomendaciones de diseño apelan casi literalmente a los estándares de identificación y formulación de proyectos.

Con carácter general, han de concebirse y diseñarse los proyectos y su *modus operandi* en sintonía con la capacidad de acompañamiento que tiene la CIM. Esto supone que debe garantizarse que se asume, junto con los beneficios de la financiación, toda la dinámica que acompañará al instrumento 'proyecto': diseño –y por lo tanto, también gestión— por resultados, no por productos; conocimiento del contexto, la problemática del colectivo beneficiario, y los agentes colaboradores y contrapartes locales; y ciertas garantías de factibilidad y el aval institucional o compromiso de las instituciones contrapartes.

Desde este marco, la primera recomendación es una 'no recomendación'. Partiendo de una idea inicial que puede aunar intereses, los proyectos se diseñan "con" (contrapartes, socios, personas expertas), primero se acuerda el "para qué" (fin y propósito) y luego se asegura que el "cómo" representa la estrategia adecuada (productos y actividades). Seguir el recorrido inverso, como parece que fue en este proyecto, no es recomendable.

En segundo lugar, deben asegurarse (la existencia de) las alianzas estratégicas necesarias antes de iniciar el ciclo de formulación, o al menos contar con un compromiso escrito de interés compartido en la temática y colaboración.

En tercer lugar, la valoración de la pertinencia y de la coherencia interna del proyecto permitió evidenciar algunas debilidades importantes en el diseño, que llevan a recomendar la conveniencia de:

- a) Velar por la calidad del Documento de Proyecto, teniendo presente la importancia y trascendencia de:
  - ☐ Justificar la intervención con información concreta del contexto en el que se prevé incidir, referida específicamente al país o países participantes.
  - ☐ Caracterizar al colectivo beneficiario e identificar los problemas y necesidades que presentan y que el proyecto prevé atender, siendo esta información fundamental en la sustentación del proyecto.
  - ☐ Contrastar el realismo de las hipótesis y verificar que no es posible incidir sobre ellas. Esto es particularmente relevante cuando la hipótesis condiciona completamente, y no solo influye, en el éxito del proyecto en términos de efectos o cambios en los colectivos destinatarios (esto es, en el paso del producto al propósito).
  - ☐ Asegurar que los indicadores, no necesariamente muchos, representan las evidencias necesarias en el nivel de logro adecuado, evitando en lo posible: (i) indicadores de fin de actividad como indicadores del nivel de producto; (iii) indicadores en los que no sea factible

conseguir la fuente de verificación en el marco de ejecución prevista por el proyecto; (iii) una proyección de logro demasiado optimista en aquellos niveles que impliquen cambios en terceros actores, niveles en los que, además del proyecto, tienen influencia otros factores (hipótesis).

- ☐ Prever la realización de una línea de base en la primera fase del proyecto.
- b) En lo posible, intentar que las actividades de diagnóstico que fundamentan el diseño precedan a la formulación del proyecto y provean información concreta para alimentar su línea de base. Si la dinámica de presentación de proyectos a la financiación internacional no permite abordar este ejercicio con anticipación, es una solución intermedia incluir tal diagnóstico —o al menos, uno más exhaustivo— en la primera etapa del proyecto. En ese caso, es conveniente aclarar tales circunstancias en la propia formulación y, si del diagnóstico realizado se derivase un escenario no previsto, informar de ello y actuar en consecuencia, reformulando el proyecto en los componentes que fuera preciso. Esto es especialmente relevante cuando las primeras actividades prospectivas no reportan facilidades para o confirman los acuerdos o alianzas que se preveía establecer.
- c) Cuando sea preciso reformular los objetivos (fin y propósito) de un proyecto, identificar cómo la reformulación afecta a la cadena de resultados y, de ser necesario, hacer una revisión completa de la misma, incorporando/eliminando/modificando los productos, actividades e hipótesis que se considere oportuno. La cuestión es que la linealidad de la cadena no se resienta con la reformulación realizada.
- d) En el diseño de las actividades y cronograma de trabajo, estimar los tiempos y recursos necesarios para su realización efectiva, en especial aquellas que apelan a la participación y colaboración de los actores clave o que requieren de su colaboración, auspicio o consenso sobre productos o acuerdos.

Buena parte de estas recomendaciones están recogidas, ya con carácter general, en la Guía para la elaboración del Documento de Proyecto. Departamento de Planificación y Evaluación (DPE/OEA. Washington D.C., febrero, 2008). La última recomendación a modo de resumen es, por lo tanto, insistir en el respeto a estas y otras directrices reconocidas como garantía de un diseño de calidad. Ese ejercicio debe ir más allá de la retórica del cumplimiento formal y ha de acometerse con anticipación, asegurando en lo posible el tiempo suficiente para contrastar con terceros actores afectados por el proyecto la factibilidad y adecuación de la estrategia, y no necesariamente una abundante información, pero sí una información relevante sobre la problemática en la que se pretende trabajar. Tal diagnóstico y el sondeo de las colaboraciones institucionales necesarias puede articularse a través de asistencias técnicas previas al proyecto que complementen las negociaciones al interno de la CIM con sus países miembro. De esta manera se aminora el riesgo de una intervención fallida sino se detectan las condiciones para llevarla a cabo. Y, por el contrario —de confirmarse la viabilidad del proyecto— se dispone ya de partida de la información suficiente y la voluntad política para diseñarlo con las debidas garantías.

---

### 1.8.2. Recomendaciones relacionadas con la gestión e implementación

Dividiremos las recomendaciones acerca de los procesos de implementación entre aquellas relacionadas con las estructuras y capacidades necesarias para ejecutar y acompañar un proyecto de estas características, aquellas que tienen que ver con la participación de los socios clave, y las recomendaciones relativas a la operativa de gestión del proyecto. Tales recomendaciones se han

realizado teniendo en cuenta las conclusiones y la naturaleza de este proyecto, cuyo propósito era generar cambios en las prácticas institucionales de diversas entidades en varios países, lo que supone —para que tal objetivo sea factible— una implicación efectiva de los colectivos beneficiarios y agentes de tales cambios.

#### a) **Recomendaciones sobre las capacidades y estructuras que acompañan la implementación**

En primer lugar, la CIM ha de considerar las exigencias derivadas de la gestión de un proyecto de esta naturaleza en términos de coordinación y continuidad en el proceso de ejecución, y de claridad en el papel de la CIM/OEA y su representación en los países. Esto supone:

- ❑ La puesta en marcha de un proyecto que aúna múltiples productos y actividades, accionar en varios países con un mismo patrón, y moviliza no solo un gran volumen de recursos económicos, sino también expectativas y voluntades comunes, es exigente en términos de **gestión institucional y técnica por parte de la CIM**. Esto obliga al menos a respetar y velar por los compromisos de gestión que se derivan de su ejecución y que se traducen, entre otras cosas, en que los cambios de personal responsable de su coordinación deben de producirse garantizando una continuidad en el proceso, una transferencia de los compromisos adquiridos y un respeto por las dinámicas de trabajo locales ya iniciadas en los países.

Dado que la implementación del proyecto descansa sobre todo en los perfiles, capacidades y presencia en los países de **consultoras especializadas**, la coordinación efectiva que se ha puesto en práctica —unificando criterios de elaboración de los productos— deberá estar reforzada por: (i) la factibilidad de los TdR, es decir, la posibilidad de realizar el encargo en toda su extensión en los tiempos previstos, sin que ello suponga una merma en la calidad o desvirtúe el enfoque del servicio contratado (p.e. prestándolo de manera individual y ejecutiva, en vez de participativa y concertada); ii) la existencia y aplicación de mecanismos de supervisión de la calidad de los productos y una salvaguarda económica ante defectos importantes que impidan su efectiva utilización; (iii) criterios contextualizados pero uniformes de actuación, en particular respecto a los canales y procedimientos de consulta con las instituciones locales y qué papel corresponde a cada quién (la consultora a nivel técnico o la CIM a nivel institucional).

- ❑ Asegurar un canal institucional de información y acompañamiento por parte de las **Delegadas Titulares de los Mecanismos de Igualdad** de los países implicados. Además de estar informadas sobre el lanzamiento del proyecto, como ha sido este caso, es necesario dar un paso más y recoger sus reacciones acerca de su voluntad y disponibilidad (condiciones, recursos...) para estar al tanto del accionar del proyecto, facilitar los puentes institucionales necesarios en el país y brindar apoyo institucional a las consultoras externas contratadas. El abanico de opciones de participación dependerá de cada país e institución, pero en todo caso no se trataría tanto de que supervisaran la ejecución de las actividades, algo que comprensiblemente no sería apropiado y factible, sino de que tengan la visión conjunta del proyecto, amparen de alguna manera institucionalmente el trabajo profesional que realizan las personas contratadas *in situ* para llevarlo a cabo, y estén al tanto de los efectos institucionales y de la visibilidad del accionar de la CIM en su país.
- ❑ En línea con la anterior, la **representación de la OEA** debe de disponer de la información necesaria por los canales adecuados. Sobre un espectro continuo que va desde la alta a la nula colaboración y presencia en el proyecto, es deseable establecer un consentimiento

informado entre la CIM y la representación de la OEA que permita a esta última estar al tanto de qué otras instituciones nacionales interactuarán con el proyecto, y reaccionar ante posibles requerimientos de las autoridades locales o apoyar puntualmente en el desarrollo del mismo.

#### b) Recomendaciones a nivel estratégico: contrapartes y acuerdos

En segundo lugar, y con carácter general, habría dos tipos de recomendaciones acerca de la estrategia de implementación:

- Un proyecto que trata de incidir en la respuesta institucional de agentes gubernamentales y de entidades referente de la sociedad civil organizada, debe considerar al menos a las primeras no solamente participantes informados, sino **contrapartes** en toda la extensión del término. Con efectos que trascienden a la fase de ejecución del proyecto y se remontan al proceso de identificación y diseño del mismo, en esta fase ha de velarse por la coherencia de este planteamiento. Ha de garantizarse así: (i) que se han establecido de forma consensuada las responsabilidades de cada quién en torno a la ejecución del proyecto, su monitoreo, la transferencia de productos/resultados y sostenibilidad de los mismos; (ii) que existen de inicio y durante el proyecto los canales de comunicación adecuados y que operan a dos niveles: institucional (CIM – representantes de las contrapartes clave) y técnico-operativo (consultoras contratadas – personal técnico de las contrapartes); (iii) que el calendario de actividades previsto se ajusta a las dinámicas institucionales de las contrapartes principales para favorecer su participación efectiva de cara a la apropiación final de los productos resultantes.
- Ha de asegurarse que se establecen los **acuerdos previos** con las entidades contrapartes y socias en la ejecución que se hayan estipulado en el Documento de Proyecto, como garantía de la suficiencia y factibilidad de la ejecución del proyecto. Si bien es recomendable que tales acuerdos estén ya avanzados durante la concepción del proyecto y como resultado de su diagnóstico, las dinámicas de financiación y las oportunidades de acceder a la misma tienen a veces como consecuencia avanzar una estimación preliminar sobre la posibilidad de establecer tales alianzas en base a conversaciones informales previas. En todo caso, una vez iniciado el proyecto han de formalizarse y concretarse los resultados de estas negociaciones iniciales. Esto es particularmente crítico en este proyecto, en la medida en que descansaba fundamentalmente en esta colaboración formal de contrapartes (Ministerios de Salud y Mecanismos de Igualdad) y socios clave (OPS fundamentalmente). De no producirse, han de operar los mecanismos preventivos (gestión de riesgos), sobre cuya función y utilidad se recomienda más abajo.

#### c) Recomendaciones a nivel operativo: procesos de gestión de actividades

En tercer y último lugar, es recomendable con **carácter general** que el proyecto vele por la **aplicación efectiva de las pautas de ejecución que anticipaba y a las que se comprometía en el Documento de Proyecto** aprobado. Al ser la referencia para el proceso de implementación, cualquier cambio ha de estar debidamente justificado. Esto no significa que los cambios estén penalizados. Más bien al contrario, una explicación de las razones que están detrás de tales decisiones afianzan el aprendizaje institucional acerca de qué medidas son más efectivas para el buen diseño y ejecución del proyecto, y cómo aprender de las estimaciones que no fueron acertadas.

De manera más **específica**, se recomienda que durante la ejecución del proyecto:

- Se hagan efectivas las **medidas preventivas estipuladas en la gestión de riesgos** del proyecto, medidas que no pueden ser sólo retóricas o perderían su razón de ser. Esto implica, además, informar con prontitud —si fuera necesario y a tenor de la gravedad, sin necesidad de esperar al IPEP respectivo— acerca de los cambios efectivos que pudieran derivarse si no es posible atenuar la influencia negativa de tales riesgos.
- Afianzar el papel de control del **Informe de Verificación** durante el seguimiento y su capacidad ejecutiva, no solo para evitar enormes vacíos temporales de información (falta continuada de IPEPs), sino también para concertar medidas de rectificación que no solo pasan por la extensión de los proyectos, sino una revisión a tiempo de su factibilidad.
- Lo anterior exige a su vez a las áreas responsables de la supervisión directa del proyecto **cumplir con las dinámicas de reporte**, entregando los respectivos **IPEP** en los tiempos establecidos, de manera que no existan vacíos prolongados de *accountability*. Se recomienda no utilizar tales informes de progreso como una formalidad y correa de transmisión de la información disponible acerca del proceso de ejecución, sino confirmar por otros medios los avances reportados por las consultorías contratadas que, por su parte, están fuertemente condicionadas para presentar resultados positivos de su gestión. Para una supervisión más eficaz en este sentido, se recomienda: (i) introducir en el IPEP un apartado de control temporal y operativo en el avance de las actividades realizadas; (ii) exigir las fuentes de verificación establecidas, y (iii) supervisar la calidad de los reportes internos de coordinación del trabajo en los países para, más allá del discurso general, informen con concreción de las tareas realizadas, incentivando la autocrítica (o lo que es lo mismo, aclarando la función de aprendizaje del monitoreo).

En definitiva, como corolario de estas recomendaciones, debería tenerse en cuenta que un proyecto que acoge múltiples productos y actividades y que aspira a movilizar a los entes gubernamentales, debe gestionarse sujeto a un compromiso de regularidad y no desde la parcelación de productos en la distancia, en un accionar cercano, integrado y continuo, garantizando la participación efectiva de las contrapartes nacionales y socios colaboradores en pos de un fin común de cambio que han de heredar y sostener las entidades beneficiarias del país. Además de una cuestión de eficiencia, se compromete en ello la imagen institucional de la CIM/OEA.

---

### 1.8.3. Recomendaciones a nivel de resultados

Las recomendaciones que se plantean tienen una doble finalidad: por un lado, capitalizar el esfuerzo institucional y económico que los resultados alcanzados han supuesto y, por otro, dar continuidad a la iniciativa emprendida con el proyecto. Se formulan tomando en consideración el marco estratégico que rige las actuaciones de la CIM, y las capacidades operativas de su Secretaría Ejecutiva.

El proyecto ha supuesto una inversión en términos políticos, institucionales y económicos tanto para la CIM, como para la entidad financiadora, que debe ser rentabilizada. De forma muy acertada, la CIM ya ha llevado a cabo algunas iniciativas en este sentido, entre ellas el evento realizado en julio pasado en el marco de la Conferencia Global de SIDA 2012. Por ello, para **capitalizar el esfuerzo institucional y económico realizado**, y el que se sugiere más abajo seguir haciendo, se propone continuar en la línea ya iniciada por la Secretaría Ejecutiva, de:

- Generar espacios y aprovechar los existentes en torno a la problemática del VIH y de la VCM, así como el foro político de la CIM, para difundir los productos y el conocimiento generados en el marco del proyecto.

- ▣ Fortalecer las relaciones de colaboración con otras instancias vinculadas con la problemática del VIH, la violencia de género y los derechos humanos de las mujeres, tanto al interior de la OEA (CIDH y OPS), como en el sistema de Naciones Unidas (ONUSIDA, ONU Mujeres).
- ▣ Hacer incidencia a favor de los derechos humanos de las mujeres viviendo con VIH, través de los medios de comunicación que se consideren adecuados para la Secretaría (pronunciamientos, comunicados de prensa...).

A través del proyecto, la CIM ha contribuido a sacar a la luz y generar inquietud, reflexión y debate en torno a una problemática desconocida para la mayoría de los actores. La evaluación considera que existe cierta obligación moral de **dar continuidad a la iniciativa que supuso el proyecto**, siempre dentro del marco estratégico institucional y bajo fórmulas de intervención acordes a las condiciones y capacidades de la Secretaría Ejecutiva, en un contexto de alianzas estratégicas y sinergias con otras agencias especializadas.

Por otro lado, la ejecución del proyecto ha constatado la necesidad de contar con evidencias que prueben la relación entre el VIH y la VCM para coadyuvar a la comprensión de esta problemática, en especial de aquellas expresiones menos patentes, como paso previo y necesario para la respuesta institucional. Además, una de las ventajas comparativas de la CIM en relación con otras agencias es ser un referente hemisférico en la promoción y defensa de los derechos humanos de las mujeres.

En este contexto, y teniendo en cuenta las áreas programáticas y directrices establecidas en el Plan Estratégico 2011-2016, se sugiere:

- ▣ Incorporar dentro de las acciones del Plan Estratégico correspondientes al área “Derechos humanos de las mujeres y violencia de género”, la generación de conocimiento sobre los derechos humanos de las mujeres en relación con el VIH y, en concreto, la generación de evidencia sobre la vulneración de los mismos.
- ▣ En el plano operativo, abordar las acciones que se estimen oportunas (estudios, diagnósticos, investigaciones...) mediante modalidades de fácil gestión directa desde la Secretaría Ejecutiva, como consultorías u otras fórmulas de asistencia técnica orientada a producto.
- ▣ Concebir este ejercicio de generación de conocimiento en un marco de incidencia política y apoyo a los Estados miembros en la revisión de normativas, políticas públicas y otros esquemas de respuesta institucional integrada VIH y VCM. En tales acciones debería considerarse la implicación de las Delegadas Titulares y los Mecanismos de Igualdad a su cargo, impulsándose el diálogo y la cooperación entre países de la región.

Un último elemento que sustenta la recomendación de trabajar en esta línea es su oportunidad, teniendo en cuenta que los procesos de revisión de leyes sobre VIH y sida impulsados actualmente en distintos países del hemisferio desde el PNUD, están haciendo especial énfasis en fortalecer en la normativa los aspectos relacionados con la garantía de los derechos humanos de las PVVS. Es precisamente en este espacio de acompañamiento a las reformas políticas y normativas, donde la CIM/OEA puede jugar un papel relevante en sintonía con la “Declaración de San Salvador: Género, violencia y VIH”, alentando a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, promuevan medidas para que la lucha contra la violencia de género forme parte integral de la respuesta nacional al VIH y al sida, así como para eliminar la violencia y la discriminación contra las mujeres en relación con el VIH.

Y **de forma transversal**, con un carácter más operativo y reforzando las recomendaciones estratégicas mencionadas, se plantea una recomendación relacionada con la **Comunidad de Prácticas** que la evaluación considera factible, por no demandar demasiados recursos. En concreto, potenciar y hacer



más funcional el banco de recursos documentales como espacio de referencia en materia de relaciones entre VIH y VCM.

Esto ameritaría una revisión de Biblioteca Virtual, links y otras referencias documentales para posibilitar una búsqueda más informada e intuitiva, bien con reseñas comentadas de los contenidos de las diversas publicaciones que guíen la persona usuaria en su búsqueda, y un rediseño de sus categorías para hacerla más funcional, bien con un servicio tutorial que permita recoger y dar respuesta a las peticiones de referencias documentales y materiales de apoyo. De no poder avanzar en esta línea, al menos deberían articularse mecanismos de actualización del banco de recursos para evitar que quede desactualizado, con la consiguiente pérdida de imagen como punto de referencia documental que esto acarrearía.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE  
UNA MUESTRA DE PROYECTOS DE  
LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE MUJERES (CIM)  
FINANCIADOS POR EL FONDO ESPAÑOL PARA LA  
OEA (SAF-1101)

Anexos del PROYECTO CIM 0701

## ANEXO 1. Matriz de Evaluación del Proyecto CIM-701

| Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN  |   |   |
|--|---|---|
| Criterio PERTINENCIA: Medida en que los objetivos (fin y propósito) y productos del proyecto son congruentes con el contexto político-estratégico en el que se enmarca, y con los intereses y necesidades identificadas en la población destinataria   |   |   |
| ELEMENTOS DE ANÁLISIS  | INDICADORES   | FUENTES DE INFORMACIÓN  |
| <p>P.1. Alineamiento del proyecto con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La política y prioridades de actuación de la CIM.</li> <li>– Las estrategias y prioridades sectoriales en los países en los que opera, con énfasis en derechos humanos e igualdad de género.</li> <li>– La situación identificada en el colectivo beneficiario: agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil que ofrecen servicios para tratar VIH y VCM.</li> </ul> <p>P.2. Involucramiento en el proyecto (diseño, planificación, seguimiento) de las beneficiarias directas e indirectas (en este caso, su representación).</p> <p>P.3. Idoneidad de los criterios utilizados para la focalización de los países beneficiarios y actores involucrados</p> | <p>P.1.1. Los objetivos del proyecto (Fin y Propósito) forman parte de las prioridades de actuación de la CIM/OEA.</p> <p>P.1.2. Los objetivos del proyecto (Fin y Propósito) se enmarcan en las políticas nacionales relacionadas con la equidad de género y con la prevención, atención y tratamiento de víctimas de VIH y VCM (violencia contra las mujeres).</p> <p>P.1.3. El Propósito y los Productos del proyecto responden a las características y necesidades identificadas en las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil, de cara al cumplimiento de su rol respecto a los derechos de las mujeres víctimas (o en riesgo) de VIH y violencia de género.</p> <p>P.2.1. Grado de participación en el proyecto (información, consulta, decisión) de las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil beneficiarias.</p> <p>P.2.2. Grado de participación en el proyecto (información, consulta, decisión) de las titulares de derechos (mujeres víctimas, o en riesgo, de infección por VIH y de violencia de género).</p> <p>P.3.1. Incidencia de la feminización de VIH en los países participantes vs otros países de América Latina.</p> <p>P.3.2. Existencia de condiciones en los actores involucrados para trabajar con un enfoque de género y derechos humanos (sensibilidad institucional, disponibilidad de recursos...).</p> <p>P.3.3. Grado de consolidación de los servicios de atención a víctimas de VIH y de VCM vinculados al proyecto (cultura de protocolos, recursos disponibles, seguimiento de resultados).</p> <p>P.3.4. Trayectoria de incidencia política en materia de VIH/VCM de las instancias de la sociedad civil beneficiarias en cada país vs otras del sector no beneficiarias.</p> | <p><u>Fuentes documentales:</u><br/> Marcos normativo y programático de la OEA (Resoluciones de la Asamblea General, Planes de Acción), y de la CIM (Declaración de S. Salvador, Convención de Belem do Pará, PIA 2000, Plan Estratégico 2011-2016), relacionados con la temática abordada por el proyecto. Marco normativo relacionado con la promoción y protección de los DDHH de las mujeres y la promoción de la equidad de género, aplicable a la temática abordada por el proyecto y vigente en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.<br/> Planes y programas sectoriales (salud, educación, género, justicia...) en marcha en los cuatro países, que incluyan estrategias, metas, líneas de actuación, etc. relativas a la temática abordada por el proyecto.<br/> Estudios, diagnósticos, investigaciones sobre la situación de los garantes de derechos, contemplados en la formulación del proyecto.<br/> Estudios e informes de los organismos especializados: OPS, ONUSIDA.<br/> Estudios situacionales y mapeos de actores elaborados por el proyecto<br/> Web de las ONG que trabajan con víctimas de VIH/VCM en los países beneficiarios/Memorias de actividades de dichas ONG<br/> Documentos de gestión del proyecto: Documentos de proyecto aprobados, Informes de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP).</p> <p><u>Entrevistas a informantes clave:</u><br/> Dpto. de Planificación y Evaluación (DPE) y Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). OPS (Unidades vinculadas al proyecto), ONUSIDA.<br/> Ministerios de Salud y Ministerios de la Mujer (o afines) de los países participantes.<br/> Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-Capítulo América Latina.<br/> Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.<br/> ONG nacionales vinculadas a la temática del proyecto, en los dos países a visitar.</p> <p><u>Consulta técnica</u> a personas expertas en VIH y VCM.</p> |

| Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN   |  |   |
|---|--|---|
| Criterio COHERENCIA INTERNA: Articulación de los objetivos del proyecto (Fin y Propósito) con la estrategia, productos y actividades propuestas para lograrlos  |  |   |
| ELEMENTOS DE ANÁLISIS   | INDICADORES  | FUENTES DE INFORMACIÓN  |
| <p>C.1. Idoneidad de la estrategia prevista en el proyecto para abordar las causas de la feminización de la incidencia de VIH (Coherencia de la lógica de intervención)</p> <p>C.2. Calidad técnica de la cadena de resultados de desarrollo del proyecto, incluyendo la revisión de la Matriz de Planificación o Matriz de Marco Lógico (MML).</p> | <p>C.1.1. Coincidencia en el discurso de personas clave sobre la necesidad de “Mejorar la atención a las mujeres víctimas...” (Propósito) como estrategia coherente para “Contribuir a los esfuerzos por reducir...” (Fin).</p> <p>C.1.2. Coincidencia en el discurso de las personas clave sobre adecuación y suficiencia de los Productos del proyecto para “Mejorar la atención a las mujeres víctimas...” (Propósito)</p> <p>C.2.1. Características (linealidad, suficiencia...) de la secuencia en la cadena de resultados del proyecto (<i>inputs, activities, outputs, outcomes</i>)</p> <p>C.2.2. Especificidad, relevancia, factibilidad de los indicadores contemplados en la Matriz de Planificación del proyecto (MML) y en la Línea de Base.</p> <p>C.2.3. Relevancia y realismo de las hipótesis y riesgos del proyecto.</p> | <p><u>Fuentes documentales:</u><br/> Documentos de contexto sobre VIH y VCM.<br/> Estudios situacionales y mapeos de actores elaborados por el proyecto.<br/> Documentos de proyecto aprobados, Línea de base, Evaluación intermedia.</p> <p><u>Entrevistas a informantes clave:</u><br/> Personal OEA vinculado a la ejecución técnica del proyecto.<br/> Responsables de programas de atención a víctimas de VIH/VCM en Ministerios de Salud y Ministerios/Oficinas de la Mujer contrapartes.<br/> Interlocutores en OPS, ONUSIDA, PNUD, entre otras agencias.<br/> Directoras y responsables del programa VIH/VCM en ONG participantes.<br/> Interlocutoras en Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-América Latina.<br/> Interlocutoras en la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.</p> <p><u>Consulta técnica</u> a personas expertas en VIH y VCM.</p> |

| Dimensión: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN  |   |   |
|--|---|---|
| Criterio EFICIENCIA: Relación entre los resultados obtenidos y los recursos empleados para conseguirlos, sean estos económicos, humanos, técnicos, tiempo... |   |   |
| ELEMENTOS DE ANÁLISIS  | INDICADORES   | FUENTES DE INFORMACIÓN  |
| EFCN.1. Calidad de la planificación y gestión técnica y financiera.  | <p>EFCN.1.1. Porcentaje de ejecución presupuestaria alcanzado global, por producto y por actividades.</p> <p>EFCN.1.2. Dimensión, causas y resultados de cara a la consecución del propósito del proyecto, de las reprogramaciones técnicas y presupuestarias realizadas.</p> <p>EFCN.1.3. Incidencia de los procedimientos técnicos (elaboración de TdR, aprobación de productos de consultoría, etc.) y de provisión de recursos (asignaciones presupuestarias, desembolsos, etc.) en la realización en tiempo y forma de las actividades programadas.</p> <p>EFCN.1.4. Proporcionalidad de los gastos incurridos, medidos en función de: a) correspondencia con costes estándares OEA u otras referencias; y b) peso en la ejecución presupuestaria, en los siguientes rubros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Generación de conocimiento (estudios, diagnósticos...), diferenciando consultorías externas de las actividades de involucramiento de actores clave, como foros, consultas, etc.</li> <li>– Desarrollo de capacidades, diferenciando consultorías externas y talleres.</li> <li>– Publicación y difusión de información.</li> <li>– Costes indirectos.</li> </ul> | <p>Fuentes documentales:<br/>           Informes de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP), incluidos los productos obtenidos.<br/>           Informes narrativos de ejecución.<br/>           Estados financieros periódicos y final</p> <p><u>Entrevistas a informantes clave:</u><br/>           Personal vinculado a la gestión y ejecución técnica y presupuestaria en el DPE y en la CIM.<br/>           Personal vinculado a la ejecución técnica y presupuestaria del proyecto: OPS, ONG beneficiarias del Fondo Semilla, consultoras nacionales.</p> |
| EFCN.2. Calidad del sistema de monitoreo de proyecto   | <p>EFCN.2.1. Relevancia y oportunidad de la información obtenida mediante las actividades de monitoreo, de cara a eventuales reorientaciones del proyecto.</p> <p>EFCN.2.2. Uso dado a la información obtenida mediante el monitoreo (vinculación de la acciones tomadas con los propósitos del monitoreo).</p>   |   |

| Dimensión: RESULTADOS   |  |   |
|---|--|---|
| Criterio EFICACIA: Medida en que se logró el propósito previsto: el proyecto ha generado los cambios o mejoras esperadas en las instituciones beneficiarias directas y en los servicios que prestan |  |   |
| ELEMENTOS DE ANÁLISIS   | INDICADORES  | FUENTES DE INFORMACIÓN  |
| EFCC.1. Cambios o mejoras en las políticas sectoriales.   | <p>EFCC.1.1. Disponibilidad de cuatro modelos nacionales de políticas y programas integrados para abordar la intersección entre VIH y VCM desde un enfoque de género y derechos humanos, validados técnica y experimentalmente.</p> <p>EFCC.1.2. Grado (porcentaje y características) de aplicación de los programas integrados de VIH y VCM en los servicios seleccionados por el proyecto.</p> <p>EFCC.1.3. Los colectivos de mujeres calificados como más vulnerables ante el VIH y la violencia de género, son considerados en el diseño del modelo de atención y en su implementación experimental.</p>   | <p><u>Fuentes documentales:</u><br/>           Informes de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP).<br/>           Informes narrativos de ejecución.<br/>           Documentos producidos por el proyecto.<br/>           Informe de tráfico de la plataforma virtual soporte de la Comunidad Práctica.<br/>           Registros de atención de los servicios seleccionados por el proyecto.</p>   |
| EFCC.2. Cambios o mejoras en las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil beneficiarias.  | <p>EFCC.2.1. Adopción por parte de los servicios de atención seleccionados de las medidas de seguridad y estándares éticos consensuados en el marco del proyecto (porcentaje y características).</p> <p>EFCC.2.2. Uso y utilidad de las herramientas técnicas desarrolladas para la aplicación de los modelos, en los servicios de atención seleccionados.</p> <p>EFCC.2.3. Cuatro redes intersectoriales de prevención y atención de VIH y VCM funcionando.</p> <p>EFCC.2.4. Porcentaje y tipología de instituciones participantes en el proyecto, suscritas a la Comunidad de Práctica sobre VIH y VCM.</p> <p>EFCC.2.5. Dimensión y características (tipo y utilidad) del fondo documental y de los enlaces de interés sobre VIH y VCM contenidos en el centro de recursos de la Comunidad de Práctica.</p> <p>EFCC.2.6. Dinámica de la Comunidad de Práctica sobre VIH y VCM (flujo de registros, de foros, de interacción virtual).</p> | <p><u>Entrevistas a informantes clave:</u><br/>           Personal vinculado a la gestión y ejecución técnica y presupuestaria en el DPE y en la CIM.<br/>           Interlocutores en las agencias gubernamentales (Ministerios de Salud, Ministerios/Oficinas de la Mujer) e instancias de la sociedad civil contrapartes en los países.<br/>           Interlocutores en OPS, ONUSIDA, PNUD, entre otras agencias.<br/>           Interlocutores de Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-América Latina, y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.</p> |
| EFCC.3. Cambios o mejoras respecto a las mujeres víctimas de VIH y VCM.   | <p>EFCC.3.1. Porcentaje de mujeres usuarias de los servicios de atención seleccionados por el proyecto que reciben asistencia para VIH y VCM, siendo atendidas o referidas a los servicios adecuados.</p> <p>EFCC.3.2. Percepción de agentes clave (incluidas las titulares de derechos, a través de sus representantes) respecto a las mejoras que supone la aplicación del modelo creado por el proyecto para abordar la intersección entre VIH y VCM.</p>   |   |

| Dimensión: RESULTADOS   |   |   |
|---|---|---|
| Criterio SOSTENIBILIDAD: Probabilidad de que los resultados de desarrollo alcanzados, entendidos como las mejoras producidas en la situación y condiciones de vida de los grupos destinatarios, se consoliden y perduren en el tiempo |   |   |
| ELEMENTOS DE ANÁLISIS   | INDICADORES   | FUENTES DE INFORMACIÓN  |
| S.1. Factores normativos y políticos  | S.1.1. Existencia de normas legales y/o políticas públicas sectoriales (VIH y VCM) en los países participantes que amparen el fin y el propósito del proyecto.<br>S.1.2. Grado (estrategias, planes de acción, estructura, recursos, aptitudes) en que el abordaje conjunto de VIH y VCM forma parte de las políticas de actuación de las entidades contrapartes y otras entidades clave (OPS, ONUSIDA, representantes de las víctimas), en función de su rol para garantizar los derechos de las mujeres víctimas.   | <p><u>Fuentes documentales:</u><br/>Marco normativo relacionado con la promoción y protección de los DDHH de las mujeres y la promoción de la equidad de género, aplicable a la temática abordada por el proyecto y vigente en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.<br/>Políticas y programas sectoriales (salud, educación, género, justicia...) a corto-medio plazo en los cuatro países participantes, relativos a la temática abordada por el proyecto.<br/>Memorias de actividades o informes de rendición de cuentas de los Ministerios de Salud, Ministerios/Oficinas de la Mujer e instancias de la sociedad civil contrapartes del proyecto.</p> <p><u>Entrevistas a informantes clave:</u><br/>Interlocutores en las agencias gubernamentales (Ministerios de Salud, Ministerios/Oficinas de la Mujer) e instancias de la sociedad civil contrapartes en los países.<br/>Interlocutores en OPS, ONUSIDA, PNUD, entre otras agencias.<br/>Interlocutores de Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-América Latina, y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.</p> |
| S.2. Factores institucionales y económicos  | S.2.1. Vinculación de las entidades contrapartes con otras iniciativas existentes en los países para atender la feminización de VIH (OPS, ONUSIDA, Iniciativa Mesoamericana de Derechos y VIH-SIDA)<br>S.2.2. Evolución (tendencia) del gasto en la respuesta al VIH y al sida en los países participantes, y del presupuesto destinado a la prevención y erradicación de la VCM (Mecanismos de Igualdad).<br>S.2.3. Evolución (tendencia) del nivel de incidencia política de las instancias de la sociedad civil vinculadas al proyecto, para el abordaje conjunto de VIH en mujeres y VCM (p.e. campañas de sensibilización realizadas, presencia en los medios, participación en mecanismos de articulación estado-sociedad civil, etc.).<br>S.2.4. Apropiación de la Comunidad Práctica sobre VIH y VCM por parte de las entidades contrapartes, y su disponibilidad de recursos para 'alimentarla'. |   |
| S.3. Factores sociales  | S.3.1. Grado de involucramiento en el proyecto de las representantes de las titulares de derechos (mujeres víctimas, o en riesgo, de infección por VIH y de violencia de género).   |   |

## Anexo 2. Revisión de la Matriz de Marco Lógico del Proyecto CIM0701

**Título:** Integración de políticas y programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde el Enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica

**Población beneficiaria directa:** Agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil que ofrecen servicios para tratar el VIH y la violencia contra las mujeres.

**Ámbito geográfico:** El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

| LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN <sup>173</sup>   | INDICADORES  | MEDIOS DE VERIFICACIÓN  | HIPÓTESIS / SUPUESTOS  |
|--|--|---|--|
| <p>FIN</p> <p>Contribuir a reducir la prevalencia del VIH/SIDA y de la violencia de género entre las mujeres de El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá</p>  | <p>I.F.1) Tasas de infección de VIH y de prevalencia de VCM reducidas en los países participantes en los 15 años posteriores a la implementación del proyecto</p>  | <p>Sistemas de vigilancia epidemiológica de primera y segunda generación</p>  |  |
| <p>PROPÓSITO</p> <p>Las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil implicadas en el proyecto mejoran su respuesta institucional de atención a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH con programas integrados y basados en los enfoques de género y de derechos humanos.</p> | <p>I.P.1) En cada país, el 70% de las organizaciones participantes aplican el programa integrado de VIH y VCM al finalizar el proyecto (2011).</p> <p>I.P.2) El 85% de las mujeres que asisten a los servicios reciben asistencia para ambos, VIH y violencia, y son atendidas o referidas a los servicios adecuados al finalizar el proyecto (diciembre 2011)</p> | <p>Informes semestrales.</p> <p>Reporte de gestión de las redes.</p> <p>Registros de las clínicas/centros que atienden a las mujeres víctimas o sobrevivientes.</p> <p>Informes de las clínicas/centros que atienden a las mujeres víctimas o sobrevivientes.</p> | <p>Las instituciones nacionales participantes continúan aplicando y adaptando los modelos de atención desarrollados a otras regiones del país, con apoyo de la sociedad civil y las agencias de cooperación internacional.</p> |
| <p>PRODUCTOS</p> <p>1. Las entidades implicadas en cada país cuentan con modelos nacionales evaluados de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM.</p>  | <p>I.P1.1) Modelos nacionales (4) publicados en el sitio web de la CIM y difundidos a nivel nacional en cada país durante el tercer año del proyecto (2011).</p> <p>I.P1.2) 70% de instituciones clave identificadas en el mapeo de actores aprueban el modelo integrado.</p>  | <p>Informes semestrales</p> <p>Página web de la CIM</p> <p>Listado de personas y entidades a las que se difunde el modelo.</p>  | <p>Recursos humanos de las instituciones participantes permanecen en sus puestos, una vez concluido el proyecto.</p>   |
| <p>2. Las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil a cargo de los servicios seleccionados en cada país, han sido fortalecidas en sus capacidades para mejorar la prestación de tales servicios.</p>  | <p>I.P2.1) Una red de atención y prevención del VIH y la VCM funcionando en cada uno de los países participantes al finalizar el segundo año del proyecto (2010)</p> <p>I.P2.2). El 70% de las organizaciones participantes<sup>174</sup> adoptan las medidas de seguridad y estándares éticos aprobados durante el tercer año del proyecto (2011)</p>             | <p>Encuesta de actitudes y prácticas de los recursos humanos de las organizaciones participantes.</p> <p>Reporte de análisis situacional de los servicios</p>   | <p>Se concreta la aprobación por parte del Ministerio de Salud del modelo validado técnica y experimentalmente como parte de los acuerdos iniciales.</p>   |

<sup>173</sup> Se ha cambiado el título original de la columna ("Resumen narrativos de objetivos y actividades"). Los más habituales en el Enfoque del Marco Lógico suelen ser "Resumen descriptivo" o "Lógica de la intervención".



| LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN <sup>173</sup>  | INDICADORES   | MEDIOS DE VERIFICACIÓN  |          | HIPÓTESIS / SUPUESTOS  |
|---|---|---|----------|--|
|   | <p>I.P2.3). 90% del personal de las instituciones que ha aprobado las medidas de seguridad y los estándares éticos maneja las competencias necesarias para aplicarlos durante el tercer año del proyecto (2011)</p> <p>I.P2.4) 80% del personal técnico de las organizaciones que implementan la experiencia piloto, reconoce al menos 4 formas en que se vinculan el VIH y la VCM y pueden indicar los pasos clave de la integración de programas.</p> | Análisis situacional de recursos humanos  |          | Las entidades y actores clave del proyecto son receptivas a las modalidades de interacción virtual.  |
| 3. Las entidades implicadas en el proyecto consultan e intercambian información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y adoptan acciones de cooperación técnica a nivel subregional.  | <p>I.P3.1) El X% de las instituciones suscritas a la plataforma descargan al menos Y documentos durante el proyecto.</p> <p>I.P3.2) El X% de las instituciones suscritas a la plataforma de intercambio realizan Y comentarios mensuales y aportan Z documentos a la plataforma.</p> <p>I.P3.3) Las instituciones participantes acuerdan formalmente X acciones de cooperación técnica a nivel país, y Y acciones a nivel subregional</p>               | <p>Informe de visitas mensuales al sitio Web (chats, documentos intercambiados, documentos/materiales colocados en el sitio).</p> <p>Documentos de los acuerdos de cooperación técnica adoptados.</p> |          |  |
| ACTIVIDADES <sup>175</sup>  |   | COSTES  | RECURSOS |  |
| <p>1.1. Elaborar un análisis de situación y un mapeo de actores en cada país del proyecto para identificar socios clave y levantar la línea base</p> <p>1.2. En base a la información recopilada y en colaboración con los socios identificados, elaborar un borrador de modelo nacional en cada país</p> <p>1.3. Realizar cuatro reuniones de consulta, una por país, para formular el modelo de política nacional en base a un consenso intersectorial sobre componentes, intervenciones, acuerdos institucionales y monitoreo y evaluación</p> <p>1.4. Realizar cuatro foros virtuales, uno por país, para la validación técnica del borrador de modelo.</p> <p>1.5. Publicar y diseminar el modelo nacional validado en cada país (cuatro modelos)</p> <p>1.6 Elaborar un sistema de estándares éticos de la atención al VIH y la violencia contra las mujeres aplicables a las organizaciones públicas y privadas que trabajan sobre ambos temas, y por la vía de acuerdos sectoriales y con el liderazgo del gobierno, integrar los</p> |   |   |          | <p>Contrapartes nacionales con capacidad para implementar los proyectos pilotos.</p> <p>Recursos humanos de las instituciones participantes permanecen en sus puestos durante el período de ejecución del proyecto</p> |

<sup>174</sup> Si bien en la MML se dice "Todas las organizaciones participantes adoptan...", más adelante se fija la meta en un 70%.

<sup>175</sup> En el nivel de actividades no son necesarios indicadores ni fuentes de verificación. En su lugar se han de especificar costes y recursos detallados para cada actividad.

| LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN <sup>173</sup>  | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN   |  | HIPÓTESIS / SUPUESTOS   |
|---|-------------|--|--|---|
| <p>estándares éticos de atención en el grupo primario de organizaciones participantes</p> <p>1.7. Seleccionar una localidad en cada país para implementar una experiencia piloto</p> <p>2.1. En base a los modelos nacionales consensuados, elaborar, en colaboración con la OPS y el Ministerio de Salud, una estrategia de fortalecimiento de capacidades en cada país, dirigida a recursos humanos de las agencias gubernamentales y de la sociedad civil, para la implementación del modelo integrado nacional.</p> <p>2.2. Realizar cuatro talleres de formación de formadores, uno por país, para desarrollar competencias en el manejo de los componentes del modelo integrado nacional.</p> <p>2.3. Firmar acuerdos interinstitucionales para la creación de redes intersectoriales de VIH y violencia contra la mujeres en cada país del proyecto, para apoyar la implementación del modelo integrado nacional</p> <p>2.4 Apoyar la creación, en colaboración con el Ministerio de Salud, de las herramientas necesarias para implementar el modelo integrado nacional: por Ej. formularios clínicos y legales, sistemas de referencia de casos, redes de servicios, sistemas de logística y administración, requerimientos y competencias de personal validados por las organizaciones participantes</p> <p>3.1 Poner en funcionamiento una plataforma virtual sobre VIH y violencia para el funcionamiento de las redes nacionales (actividad 2.3) y el intercambio de recursos y experiencias a nivel subregional</p> |             |  |  | <p>Se mantiene la voluntad política del Ministerio de Salud para colaborar con las actividades del proyecto expresada en acuerdos formales (entre otras, auspiciar reuniones, el proceso de validación o aprobar el modelo validado técnicamente)</p> |
| <p>3.2 Dentro de la plataforma virtual, crear un centro de recursos virtual sobre VIH y violencia contra las mujeres con documentos, herramientas, artículos, informes de reuniones y conferencias, noticias y anuncios.</p> <p>3.3 Realizar un encuentro subregional de países participantes para socializar los resultados del proyecto, disseminar buenas prácticas y explorar posibilidades de cooperación técnica horizontal.</p>  |             |  |  | <p>Se mantienen los compromisos de colaboración con las actividades del proyecto por parte de la OPS y de los puntos focales de las unidades de Género y de VIH de las oficinas nacionales en cada país expresados en los acuerdos iniciales.</p>     |
|   |             | <p><b>SUPUESTOS DE PARTIDA</b></p> <p>Existe un acuerdo formal con los distintos Mecanismos para la Igualdad y Ministerios de Salud como expresión de la voluntad política para colaborar con el proyecto.</p> <p>Existe un acuerdo formal con la OPS y sus oficinas nacionales en cada país (área de atención a VIH-SIDA y punto focal de la Unidad de Género, Etnia y Salud) como expresión de colaboración con el proyecto.</p> |  |   |

## Los niveles de la lógica de intervención

### a) A nivel de Propósito:

Propósito original: Mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH mediante la implementación de políticas y programas integrados sobre violencia contra la mujer y VIH en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, basados en el enfoque de derechos humanos.

Nueva redacción: Las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil implicadas en el proyecto mejoran su respuesta institucional de atención a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH con programas integrados y basados en los enfoques de género y de derechos humanos.

El Propósito original presentaba dos niveles causales: por un lado, mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y VIH; y por otro (utilizando el término “mediante”), implantar políticas y programas integrados VIH-VCM como medio para lo anterior. Ambos niveles se unifican para representar el foco de la intervención más directamente relacionado con los efectos iniciales de los productos.

### b) A nivel de Fin:

Fin original: Contribuir a los esfuerzos por reducir la prevalencia del VIH/SIDA y de la violencia de género entre las mujeres de El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá así como sus consecuencias negativas sobre la salud y desarrollo humano de ellas, sus familias y sus comunidades.

Nueva redacción: Contribuir a los esfuerzos por reducir la prevalencia del VIH/SIDA y de la violencia de género entre las mujeres de El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá

El Fin se reformula para enunciarlo de manera más directa y concreta. Si bien la idea de contribución del Propósito hacia el Fin (“contribuir a los esfuerzos por”) está implícita en la secuencia lógica entre ambos niveles, por lo que no sería necesario mencionarla, de acuerdo a la política del DPE se mantiene tal expresión para facilitar la comprensión de la función de ese nivel a las personas gestoras del proyecto. Por otro lado, la reducción de las consecuencias negativas de VIH/SIDA y la violencia de género en la salud y desarrollo humano de las mujeres, sus familias y sus comunidades es a su vez, se extrae del enunciado porque no es el Fin del proyecto, sino un efecto del mismo, que en la secuencia lógica medios-fin se situaría en un nivel superior.

### c) A nivel de Productos:

En general, los Productos son reformulados para contener en sus enunciados a los agentes destinatarios de los mismos y/o partícipes en su consecución y/o utilización como beneficiarios.

#### ☐ Producto 1

Producto 1 original: En base a un análisis de situación y mapeo de actores llevados a cabo en cada país del proyecto, desarrollados y evaluados modelos nacionales de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM.

Nueva redacción: Las entidades implicadas en cada país cuentan con modelos nacionales evaluados de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM.

En el Producto 1 existía un doble nivel de causalidad. El aspecto principal son los modelos. El realizar los análisis de situación y mapeo de actores son algunos de los medios (de hecho recogidos ya en el nivel de actividades), pero no los únicos.

## ☐ Producto 2

Producto 2 original: **Elaborada e implementada una estrategia** de fortalecimiento de capacidades para los servicios seleccionados en cada país.

Nueva redacción: Las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil a cargo de los servicios seleccionados en cada país han sido fortalecidas en sus capacidades para mejorar la prestación de tales servicios.

La nueva redacción considera a los agentes destinatarios o participantes. Elaborar e implementar la estrategia de fortalecimiento de capacidades son los medios para alcanzar este Producto y como tal ya están recogidos en la actividad 2.1. (su elaboración) y en el resto de actividades (su implementación). Lo que nos interesa en este nivel es el resultado de implementar tal estrategia, de manera que el producto debe abarcar el efecto de esa actividad y el resto de actividades en los agentes finales.

## ☐ Producto 3

Producto 3 original: **Implementado un sistema de intercambio** de información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y cooperación técnica a nivel subregional.

Nueva redacción: Las entidades implicadas en el proyecto consultan e intercambian información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y adoptan acciones de cooperación técnica a nivel subregional.

Igual que en el caso anterior, el sistema de intercambio, esto es, la plataforma Web, es un mecanismo cuya consecución ya está detallada a nivel de actividades. El Producto ha de reflejar el uso del mismo por los agentes finales. A tener del carácter de las propias actividades y tal y como se explica en el Documento de Proyecto, esta plataforma tiene vocación de consulta, intercambio y de generación de acciones de cooperación horizontal, elementos que deberán poderse expresar y medir en los indicadores respectivos, tal y como veremos más adelante.

Como resumen, para los tres Productos previstos se ha sugerido considerar en su redacción a los agentes implicados. Esta práctica reporta las siguientes consecuencias positivas:

- a) Generalmente facilita el comprometerse menos con, por ejemplo, elaborar un documento o disponer de una plataforma de formación (que estaría reflejado a nivel de actividades) y a prestar mayor atención al beneficio para los agentes finales (cambios positivos en capacidades, práctica, comportamientos, conocimientos, habilidades, etc.), es decir a los efectos de tales elementos en términos de resultados.
- b) Da sentido a la necesidad de contar con líneas de base también a nivel de Productos. En caso contrario, la línea de base generalmente toma valor cero, quedando así obviada la situación problemática de partida que el proyecto pretende mejorar.

Para este caso particular, además, si partiésemos de la elaboración de *modelos* nacionales (Producto 1 inicial), *estrategia* de fortalecimiento (Producto 2 inicial) o *sistema* de intercambio (Producto 3 inicial), resultaría demasiado amplio el ‘salto teórico’ –conocido en EML como jumping— entre Productos y Propósito. Por el contrario, la contribución de cada Producto al Propósito se aproxima más si incorporamos a los agentes destinatarios en la estimación de los diferentes Productos. Esto es, a partir de los efectos de agentes *contando con un modelo* validado (Producto 1), *actores fortalecidos* en capacidades (Producto 2) y *organizaciones y entidades intercambiando* información, buenas prácticas y cooperando, sin duda se ofrece una aproximación más exacta de lo que es necesario lograr para acercar el nivel de Productos con el Propósito de que las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil implicadas en el proyecto mejoren su respuesta institucional de atención a las mujeres.

### d) A nivel de Propósito:

*Propósito original:* Mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH mediante la implementación de políticas y programas integrados sobre violencia contra la mujer y VIH en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, basados en el enfoque de derechos humanos.

*Nueva redacción:* Las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil implicadas en el proyecto mejoran su respuesta institucional de atención a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH con programas integrados y basados en los enfoques de género y de derechos humanos.

#### Indicadores:

Indicador **nuevo:** En cada país, el 70% de las organizaciones participantes aplican el programa integrado de VIH y VCM al finalizar el proyecto (2011).

Indicador previsto/validado: El 85% de las mujeres que asisten a los servicios reciben asistencia para ambos, VIH y violencia, y son atendidas o referidas a los servicios adecuados al finalizar el proyecto (diciembre 2011).

Se añade un segundo indicador que figuraba a nivel del Producto 1. De esta manera la medición del Propósito es abarcada en su doble dimensión:

- **Alcance:** que gran parte de las organizaciones participantes apliquen el programa integrado (reflejado en el primer indicador);
- **Calidad:** que la aplicación de tal programa se realice de forma adecuada, es decir, prestando asistencia integrada de VIH y violencia y/o derivando los casos correctamente (reflejado en el segundo indicador).

Esta doble medición del Propósito evitaría un sesgo en su cobertura final. Nos referimos a la posibilidad de que se atienda adecuadamente a las mujeres pero que esto se estuviera produciendo en muy pocas de las organizaciones participantes que deberían estar aplicando el programa integrado; y, por el otro lado, la posibilidad de que la aplicación del programa sea mayoritaria entre las organizaciones pero que ésta se realice de forma inadecuada atendiendo o derivando correctamente a un porcentaje muy bajo de mujeres.

Con respecto al indicador previsto en el MML original (el segundo de los dos anteriores), hay que señalar que es totalmente pertinente pero podrían albergarse dudas sobre su factibilidad. La dificultad estriba en garantizar que las fuentes de verificación estén disponibles. Durante el diseño del proyecto debería asegurarse que las fuentes que alimentan los indicadores son habitualmente producidas por otras instituciones o serán producidas gracias a la gestión del proyecto. En este caso, aplicaría a los “Documentos de políticas sectoriales de salud” y a los “Informes de las clínicas/centros que atienden a los pacientes<sup>176</sup>”. Dado que la problemática descrita que justifica el proyecto denota precisamente que las entidades relacionadas con VIH y VCM no abordan integralmente ambos flagelos y/o tienen falencias en términos de capacidades institucionales, cabría la posibilidad de que no estuvieran en condiciones de generar tales documentos e informes específicos. Esto conduciría a que el indicador no podría basarse en fuentes secundarias producidas por ellas, sino en fuentes primarias generadas gracias al apoyo del proyecto, algo que tendría que ser considerado como fundamental en sus mecanismos de seguimiento. En caso contrario, no habría ninguna posibilidad de informar de manera completa acerca de su eficacia.

<sup>176</sup> A efectos de redacción de este medio de verificación, se propone sustituir el término ‘paciente’, que tiene un carácter genérico y muy circunscrito al ámbito de salud, por “las mujeres víctimas o sobrevivientes”, más concreto, pues se refiere a las beneficiarias últimas del proyecto, y además alude tanto a usuarias de servicios de salud como de centros de atención a casos de violencia de género.

#### e) A nivel de Fin:

*Fin original:* Contribuir a los esfuerzos por reducir la prevalencia del VIH/SIDA y de la violencia de género entre las mujeres de El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá así como sus consecuencias negativas sobre la salud y desarrollo humano de ellas, sus familias y sus comunidades.

*Nueva redacción:* Reducir la prevalencia del VIH/SIDA y de la violencia de género entre las mujeres de El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

##### Indicadores:

Indicador previsto/**eliminado**: a) Políticas sectoriales sobre VCM y VIH integradas e implementadas con adecuados recursos financieros, humanos y técnicos en los diez años posteriores a la implementación del proyecto

Indicador previsto/validado: b) Tasas de infección de VIH y de prevalencia de VCM reducidas en los países participantes en los 15 años posteriores a la implementación del proyecto

Se mantiene el segundo indicador como la mejor expresión para medir el fenómeno recogido en el Fin. Por su parte, el primer indicador no es tal ya que describe en realidad unas condiciones ajenas al control del proyecto que deben producirse a nivel de Fin. Se sugiere considerarlo como un supuesto a ese nivel.

Se recuerda que en algunas variantes del EML no es necesario identificar con exactitud el indicador a este nivel (impacto) ya que la proyección a medio/largo plazo de los valores que podría alcanzar queda completamente fuera del ámbito de dominio de las/os responsables del proyecto.

#### f) A nivel de Productos:

##### ☐ Producto 1

*Producto 1 original:* En base a un análisis de situación y mapeo de actores llevados a cabo en cada país del proyecto, desarrollados y evaluados modelos nacionales de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM.

*Nueva redacción:* Las entidades implicadas en cada país cuentan con modelos nacionales evaluados de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM.

##### Indicadores:

Indicador previsto/**eliminado**: 1a. Análisis de situación y mapeo de actores publicados (8) en el sitio Web de la CIM y difundidos por la región durante el segundo año del proyecto (2010)

Indicador previsto/validado: 1b. Modelos nacionales publicados (4) en el sitio Web de la CIM y difundidos a nivel nacional en cada país durante el tercer año del proyecto (2011)

Indicador previsto/**eliminado/reubicado**<sup>177</sup>: 1c. En cada país, el 70% de las organizaciones participantes aplican el programa integrado de VIH y VCM al finalizar el proyecto (2011)

A efectos de medir la consecución del Producto 1, indicador 1b. previsto sería suficiente para operar como indicador de desempeño. El indicador 1c. aborda un efecto superior que no trata sobre que las organizaciones dispongan del modelo, sino que lo apliquen, efecto recogido en el nivel de Propósito en donde es ahora reutilizado este indicador. Por su parte el indicador 1a. atiende a elementos que son necesarios para el Producto 1, tales como el análisis de situación y el mapeo de actores, que no son una expresión de la consecución de tal Producto, sino de la realización de actividades en las que tales documentos vienen explicitados.<sup>178</sup>

##### ☐ Producto 2

<sup>177</sup> Indicador reutilizado a nivel de Propósito.

<sup>178</sup> En cualquier caso, si bien no operaría como indicador de desempeño del Producto 1, podría hacerlo como indicador de proceso, señalándolo así en la matriz de monitoreo.

*Producto 2 original: Elaborada e implementada una estrategia de fortalecimiento de capacidades para los servicios seleccionados en cada país.*

*Nueva redacción: Las agencias gubernamentales e instancias de la sociedad civil a cargo de los servicios seleccionados en cada país han sido fortalecidas en sus capacidades para mejorar la prestación de tales servicios.*

Indicadores previstos y validados:

2a. Una red de atención y prevención del VIH y la VCM funcionando en cada uno de los países participantes (4) al finalizar el segundo año del proyecto (2010)

2b. El 70% las organizaciones participantes<sup>179</sup> adoptan las medidas de seguridad y estándares éticos aprobados durante el tercer año del proyecto (2011)

2c. 90% del personal de las instituciones que han aprobado las medidas de seguridad y los estándares éticos han sido entrenado para aplicarlos durante el tercer año del proyecto (2011)

Los tres indicadores son válidos para medir los distintos logros operativos comprometidos bajo el fenómeno “fortalecimiento de capacidades” contenido en el Producto 2. En todo caso, son susceptibles de algunas mejoras, todas ellas relativas al nivel de concreción de los mismos:

- a) El primer indicador debería establecer qué características operativas mínimas debería contener la red de atención y prevención intersectorial para ser considerada como tal (ejemplos: compuesta por al menos X instituciones gubernamentales e Z organizaciones de la sociedad civil; representados al menos Y sectores, etc.).
- b) En la misma línea, el segundo indicador debería explicitar en qué se concreta el término “adoptan” referido a las medidas de seguridad y estándares éticos, que puede ir desde suscribir un código deontológico, hasta integrarlos en los protocolos de atención.
- c) Igualmente, debería explicitarse cómo y cuándo se considera que el personal ha sido “entrenado”. Una opción más adecuada sería definir el indicador en términos de “manejo de competencias”.

En general, por lo tanto, los indicadores deberían operativizarse más de manera que sean menos confusas las condiciones en los que puede considerarse que están siendo cumplidos y evitar lo que coloquialmente se denomina ‘establecer un nuevo indicador para el indicador’. Tales condiciones, podrían estar detalladas en el protocolo de seguimiento y los IPEP.

### ☐ Producto 3

*Producto 3 original: 3. Implementado un sistema de intercambio de información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y cooperación técnica a nivel subregional.*

*Nueva redacción: 3. Las entidades implicadas en el proyecto consultan e intercambian información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y adoptan acciones de cooperación técnica a nivel subregional.*

Indicadores:

Indicador previsto/**eliminado**: 3a. 80% de las instituciones participantes en el proyecto están suscritas a la plataforma virtual para el tema de violencia y VIH al finalizar el segundo año del proyecto (2010).

Indicador previsto/**eliminado**: 3b. El Centro de recursos virtual cuenta con al menos 50 documentos y enlaces de interés sobre VIH y VCM al finalizar el segundo año del proyecto (2010).

Indicador **nuevo**: El X% de las instituciones suscritas a la plataforma descargan al menos Y documentos durante el proyecto.

<sup>179</sup> Si bien en la MML se dice “Todas las organizaciones participantes adoptan....”, más adelante se fija la meta en un 70%.

Indicador **nuevo**: El X% de las instituciones suscritas a la plataforma de intercambio realizan Y comentarios mensuales y aportan Z documentos a la plataforma.

Indicador **nuevo**: Las instituciones participantes acuerdan formalmente X acciones de cooperación técnica a nivel país, y Z acciones a nivel subregional

Este es el Producto que, con la nueva redacción, adopta un nuevo compromiso que afecta a los indicadores previstos, por lo que se propone no una revisión, sino nuevos indicadores. Así, el indicador 3a. no reflejaría el grado de interacción de las instituciones participantes a través de la plataforma, sino solamente una condición necesaria para hacerlo: estar suscrita. Una de sus fuentes de verificación previstas (“Nivel de interacción entre los participantes: chats, documentos intercambiados”), que por otro lado no es tal fuente<sup>180</sup>, podría ser reformulada como indicador. Por su parte, el indicador 3b. operaría a nivel de actividades, nivel en el cual se conforma la plataforma de recursos.

Los tres nuevos indicadores propuestos miden, respectivamente: i) nivel de *acceso* a la información de la plataforma por las personas y entidades registradas, expresándolo a través de los documentos descargados; ii) la finalidad de *intercambio* que tiene tal mecanismo, a través de los comentarios como expresión del dinamismo de la plataforma y los documentos subidos por sus miembros; y, iii) en último lugar, se ha propuesto un indicador que exprese la vocación de generación de *cooperación técnica horizontal* que se le atribuye a la plataforma en el Documento de Proyecto.

## La relación entre la lógica de intervención original y las hipótesis (o supuestos):

### g) Ubicar los supuestos en el nivel adecuado de la lógica vertical

#### Cambiar de nivel de Fin a nivel Propósito:

Las instituciones nacionales participantes continúan aplicando y adaptando los modelos de atención desarrollados a otras regiones del país, con apoyo de la sociedad civil y las agencias de cooperación internacional.

El supuesto del cuarto nivel (Fin) debería estar ubicado en el nivel inferior (Propósito), por cuanto es un factor externo al control de las personas responsables del proyecto que relaciona la consecución del Propósito con la contribución al Fin, en términos de extensión del modelo validado y evaluado entre determinadas instituciones participantes a otras regiones del país.

Por su parte, como supuesto a este nivel de Fin podría considerarse el indicador que en la ML original está en este mismo nivel y que ha sido descartado como indicador (“Políticas sectoriales sobre VCM y VCM integradas e implementadas con adecuados recursos financieros, humanos y técnicos en los diez años posteriores a la implementación del proyecto”).

#### Cambiar de nivel de Propósito a nivel de Actividades:

Contrapartes nacionales con capacidad para implementar los proyectos pilotos

Este supuesto o hipótesis que aparecía en el tercer nivel (Propósito) debería estar ubicado en el nivel de actividades porque es en ese nivel en donde se desarrollan las experiencias piloto. En todo caso, este supuesto es uno de los focos de actuación del Proyecto, y por lo tanto también cabe la posibilidad de considerarlo bajo su área de influencia. Por ejemplo, considerando requisitos mínimos de capacidad institucional como uno de los criterios de selección de las contrapartes para implementar los proyectos pilotos.<sup>181</sup>

<sup>180</sup> La fuente sería, por ejemplo, un informe de visitas de la plataforma Web o cualquier otro documento estadístico similar generado por el administrador/a de la Web.

<sup>181</sup> Esta práctica es la que antes presentábamos como “introducir las hipótesis en el proyecto”.



#### De nivel de Producto a nivel de Actividades:

Recursos humanos de las instituciones participantes permanecen en sus puestos durante el período de ejecución del proyecto

Se trata de un supuesto relacionado con la vigencia de todo el proyecto, pues la estabilidad de los recursos humanos afecta tanto al paso de Producto hacia el Propósito, como al de nivel Actividades hacia los Productos. En estos casos, el método del ML recomienda ubicar a modo de alerta temprana el supuesto en el nivel inferior, es decir, en el nivel de actividades.

#### **Reformular e integrar los supuestos, y la consideración de las condiciones de partida**

Comparando la MML original con la MML revisada puede hacerse un seguimiento a la incorporación y reformulación de algunos supuestos, cuya explicación detallada aquí sería demasiado profusa.

No obstante, quisiéramos llamar la atención acerca de los supuestos relacionados con la colaboración externa necesaria para el éxito del proyecto, principalmente de Ministerios de Salud y OPS. Los diferentes supuestos relacionados con esta colaboración a distintos niveles, deberían formar parte de un compromiso general como supuesto de inicio (ver al final de la matriz “supuestos de partida”). Presentes en todos los niveles de la intervención, en la práctica este tipo de supuestos condicionan de tal manera el éxito del proyecto, incluso su viabilidad, que de no darse de partida tales condiciones formales de compromiso institucional (ej. acuerdos marco de colaboración firmados), debería reflexionarse acerca de la idoneidad de invertir recursos y esfuerzos para ponerlo en marcha ante un riesgo que condiciona totalmente su éxito.

Con base a lo anterior, se enunciaron las siguientes **condiciones previas** o supuestos de partida:

- a) Existe un acuerdo formal con los distintos Mecanismos para la Igualdad y Ministerios de Salud como expresión de la voluntad política para colaborar con el proyecto.
- b) Existe un acuerdo formal con la OPS y sus oficinas nacionales en cada país (área de atención a VIH-SIDA y punto focal de la Unidad de Género, Etnia y Salud) como expresión de colaboración con el proyecto.

La revisión documental realizada hasta la fecha ha permitido constatar que se habían previsto ‘cartas de compromiso’ con los socios nacionales en cada país del proyecto. Por el contenido ideado para tales cartas de compromiso<sup>182</sup> con los socios, en la práctica, harían la función de los acuerdos formales iniciales que hemos sugerido en el nivel de “condiciones previas”.

---

<sup>182</sup> Se habían sugerido estos apartados: i) Objetivos; ii) Aportes de las partes (recursos financieros, técnicos y humanos); iii) Designación de personas responsables en cada una de las organizaciones participantes; iv) Coordinación y seguimiento de la ejecución (de preferencia, un Comité Técnico); v) Periodo de elaboración de plan de trabajo y cronograma; vi) Marco legal y normativo en que deben sustentarse los productos esperados; vii) Productos esperados en la experiencia piloto y diseño del Modelo de integración; viii) Propiedad de los productos esperados.

## Anexo 4.- Secuencia de implementación - Documento de Proyecto (15 de junio de 2010)

| Nivel de Actividades (graficadas en secuencia temporal)  |   |   | Nivel de Resultados                   | Nivel de Propósito  |
|--|---|---|---------------------------------------|---|
| AÑO 1  | AÑO 2   | AÑO 3   |                                       |   |
| Actividades del Resultado 1: Elaboración y validación de modelos integrados de atención              |   |   | Resultado 1                           | La implementación de políticas y programas integrados sobre violencia contra la mujer y VIH en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, basados en el enfoque de derechos humanos |
| A1.1. Análisis de situación y un mapeo de actores en cada país                                       | A1.2. En base a la información recopilada y en colaboración con los socios identificados, elaborar un <u>borrador de modelo</u> nacional en cada país | A1.3. Realizar cuatro reuniones de consulta, una por país, para <u>formular el modelo</u> de política nacional en base a un consenso intersectorial sobre componentes, intervenciones, acuerdos institucionales y monitoreo y evaluación  |                                       |   |
| <u>Supuesto:</u> Voluntad política del Ministerio de Salud para auspiciar la reunión                 | A1.4. Realizar cuatro foros virtuales, uno por país, para la <u>validación técnica</u> del borrador de modelo   | A1.5. Publicar y disseminar el modelo nacional validado en cada país  |                                       |   |
| <u>Supuesto:</u> Voluntad política del Mº de Salud para auspiciar el proceso de validación           |   | A1.6. Elaborar un sistema de estándares éticos de la atención al VIH y la VCM aplicables a las organizaciones públicas y privadas que trabajan sobre ambos temas, y por la vía de acuerdos sectoriales y con el liderazgo del gobierno, integrar los estándares éticos de atención en el grupo primario de organizaciones participantes |                                       |   |
| <u>Supuesto:</u> Aprobación por parte del Ministerio de Salud del modelo validado                    |   | A1.7. Seleccionar una localidad en cada país para implementar una experiencia piloto  | Elaborados y validados cuatro modelos |   |
|  |   | <u>Supuesto:</u> Recursos humanos de las instituciones participantes permanecen en sus puestos durante el periodo de ejecución del proyecto.  |                                       |   |
|  |   | <u>Supuesto:</u> Adopción por parte del Ministerio de Salud del modelo validado y compromiso político para implementarlo en todas las unidades de salud del país.   |                                       |   |
| Actividades del Resultado 2: Fortalecimiento capacidades de los servicios seleccionados en cada país |   |   | Resultado 2                           |   |
|  |   | A2.1. En base a los modelos nacionales consensuados, elaborar, en colaboración con la OPS y el Ministerio de Salud, una estrategia de fortalecimiento de capacidades en cada país, dirigida a recursos humanos de las agencias gubernamentales y de la sociedad civil, para la implementación del modelo integrado nacional.            |                                       |   |

La implementación de políticas y programas integrados sobre violencia contra la mujer y VIH en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, basados en el enfoque de derechos humanos

| Nivel de Actividades (graficadas en secuencia temporal)  |   |   | Nivel de Resultados   | Nivel de Propósito   |
|--|---|---|---|--|
| AÑO 1  | AÑO 2   | AÑO 3   |   |  |
|  |   | <p>A2.2. Realizar cuatro talleres de formación de formadores, uno por país, para desarrollar competencias en el manejo de los componentes del modelo integrado nacional.</p> <p>2.3. Firmar acuerdos interinstitucionales para la creación de redes intersectoriales de VIH y violencia contra la mujeres en cada país del proyecto, para apoyar la implementación del modelo integrado nacional</p> <p>2.4 Apoyar la creación, en colaboración con el Ministerio de Salud, de las herramientas necesarias para implementar el modelo integrado nacional: por Ej. formularios clínicos y legales, sistemas de referencia de casos, redes de servicios, sistemas de logística y administración, requerimientos y competencias de personal validados por las organizaciones participantes</p> | <p><b>Fortalecimiento capacidades de servicios seleccionados en cada país</b></p>                                     | <p>La implementación de políticas y programas integrados sobre violencia contra la mujer y VIH en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, basados en el enfoque de derechos humanos</p> |
| <p>Actividades del Resultado 3: Red subregional de intercambio información, buenas prácticas, lecciones aprendidas, cooperación técnica.</p> |   |   | <p><b>Resultado 3</b></p>   |  |
|  | <p>3.1 Poner en funcionamiento una plataforma virtual sobre VIH y violencia para el funcionamiento de las redes nacionales (actividad 2.3) y el intercambio de recursos y experiencias a nivel subregional</p> <p>3.2 Dentro de la plataforma virtual, crear un centro de recursos virtual sobre VIH y violencia contra las mujeres con documentos, herramientas, artículos, informes de reuniones y conferencias, noticias y anuncios.</p> | <p>3.3 Encuentro subregional para socializar los resultados, diseminar buenas prácticas y explorar posibilidades de cooperación técnica horizontal.</p>   | <p><b>Red subregional de intercambio información, buenas prácticas, lecciones aprendidas, cooperación técnica</b></p> |  |

## Anexo 5.- Valoración del estadio final de ejecución de actividades y de los productos y propósito del proyecto

Leyenda de valoración: **A** Completada (en cantidad y calidad) **B** No completada (déficit en calidad o cantidad) **C** Insuficiente (grave déficit en calidad y cantidad) **D** No realizada

| ACTIVIDADES  |          |  | OUTPUTS  |          |  |
|--|----------|--|--|----------|--|
| PREVISTAS + NUEVAS   | Val.     | VALORACIÓN   | PREVISTOS  | Val.     | VALORACIÓN   |
| 1.1. Elaborar un análisis de situación y un mapeo de actores en cada país del proyecto para identificar socios clave y levantar la línea base  | <b>B</b> | 1.1. Elaborado en los cuatro países participantes un análisis de situación y un mapeo de actores para identificar socios clave. Los productos no son valorados suficientemente útiles y completos (en algún caso son insumos desconocidos para actores relevantes). No es levantada la línea base.   | 1. En base a un análisis de situación y mapeo de actores llevados a cabo en cada país del proyecto, desarrollados y evaluados modelos nacionales de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM. | <b>B</b> | 1. Se han elaborado dos documentos en base a un consenso no suficientemente construido y sólido, sino más bien discrecional (no intersectorial). Los modelos no han sido validados experimentalmente (prueba piloto). Han recibido el consentimiento explícito o tácito (no objeción) por parte de actores gubernamentales y, en algunos casos, de organizaciones de la sociedad civil y de agencias internacionales especializadas; pero no han sido formalmente avalados por dos agentes gubernamentales responsables de adoptarlos (M <sup>o</sup> Salud, Mecanismo de Igualdad). En la práctica, tales documentos son calificados por la institución responsable (CIM/OEA) y varios actores clave, como <i>orientaciones</i> , tanto por su carácter de propuesta externa ante la dificultad de afirmar que son asumidos por los gobiernos, como por carencias en sus contenidos. No son calificados – aunque sí presentados– como <i>modelos</i> ya que presentan orientaciones generales a modo de listado, de forma inconexa y no articuladas como un modelo de intervención. |
| 1.2. En base a la información recopilada y en colaboración con los socios identificados, elaborar un borrador de modelo nacional en cada país  | <b>B</b> | 1.2. En base a la información recopilada y en colaboración con una parte de los socios identificados, elaborado un borrador de orientaciones a nivel nacional. El grado de colaboración de los socios identificados varía en cada país atendiendo al nivel de consulta realizada (ver 1.3)   |  |          |  |
| 1.3. Realizar cuatro reuniones de consulta, una por país, para formular el modelo de política nacional en base a un consenso intersectorial sobre componentes, intervenciones, acuerdos institucionales y monitoreo y evaluación | <b>B</b> | 1.3. Variadas reuniones de consulta por país. En Panamá, la consulta es la más completa: abarca actores gubernamentales principales, organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales. En Guatemala, la consulta se focaliza en actores gubernamentales y ONUSIDA. En El Salvador, la consulta se focalizó en OPS, quien tuteló todo el proceso. En todos los casos, la formulación del modelo de política nacional es fundamentalmente un producto de consultoría sobre grandes lineamientos y no de un consenso intersectorial sobre componentes, intervenciones, acuerdos institucionales y monitoreo y evaluación.   |  |          |  |
| 1.4. Realizar cuatro foros virtuales, uno por país, para la validación técnica del borrador de modelo.   | <b>B</b> | 1.4. No se ha realizado ningún foro virtual. La validación se ha hecho: (i) aprovechando la convocatoria de los dos cursos de capacitación, en los que se presentó el borrador del modelo, dejando un espacio para el debate; (ii) en posteriores consultas puntuales a actores clave. En Guatemala, el borrador recibió posteriores aportaciones en reuniones bilaterales con SEPREM, ONUSIDA y SEGEPLAN. En Panamá, recibió aportaciones sustantivas del ISDEMU y menores del Ministerio de Salud, cuando no limitadas a confirmar la veracidad de los datos; también recibió comentarios del PNUD. En El Salvador, el modelo fue conducido principalmente por OPS y no terminó de validarse por la coordinación técnica, ni por la CIM. |  |          |  |
| 1.5. Publicar y disseminar el modelo nacional validado en cada país (cuatro modelos).  | <b>B</b> | 1.5. Publicado y disseminado el modelo nacional validado en dos países (dos modelos). No se realizó en Honduras y el de El Salvador no tenía calidad suficiente.   |  |          |  |

| ACTIVIDADES   |      |  | OUTPUTS   |      |   |
|---|------|--|---|------|---|
| PREVISTAS + NUEVAS  | Val. | VALORACIÓN   | PREVISTOS   | Val. | VALORACIÓN  |
| 1.6 Elaborar un sistema de estándares éticos de la atención al VIH y la violencia contra las mujeres aplicables a las organizaciones públicas y privadas que trabajan sobre ambos temas, y por la vía de acuerdos sectoriales y con el liderazgo del gobierno, integrar los estándares éticos de atención en el grupo primario de organizaciones participantes. | B    | 1.6 Elaborado un documento (no un sistema) de estándares éticos de la atención al VIH y la violencia contra las mujeres, aplicables a las organizaciones públicas y privadas que trabajan sobre ambos temas. Se difundieron en convocatoria amplia pero no se avanzó, por la vía de acuerdos sectoriales y con el liderazgo del gobierno, en integrar los estándares éticos de atención en el grupo primario de organizaciones participantes.                                  |   |      |   |
| 1.7. Seleccionar una localidad en cada país para implementar una experiencia piloto   | D    | 1.7. Actividad no realizada, lo que impide validar experimentalmente el modelo. El documento ('modelo') plantea la localidad de Arraiján, pero el Mº de Salud, en el que se debe sustentar la experiencia piloto, no adoptó esta decisión.   |   |      |   |
| 2.1. En base a los modelos nacionales consensuados, elaborar, en colaboración con la OPS y el Ministerio de Salud, una estrategia de fortalecimiento de capacidades en cada país, dirigida a recursos humanos de las agencias gubernamentales y de la sociedad civil, para la implementación del modelo integrado nacional.                                     | D    | 2.1. Actividad no realizada. Estaba vinculada a la experiencia piloto.   | 2. Elaborada e implementada una estrategia de fortalecimiento de capacidades para los servicios seleccionados en cada país. | D    | 2. Realizadas en dos de los cuatro países una actividad de sensibilización/inducción en materia de VIH-VCM y abordaje intersectorial y dimensiones éticas a considerar, pero no desde la perspectiva de formación de formadores, ni de fortalecimiento de capacidades para la aplicación del modelo integrado nacional. |
| 2.2. Realizar cuatro talleres de formación de formadores, uno por país, para desarrollar competencias en el manejo de los componentes del modelo integrado nacional.  | C    | 2.2. Realizadas dos actividades de capacitación (Panamá y Guatemala) de convocatoria amplia y no focalizada en actores concretos (formadores), para conocimiento conceptual en VIH, VCM y cuestiones éticas, y no para desarrollar competencias en el manejo de los componentes del modelo integrado nacional.<br><br>Las actividades no se desarrollaron en el marco de una estrategia de fortalecimiento de capacidades en colaboración con la OPS y el Ministerio de Salud. |   |      |   |
| 2.3. Firmar acuerdos interinstitucionales para la creación de redes intersectoriales de VIH y violencia contra las mujeres en cada país del proyecto para apoyar la implementación del modelo integrado nacional  | D    | 2.3. No se firman acuerdos interinstitucionales para la creación de redes intersectoriales de VIH y violencia contra las mujeres en cada país del proyecto para apoyar la implementación del modelo integrado nacional.  |   |      |   |
|   |      |  |   |      |   |

| ACTIVIDADES   |          |   | OUTPUTS   |          |  |
|---|----------|---|---|----------|--|
| PREVISTAS + NUEVAS  | Val.     | VALORACIÓN  | PREVISTOS   | Val.     | VALORACIÓN   |
| 2.4 Apoyar la creación, en colaboración con el Ministerio de Salud, de las herramientas necesarias para implementar el modelo integrado nacional (por ej. formularios clínicos y legales, sistemas de referencia de casos, redes de servicios, sistemas de logística y administración, requerimientos y competencias de personal validados por las organizaciones participantes). | <b>D</b> | 2.4 Actividad no realizada, lo cual deja a los dos modelos nacionales sin sus componentes operativos para ser asumidos y aplicados.<br><br>En su lugar, se apoyan 'fondos semilla' a 4 organizaciones en Panamá y 2 en Guatemala, todas representantes de titulares de derechos, para apoyarles en alguna pequeña iniciativa de abordaje integrado VIH-VCM en sus contextos de trabajo particulares. En algunos casos (los menos) iniciativas dirigidas a mejorar los servicios de prevención/atención que prestan, y en otros centrados en elementos de empoderamiento de las mujeres VIH+ (DDHH de las mujeres VIH+, historias de vida...). No se articula un apoyo similar a las autoridades locales (garantes). |   |          |  |
| (Nueva actividad) Concesión de 'Fondos semilla' a iniciativas de ONG  |          |   |   |          |  |
| 3.1 Poner en funcionamiento una plataforma virtual sobre VIH y violencia para el funcionamiento de las redes nacionales (actividad 2.3) y el intercambio de recursos y experiencias a nivel subregional   | <b>B</b> | 3.1 Puesto en funcionamiento una plataforma virtual sobre VIH y violencia para el acceso <sup>183</sup> a recursos de información y experiencias a nivel subregional entre participante en actividades de formación previas. No se conformaron las redes que se preveían apoyar (actividad 2.3).  | 3. Implementado un sistema de intercambio de información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y cooperación técnica a nivel subregional. | <b>B</b> | 3. Implementada una plataforma de acceso a recursos virtuales sobre VOH y VCM, incluidas 'prácticas promisorias' como potenciales buenas prácticas. No es factible, por no haberse aplicado los modelos, diseminar buenas prácticas de su validación experimental, ni explorar posibilidades de cooperación técnica horizontal. Las dos iniciativas de cooperación a nivel subregional <sup>184</sup> no han podido recibir un seguimiento cercano desde el país al no quedar una institución responsable tras finalizar los contratos de consultoría locales. |
| 3.2 Dentro de la plataforma virtual, crear un centro de recursos virtual sobre VIH y violencia contra las mujeres con documentos, herramientas, artículos, informes de reuniones y conferencias, noticias y anuncios.   | <b>B</b> | 3.2 Dentro de la plataforma virtual, crear un centro de recursos virtual sobre VIH y violencia contra las mujeres con documentos, herramientas, artículos, informes de reuniones y conferencias, noticias y anuncios. Además, se realizaron tres webconferencias y se lanzaron siete boletines virtuales (hasta 31 de enero)  |   |          |  |
| 3.3 Realizar un encuentro subregional de países participantes para socializar los resultados del proyecto, diseminar buenas prácticas y explorar posibilidades de cooperación técnica horizontal.   | <b>B</b> | 3.3 Realizado encuentro subregional de países participantes para socializar los 2 'modelos' elaborados, así como los demás estudios realizados, incluyendo la recopilación de prácticas promisorias realizadas.   |   |          |  |

<sup>183</sup> Se valora como "acceso" a recursos y experiencias, y no como "intercambio" entre actores, por cuanto la plataforma gestiona información administrada de manera central y suministrada por las entidades gestoras del proyecto al que el resto de actores tienen acceso. Para hablar propiamente de "intercambio", tendrían que producirse aportes de información y experiencias de manera más equilibrada por parte de los actores de manera que entre todos alimentasen la plataforma, generándose entonces sí un intercambio entre entidades.

<sup>184</sup> Una derivada de contactos durante el proceso de consultoría en Panamá y la participación de ONUSIDA en el evento final en Antigua (Guatemala). Una segunda, un interés inicial de UNFPA en Guatemala, derivada por la difusión de los productos del proyecto en aquel país.

Leyenda de valoración:

**A**

Completada (en cantidad y calidad)

**B**

No completada (déficit en calidad o cantidad)

**C**

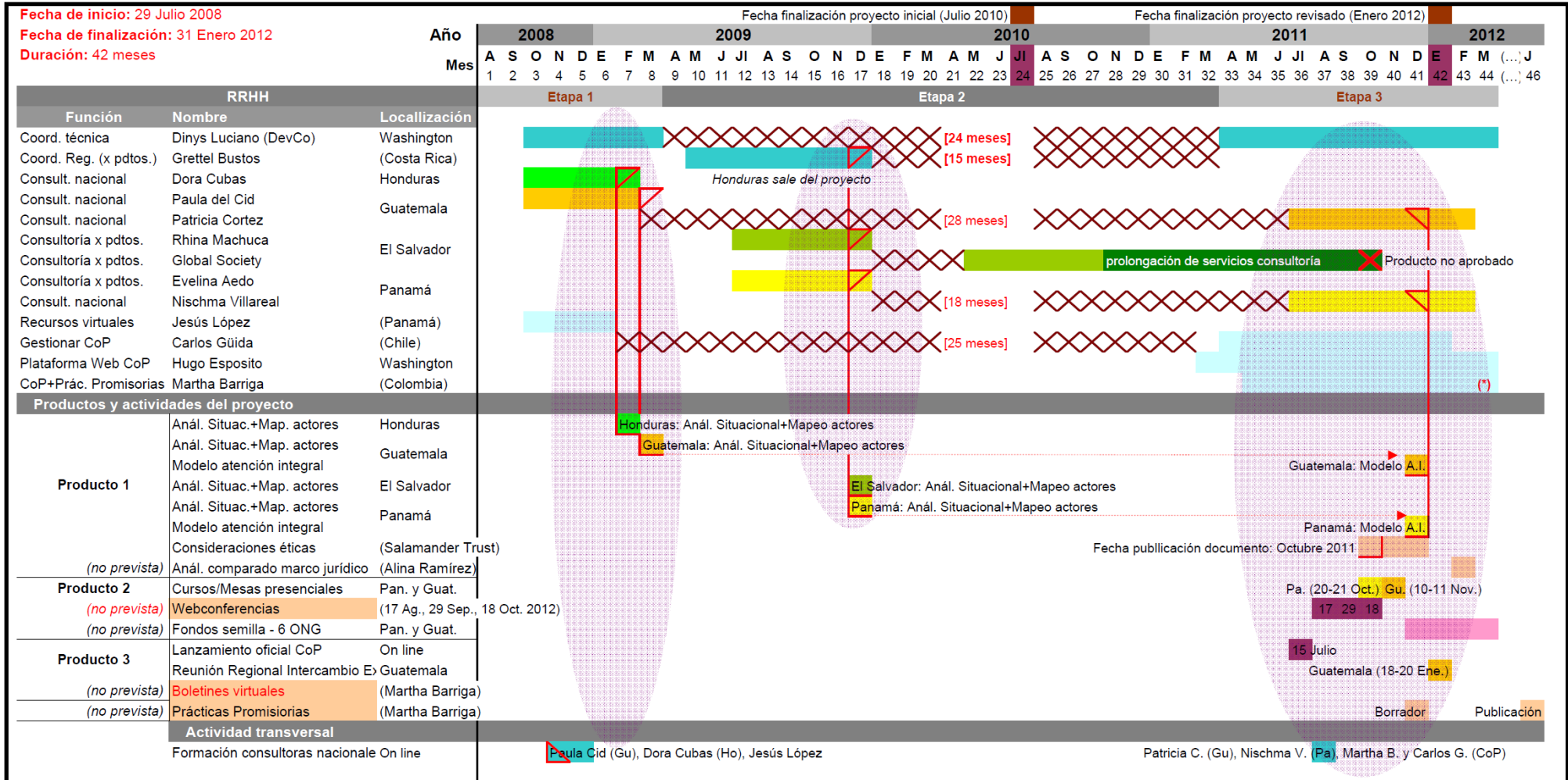
Insuficiente (grave déficit en calidad y cantidad)

**D**

No realizada

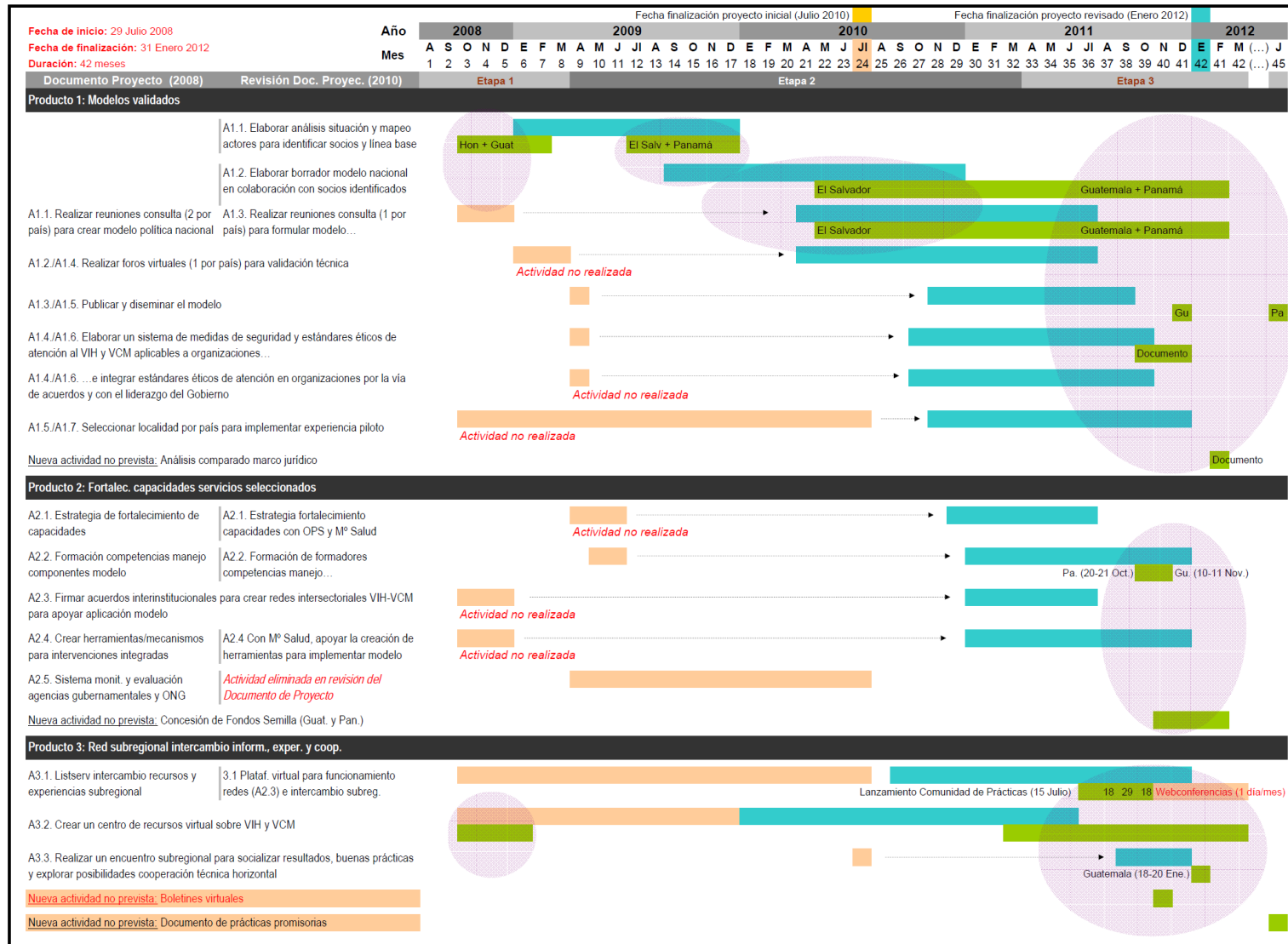
| OUTPUTS  |          |   | PROPÓSITO   |          |  |
|--|----------|---|---|----------|--|
| PREVISTOS  | Val.     | VALORACIÓN  | PREVISTO  | Val.     | VALORACIÓN   |
| 1. En base a un análisis de situación y mapeo de actores llevados a cabo en cada país del proyecto, desarrollados y evaluados modelos nacionales de políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM. | <b>B</b> | 1. Se han elaborado dos documentos con orientaciones para políticas y programas integrados para prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM, no modelos, por tanto tampoco han sido validados experimentalmente (prueba piloto).  | (Mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y de VIH mediante) <u>la implementación de políticas y programas integrados sobre violencia contra la mujer y VIH</u> en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, basados en el enfoque de derechos humanos. | <b>B</b> | El proyecto no ha conseguido implementar políticas y programas integrados sobre violencia contra la mujer y VIH basados en el enfoque de derechos humanos que tomasen como referencia sus modelos.<br>Se dispone de dos documentos de orientaciones –no modelos- validados técnicamente (Panamá y Guatemala) pero no adoptados por las autoridades sectoriales (Ministerio de Salud), y de dos estudios complementarios, uno sobre el marco jurídico vigente en los países participantes, y otro sobre consideraciones éticas.<br>Se podría decir que ha contribuido a generar conocimiento sobre los vínculos entre VIH y VCM, y sensibilidad al respecto entre un amplio abanico de actores. |
| 2. Elaborada e implementada una estrategia de fortalecimiento de capacidades para los servicios seleccionados en cada país.  | <b>D</b> | 2. Realizadas en dos de los cuatro países una actividad de inducción/sensibilización en materia de VIH-VCM y abordaje intersectorial y dimensiones éticas a considerar, pero no desde la perspectiva de formación de formadores, ni de fortalecimiento de capacidades para la aplicación del modelo integrado nacional.   |   |          |  |
| 3. Implementado un sistema de intercambio de información, lecciones aprendidas, buenas prácticas y cooperación técnica a nivel subregional   | <b>B</b> | 3. Implementado un sistema de intercambio de información, difundándose algunas prácticas promisorias, pero deficitario en lecciones aprendidas, buenas prácticas y cooperación técnica a nivel subregional, que se suponían fruto de la aplicación de los modelos integrados nacionales elaborados y del desarrollo de herramientas prácticas para implementarlo en la prestación de servicios. |   |          |  |

## ANEXO 6.1. Cronograma de ejecución real: recursos humanos, productos y actividades por países





## ANEXO 6.2. Cronograma previsto (inicial 2008 y revisado Junio 2010) comparado con el cronograma de ejecución real



## ANEXO 7.- Propuesta de monitoreo y evaluación del proyecto (agosto 2011)

### Recuadro 1.- Propuesta de Monitoreo y evaluación, versión preliminar, agosto de 2011 (Resumen)

**Mecanismos:** reporte mensual, informe trimestral, evaluación final.

**Métodos:** a) Evaluaciones ex ante y ex post de actividades de capacitación; b) Reportes de actividad Boletín electrónico y plataforma CoP), c) Encuesta final de evaluación a organizaciones socias del proyecto en país, d) Encuesta a participantes en actividades de la CoP (foros virtuales, webconferencias); y e) Encuesta a suscripciones del boletín electrónico.

#### Algunos indicadores previstos:

##### Diálogo intersectorial y diseño del Modelo de país

- Cantidad y tipo de actividad con actores clave para diseñar el Modelo de país. Especificar número de reuniones, talleres visitas institucionales.
- Cantidad y tipo de actividades con actores clave para presentar el proyecto. Especificar número de reuniones, talleres, eventos de presentación, visitas institucionales, conferencias telefónicas.
- Cantidad de participantes en actividades con actores clave. Especificar actividad y número de participantes.
- Cantidad y tipo de organizaciones que suscriben el Modelo de país (versión final aprobada por todos los sectores involucrados). Especificar número y tipo de organización (Gobierno, distribuidas por sector; ONGs; Grupos comunitarios; Redes; Academia; Organismos internacionales; Asociaciones profesionales)
- Percepción de los actores clave sobre (encuesta): a) Relevancia de las actividades del proyecto para el trabajo de los distintos sectores; b) Prioridades sectoriales, c) Viabilidad de implementar políticas y programas integrados de VIH y VCM; d) Prioridades relativas a capacidades institucionales para integrar políticas y programas de VIH y VCM; e) Prioridades de desarrollo de competencias del personal, f) Factores asociados a la sustentabilidad del Modelo.

##### Fortalecimiento de capacidades en países participantes

- Actividades de capacitación desarrolladas por las consultoras de país
- Curso intersectorial sobre integración de políticas y programas de VIH y VCM
- Percepción de participantes de las actividades de capacitación sobre (encuesta): (i) Relevancia de los contenidos para su desempeño laboral; b) Aportes conceptuales del proceso de aprendizaje, c) Aplicación de los conceptos y herramientas metodológicas; d) Temas más relevantes para el aprendizaje; e) Desempeño de facilitadores
- Cantidad y tipo de instrumentos sectoriales diseñados en cada país para apoyar la implementación del Modelo (registros sectoriales, formatos de seguimiento a las referencias, materiales educativos, etc.)

Si bien en algunos aspectos podría resultar excesivo, la aplicación de esta propuesta de monitoreo o una versión más resumida hubiera supuesto un salto de calidad en el sistema de seguimiento y lo acercaría sustancialmente al estándar que se había establecido en el Documento de Proyecto (ver recuadro 2, el resaltado es propio).

### Recuadro 2.- Esquema de monitoreo previsto (mecanismos y responsabilidades)<sup>185</sup>

Los/as coordinadores/as nacionales serán responsables de la preparación de **informes de país**, conjuntamente con la coordinadora general del proyecto(\*). El seguimiento y la preparación de los **informes de desempeño del proyecto** serán efectuados por la CIM en colaboración con la coordinadora general. Se realizará una presentación de informes semestralmente para evaluar si las actividades se han desarrollado según lo planeado, qué servicios e intervenciones se están desarrollando, cómo se está alcanzando a la población beneficiaria, el rol de las organizaciones participantes así como el contexto en que estos servicios e intervenciones se están desarrollando. También se monitoreará la calidad de los servicios e intervenciones tratando de asegurar la adhesión a los estándares éticos relativos a la atención y prevención del VIH y la VCM. Se utilizará **la matriz de monitoreo y evaluación**, cuyo seguimiento será responsabilidad de las/os

<sup>185</sup> Documento de Proyecto (Julio 2008), apartado 4.1.

asesores nacionales en coordinación con la coordinadora general(\*), y los resultados se socializarán a través de reuniones semestrales con las contrapartes nacionales del proyecto, a fin de retroalimentar el trabajo de cada sector y **realizar los ajustes pertinentes**.

(\*) Con la revisión del proyecto de Junio de 2010, en este punto no se remite a la coordinadora general del proyecto, sino al personal de la CIM responsable para el proyecto

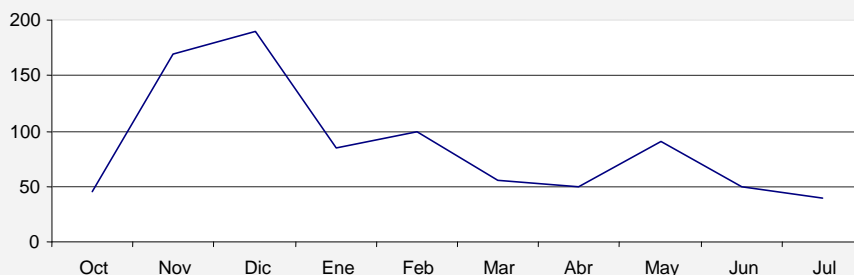


## ANEXO 8.- Componentes y características de la Comunidad de Prácticas

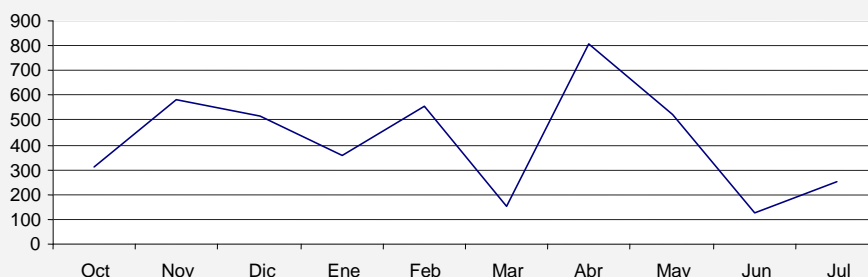
### Panorama general

Lanzada a mediados de 2011, la Comunidad de Prácticas registra sus visitas a partir de octubre de 2011.

Evolución del número de visitas a la Comunidad de Prácticas (por mes)



Evolución del número de páginas visitadas de la Comunidad de Prácticas (por mes)



En los últimos meses del proyecto (Octubre – Enero) tuvo un promedio de 120 visitas no únicas, a cerca de 4 páginas por término medio (unas 440 en total). Tomando un periodo de tiempo más amplio, hasta finales de julio de 2012, el número de vistas desciende un 30%. En ese tiempo se han acumulado 875 visitas y 617 visitantes para 4,186 páginas consultadas. Un 30% de las visitas (258) vuelven a acceder a la Comunidad de Prácticas al menos una vez.

El número de páginas visitadas tiene un incremento sustantivo en el mes de abril a raíz de la difusión masiva de un boletín electrónico en el que se informaba de nuevos documentos disponibles en la Comunidad de Prácticas, entre otros eventos singulares de ese mes, como la presentación del proyecto al Comité Directivo 2010-2012 de la CIM.

Tiene una audiencia amplia y latinoamericana. De un total de 65 países, hay 15 países que la han visitado al menos 10 veces. Si bien Estados Unidos ocupa el primer lugar (178 visitas, 20%), el público es mayoritariamente de la región Latinoamericana. Los países del proyecto están en los puestos 4º (Panamá, 73 visitas, 8%), 8º (Guatemala, 36, 4%) y 12º (El Salvador, 19, 2%).

### Instrumento y características

#### Biblioteca virtual

A un mes del cierre del proyecto contaba con 375 documentos y 1,603 visitas (diciembre de 2011)<sup>186</sup>.

En abril de 2012, a los pocos meses de haber finalizado el proyecto, constaba de 518 documentos, y se reportaba 4,944 documentos descargados lo que llevaba a calificarlos como el “centro de acopio de documentos sobre VIH y VCM más

<sup>186</sup> “Estrategia de comunicación” (Martha Barriga, responsable de comunicaciones del proyecto, y Caros Güida, responsable de la Comunidad de Prácticas).

grande a nivel mundial<sup>187</sup>. Con 6,163 visitas a finales de mayo de 2012, puede establecerse un promedio de unas 1,000 visitas al mes de usuarios no únicos.

Los documentos generados por el proyecto fueron descargados entre 6 y 9 ocasiones cada uno de ellos (mapeos de actores y análisis situacionales por países). En esa fecha (mayo 2012), todavía no estaban disponibles los dos 'modelos' de Guatemala y El Salvador a modo de guías de orientación.

A esa fecha, de las 6 *categorías* existentes, las consultas ha sido mayoritariamente sobre documentos de la categoría de investigación (38%), seguido de políticas y programas (20%), buenas prácticas (13%), comunicación (12%), desarrollo de capacidades (10%) y documentación generada por el proyecto de la CIM/OEA (5%).

#### **Enlaces y documentos de interés**

– Enlaces de interés: Un total de 19 enlaces: 11 otras entidades (4 de organismos internacionales y resto de organizaciones de la sociedad civil y redes y coaliciones); 3 enlaces a campañas., y 4 a anuncios en TV y vídeos.

Es notoria la ausencia a los portales o de VIH y de VCM de las instituciones públicas de los gobiernos, o a sus programas, al menos de aquellos países con los que el proyecto ha trabajado.

– Proyectos CIM/OEA: Disponibles los dos proyectos de VIH y VCM (Centroamérica y Caribe) y la Declaración de San Salvador. También los cuatro análisis situacionales y los cuatro mapeos de actores elaborados con cargo al proyecto. Página actualizada a febrero de 2012, no cuenta todavía con los dos 'modelos' elaborados de Guatemala y Panamá.

– Proyectos DVCN: Documentos elaborados por la empresa Development Connections (cursos, estrategias, foros, artículos, manuales y entrevistas)

– Red de intercambio: Disponibles los 23 documentos presentados en el encuentro subregional celebrado en Antigua.

#### **Foros**

– Foro "Políticas y programas integrados de VIH y VCM". Presentado como el espacio que tiene por objetivos: 1. Conocer algunas de las iniciativas existentes de integración de VIH y VCM a nivel regional, nacional y local; 2. Identificar necesidades para desarrollar capacidades institucionales para la integración efectiva de políticas y programas de VIH y VCM. No está operativo.

– Foro de expertos. No operativo. No se logró obtener el panel de expertos para activar esta sección.

– Espacio de trabajo/Staff del Proyecto. Intranet privada para la coordinación del equipo técnico del proyecto.

– Curso virtual "VIH, violencia contra las mujeres y Derechos Humanos". Intranet privada para la formación de staff del proyecto.

#### **Boletines virtuales**

Editados y distribuidos 8 boletines *Respuestas integradas*.

139 suscriptores (Diciembre 2011). En la encuesta de valoración de 5 preguntas realizada en ese mes responden

#### **Web conferencias**

3 Webconferencias.

78 participantes

---

<sup>187</sup> Presentación al Comité Directivo 2010 – 2012 de la CIM. Tercera sesión ordinaria (17 de abril de 2012).

## ANEXO 9. Relación de personas contactadas

### Secretaría General de la Organización de Estados Americanos (OEA)

- Ricardo Graziano, Director del Departamento de Planificación y Evaluación (DPE).
- Yacsire Cutler, Jefa de la Sección de Apoyo a la Gestión de Proyectos del DPE.
- Fernando Prieto, Administrador Ejecutivo del FEPO.
- Alejandro Cruz, Especialista de la Sección de Apoyo a la Gestión de Proyectos del DPE.
- Carmen Moreno, Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM).
- Hilary Anderson, Especialista de la CIM. Coordinadora General del Proyecto.
- Leonardo López, Administrador de la CIM.
- María Celina Conte. Especialista de la CIM.

### Proyecto CIM 0701

- Dinys Luciano, Consultora - Coordinadora Técnica del Proyecto.
- Nischma Villarreal, Consultora - Coordinadora Nacional del Proyecto en Panamá.
- Patricia Cortéz, Consultora - Coordinadora Nacional del Proyecto en Guatemala.
- Rhina Machuca, Consultora del Proyecto CIM 0701 en El Salvador.
- Gonzalo Rodríguez, Consultor del Proyecto CIM 0701 en El Salvador.
- Evelina Aedo, Consultora del Proyecto CIM 0701 en Panamá.

### Instituciones y personas contactadas en El Salvador

#### *Organización de Estados Americanos (OEA)*

- Ronald Ochaeta, Representante de la OEA en El Salvador.

#### *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*

- María Dolores Pérez-Rosales, Asesora Regional Programa de ITS/VIH.
- Mirna Pérez, Programa de ITS/VIH.

#### *Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU)*

- Yanira Argueta, Directora Ejecutiva.
- Angélica Cuadra, Jefa de Relaciones Internacionales.
- Angélica Batres, Programa Integral para una Vida Libre de Violencia.
- Isabel Payés, Programa Integral para una Vida Libre de Violencia.
- Sonia Viñerta, Gerencia Política Nacional de la Mujer.

#### *Ministerio de Salud (MISAL)*

- Morena Jovel, Programa Nacional de ITS, VIH y sida.



- Yanira Quesada, Programa Nacional de ITS, VIH y sida.
- Brenny Herrera; Asesora de Género de la Viceministra de Salud.
- María Elena Ávalos, Unidad de Violencia.

*Comisión Nacional contra el Sida (CONASIDA)*

- Francisco Carrillo, Secretario Ejecutivo.

*Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH y sida (ICW)*

- Guadalupe Castañeda, Activista de la ICW-Capítulo de El Salvador.
- Mercedes Melara, Activista de la ICW- Capítulo de El Salvador.
- Luisa Santos, Activista de la ICW- Capítulo de El Salvador.

*Fundación CONTRASIDA*

- Cristina Quintanilla.

*Organización de Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA)*

- Silvia Juárez, Coordinadora del Programa de Atención a la Violencia.

*Programa Regional RedCA+*

- Sergio Montealegre, Director del Programa.

---

## **Instituciones y personas contactadas en Panamá**

*Organización de Estados Americanos (OEA)*

- Abigail Castro, Representante de la OEA en El Salvador.

*Organización Panamericana de la Salud (OPS)*

- Hilda Real, Representante (a.i.).
- Shelly N. Abdool, Asesora Regional, Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos.
- Jesús López, OPS – Programa de Violencia contra las Mujeres.
- Víctor Mejía, Consultor, Programa VIH y sida.

*Instituto Nacional de la Mujer (INAMU)*

- Markelda Herrera, Directora del INAMU.
- Gladys Vallester, Directora Nacional de Derechos Humanos.

*Ministerio de Salud (MINSAL)*

- Aurelio Núñez, Jefe del Programa Nacional de ITS, VIH y sida.
- Lilia Bernal, Técnica del Programa Nacional de ITS, VIH y sida.
- Rigoberto Villarreal, Técnico del Programa Nacional de ITS, VIH y sida.

*Programa Nacional de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*

- David Ruíz, Programa VIH y sida
- Norma García de Paredes, Programa VIH y sida

*Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA)*

- Hege Wagan, Asesora Regional.

*Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)*

- Martha Icaza, Analista de Programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- Ana de Obaldía, Proyecto con Trabajadoras Sexuales en la Frontera con Costa Rica.

*Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID-PASCA)*

- Diego Postigo, Representante para Panamá de USAID-PASCA.

*Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH y sida (ICW)*

- Edith Tristán, Activista de la ICW-Capítulo Panamá.

*Centro de Desarrollo de la Mujer (CEDEM)*

- Urania Ungo, Presidenta.

*Grupo Génesis Panamá Positivo*

- Luis Seoane

*Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAF)*

- Elsie Othon, Gerente de Proyectos Sociales.

*Espacio Encuentro Mujeres*

- Delka Nieto
- Eusebia Solís





## ANEXO 10. Listado de documentación consultada

### Documentos de Contexto Institucional y Político-Normativo (orden alfabético)

- \_\_\_\_\_ (1999): Ley nº 238. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el Sida. Decreto 147-99, del 14 de octubre de 1999. Nicaragua.
- \_\_\_\_\_ (1999): Reglamento de la Ley nº 238. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el Sida. Decreto A.N. No. 2378, del 20 de octubre de 1999. Nicaragua.
- \_\_\_\_\_ (2000): Ley nº 3 de 5 de enero de 2000, B.O. 7/1/2000. Ley General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Sida. Panamá.
- \_\_\_\_\_ (2001): Decreto Ejecutivo nº 119 (de 29 de mayo de 2001) que Reglamenta la Ley nº 3 de 2000, General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA. Panamá.
- ADS (2009): *Encuesta Nacional de Salud Familiar. FESAL 2008. Informe resumido*. Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y USAID. República de El Salvador. Febrero, 2009.
- Asociación Gente Positiva (s/f): *Acuerdo Gubernativo Número 317-2002. Reglamento de la Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA*. Guatemala, República de Guatemala.
- CIM (1995): *Plan Estratégico de acción de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)*. Presentado en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China. Septiembre, 1995.
- CIM (2006): *Programa de Trabajo de la CIM para el bienio 2006-2008: Orientaciones Programáticas*. CIM/doc.5/06. 2 de noviembre de 2006.
- CIM (2007): *Declaración de San Salvador: Género, Violencia y VIH*. CIM/DEC. 4/07 (VII-E/07). 5 de noviembre de 2007.
- CIM (2008): *Informe anual de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) al trigésimo octavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos*. 1 de marzo de 2008. Documento inédito.
- CIM (2008): *Plan de Trabajo Bienal de la CIM para 2008-2010: Orientaciones Programáticas*. Comisión Interamericana de Mujeres. Documento inédito.
- CIM (2009): *Informe anual de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) al trigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos*. 2 de marzo de 2009. Documento inédito.
- CIM (2010): *Informe anual de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) al cuadragésimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos*. 19 de febrero de 2010. Documento inédito.
- CIM (2010): *Informe anual de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) a la Asamblea General*. 8 de marzo de 2010. Documento inédito.
- CIM (2011): *Informe anual de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) al cuadragésimo primero período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos*. 7 de marzo de 2011. Documento inédito.

- CIM (2012): *Informe anual de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) al cuadragésimo segundo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos*. 17 de febrero de 2012. Documento inédito.
- CIM/OEA (1998): *Programa Interamericano sobre la promoción de los derechos humanos de la mujer y la equidad e igualdad de género*. [CIM/RES. 209/98 y AG/RES. 1625 (XXIX-O/99)]. Documento inédito.
- CIM/OEA (2006): *Trigésima Tercera Asamblea de Delegadas de la Comisión Interamericana de Mujeres. Acta Final*. San Salvador, El Salvador de 13 al 15 de noviembre de 2006.
- CIM/OEA (2011): *Plan Estratégico 2011-2016 de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)*. Comisión Interamericana de Mujeres/Organización de Estados Americanos. Washington, DC.
- CIM/OEA (2011): *Programa Bienal de Trabajo de la CIM. 2011-2012*. Comisión Interamericana de Mujeres/Organización de Estados Americanos. Documento inédito.
- CONAPREVI (2003): *Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres (PLANNOVI). Guatemala 2004-2014*. Coordinadora Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres (CONAPREVI). Guatemala, diciembre 2003.
- CONASIDA (2005): *Política de Atención Integral a la Epidemia de VIH/SIDA*. Comisión Nacional contra el SIDA (CONASIDA). San Salvador, noviembre 2005.
- CONAVIH (2009). *Plan Estratégico Nacional Multisectorial de ITS, VIH y Sida 2009-2014*. Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH) / Programa Nacional de ITS, VIH y sida. Ministerio de Salud. Panamá, octubre 2009.
- Congreso de la República de Guatemala (2000): Decreto Número 27-2000-06-26. *Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA*. Guatemala, mayo 2000.
- CONISIDA (s/f): *Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida. Nicaragua 2006-2010*. Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA). Managua, Nicaragua.
- CONISIDA (2010): *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Nicaragua. Período de Cobertura: enero 2008-diciembre 2009*. Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA). Managua, marzo 2010.
- Corte Suprema de Justicia (1999): *Ley Especial sobre VIH/SIDA. Decreto n° 147-99*. Diario Oficial La Gaceta número 29,020 del sábado 13 de noviembre de 1999. República de Honduras.
- DINAMU (2001): *Ley 38 sobre Violencia Doméstica y Maltrato al Niño, Niña y Adolescente*. Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU)/Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. Panamá
- DINAMU (2002): *Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (PIOM II) 2002-2006*. Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU)/Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. Panamá, República de Panamá.
- DINAMU (2004): *“Plan Nacional contra la Violencia Doméstica (2004-2014)”*. Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU)/Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. Panamá, República de Panamá.
- Gobierno de El Salvador (2010): *Informe UNGASS 2010*. San Salvador, El Salvador. Marzo 2010.
- Gobierno de Nicaragua (2008): *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Nicaragua. Período de cobertura: enero 2006-diciembre 2007*. Managua, Nicaragua.
- INAM (s/f): *Política Nacional de la Mujer. Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades 2002-2007*. Instituto Nacional de la Mujer (INAM). Tegucigalpa, Honduras.

- INAM (s/f): *Ley contra la Violencia Doméstica y sus Reformas*. Instituto Nacional de la Mujer (INAM). Tegucigalpa, Honduras.
- INAM (s/f): *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2006-2010*. Instituto Nacional de la Mujer (INAM). Tegucigalpa, Honduras.
- INAM (s/f): *Política Nacional de la Mujer. II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022*. Instituto Nacional de la Mujer (INAM) / ASDI / AECID / UNFPA / UNIFEM / PNUD. Tegucigalpa, Honduras.
- INIM (s/f): *Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Nicaragua 2001-2006 (Versión electrónica)*. Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM) / Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia. Managua, Nicaragua.
- INIM (2006): *Programa Nacional de Equidad de Género. 2006-2010*. Instituto Nicaragüense de la Mujer. Managua, Nicaragua.
- ISDEMU (2005): *Política Nacional de la Mujer*. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU)/Gobierno de El Salvador. San Salvador, El Salvador.
- ISDEMU (2005): *Plan de Acción 2005-2009. Política Nacional de la Mujer (incluye Plan de Acción 2000-2009 del Área Violencia contra la Mujer)*. Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer. San Salvador, El Salvador.
- ISDEMU (2011): *Normativa Nacional para la Igualdad de Género*. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU). San Salvador, El Salvador.
- INEI/ONUSIDA/UNFPA (2010): *PERÚ: Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH e ITS, 2008*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Lima, Perú. Octubre 2010.
- Luciano, Diny (2007): *Estrategias nacionales sobre VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y El Caribe: un reto impostergable*. Development Connections. Washington, DC. Documento inédito.
- Luciano, Diny (2007): *Explorando las intersecciones entre empoderamiento, VIH y violencia con contra las mujeres en América Latina y El Caribe*. Development Connections. Washington, DC. Documento inédito.
- Luciano, Diny (2009): *Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres*. Development Connections / UNIFEM. Washington, DC.
- MAEC (2005): *Plan Director de la Cooperación Española. 2005-2008*. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC). Madrid, España.
- Marcovici, Karen (2002): *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC. Diciembre, 2002.
- Méndez, María Elena (coord.) (2003): *Análisis de las Políticas Nacionales de ITS/VIH/SIDA desde un enfoque de género*. Centro de Estudios de la Mujer (CEM) / UNIFEM. Tegucigalpa, agosto 2003.
- MESECVI/OEA (2012): *Segundo informe hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belem do Pará. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Pará (MESECVI)/Organización de Estados Americanos (OEA)*. Washington, DC. Abril, 2012.
- MCP-ES (2011): *Informe Nacional sobre el estado de la situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación. Año 2010*. Mecanismo de Coordinación de País–El Salvador (MCP-ES) de lucha contra el VIH, sida, tuberculosis y malaria. El Salvador, septiembre 2011.
- Ministerio de Salud (2011): *Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la respuesta al VIH-sida e ITS. 2011-2015. Volumen I. Plan Estratégico*. Ministerio de Salud / Programa Nacional ITS, VIH y sida / Comisión Nacional contra el SIDA (CONASIDA). San Salvador, marzo 2011.

- Ministerio de Salud (2012): *Medición de Gastos en Sida. El Salvador. 2010*. Ministerio de Salud / ONUSIDA / PASCA-USAID. San Salvador, El Salvador. Marzo, 2012.
- Ministerio de Salud Pública (2005): *Programa Nacional de ITS-VIH-SIFA. Informe nacional sobre los avances en la Declaración de UNGASS*. Ministerio de Salud Pública. Guatemala, diciembre 2005.
- Ministerio de Salud Pública (2006): *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-SIDA e ITS. 2006-2010*. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. Ministerio de Salud Pública. Primera edición en español. Guatemala, marzo 2006.
- Ministerio de Salud Pública (2006): *Política Pública 638-2005. Respecto de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual –ITS y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA*. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. Ministerio de Salud Pública. Guatemala, julio 2006.
- Ministerio de Salud Pública (2009): *Boletín Epidemiológico*. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Montevideo, Uruguay. Agosto, 2009.
- Ministerio de Salud Pública (2010): *Reporte UNGASS Guatemala 2010. Periodo de cobertura: enero 2008-diciembre 2009. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre VIH y sida*. Ministerio de Salud Pública / USAID-PASCA / OPS/ ONUSIDA / Otros. Guatemala, marzo 2010.
- Ministerio de Salud Pública (2011): *Informe final de la Medición del Gasto en SIDA. Guatemala 2007-2008*. Ministerio de Salud Pública. Guatemala, junio 2011.
- Ministerio de Salud Pública (2011): *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y sida. Guatemala 2011-2015. Volumen I. El Plan Estratégico*. Ministerio de Salud Pública / Comisión Nacional contra el SIDA (CONASIDA). Guatemala, junio 2011.
- MINSA (s/f): *Plan Estratégico Multisectorial de VIH y SIDA. Prioridades 2007-2010*. Ministerio de Salud (MINSA). Panamá, República de Panamá.
- MINSA (s/f): *Programa Nacional de VIH y SIDA (PNVS). Plan Marco 2007-2010*. Ministerio de Salud (MINSA). Panamá, República de Panamá.
- MINSA (2006): *Panamá Gasto Nacional en Sida 2004-2005*. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Ministerio de Salud (MINSA) / Programa de Acción Sida para Centroamérica (PASCA) / ONUSIDA. Panamá, mayo 2006.
- MINSA (2008): *Política Pública Nacional sobre el VIH y sida*. Ministerio de Salud (MINSA) / USAID. Panamá.
- MSPAS (2004): *Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana*. Programa Nacional ITS y VIH/SIDA / Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). San Salvador, El Salvador.
- MSPAS (2005): *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-SIDA e ITS. 2005-2010*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) / Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Primera Edición. San Salvador, El Salvador.
- MSPAS (s/f): *Medición del Gasto en Sida 2006*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). San Salvador, El Salvador.
- MSPAS (s/f): *Medición del Gasto en Sida 2007*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) / CONASIDA / PASCA-USAID. San Salvador, El Salvador.
- MSPAS (2009): *V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y otros organismos. Guatemala, noviembre 2009.
- Naciones Unidas (2011): *Declaración política sobre el VIH-SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA. A/RES/65/277*. Sexagésimo quinto periodo de sesiones de la Asamblea General. 8 de julio de 2011.

- Naciones Unidas (2012): *Unidos contra el SIDA: hacia la consecución de las metas establecidas en la Declaración política de 2011*. Informe del Secretario General. A/66/757. Sexagésimo quinto periodo de sesiones de la Asamblea General. 2 de abril de 2012.
- Nagger, Farah (2005): *Género, violencia sexual e intrafamiliar y VIH-Sida. Abordando las conexiones*. Unidad de Género, Etnia y Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Presentación realizada en Costa Rica, 21-22 de julio de 2005.
- OMS (2008): *Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza.
- ONU Mujeres (s/f): *Informe Anual 2010-2011*. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres). Nueva York, Estados Unidos.
- ONUSIDA (2010): *La agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Plan operativo para el marco de acción del ONUSIDA: abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el SIDA (ONUSIDA). Ginebra, Suiza
- ONUSIDA (2011): *Diez objetivos. Declaración política de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA de 2011. Objetivos y compromisos de erradicación*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el SIDA (ONUSIDA). Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA/OMS (2006). *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 06*. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza.
- OPS (s/f): *Hoja Informativa. Género y el UNGASS sobre VIH/SIDA*. GenSalud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.
- OPS (2005): *Hoja Informativa. La violencia de género y el VIH/SIDA*. GenSalud. Unidad de Género, Etnia y Salud y Unidad de VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.
- OPS (2005): *Plan Regional VIH/ITS para el Sector Salud. 2006-2015*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Noviembre, 2005.
- OPS (2008): *Estrategia de Cooperación con el País. Panamá 2007-2011*. Organización Panamericana de la Salud. Panamá, República de Panamá.
- OPS (2009): *Informe Final. Violencia de género y relación con el VIH. El Salvador*. Organización Panamericana de la Salud. (documento inédito). San Salvador, El Salvador. Enero 2009
- OPS/OMS (2006): *Informe. Cuadragésima Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe*. Unidad de Género, Etnia y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Santiago de Chile, Chile. Documento Inédito.
- OPS/OMS (2010): *Estudio Regional sobre VIH y violencia contra las mujeres. Versión final preliminar*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC. Octubre, 2010.
- PASCA (2012): *Memoria del Conversatorio 'Epidemia del VIH, violencia basada en género y violencia sexual en Panamá. Avances y desafíos en la construcción de una agenda conjunta para la prevención del VIH*. Documento mimeografiado. Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (PASCA-USAID). Panamá, marzo 2012.
- Programa Nacional ITS/VIH/SIDA (2011): *Medición del Gasto en Sida. MEGAS. 2010*. Ministerio de Salud / ONUSIDA / PASCA-USAID. Panamá, República de Panamá. Noviembre, 2011.
- República de El Salvador (1996): *Ley contra la Violencia Intrafamiliar. Decreto nº 902*. Asamblea Legislativa de El Salvador. San Salvador, diciembre 1996.

- República de El Salvador (2008): *Informe Nacional sobre los progresos de la aplicación del UNGASS. El Salvador. Enero 2006-Diciembre 2007*. San Salvador, El Salvador.
- República de Guatemala (1996): *Decreto número 97-1996. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. Decreto n° 902*. Congreso de la República de Guatemala. Guatemala, 28 de noviembre de 1996.
- República de Nicaragua (2006): *Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida. Nicaragua. Mangua, Nicaragua*.
- República de Nicaragua (2012): *Ley n° 779. Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas a la Ley n° 641 'Código Penal'*. La Gaceta Diario Oficial. Managua, 22 de febrero de 2012.
- República de Panamá (2001): *Ley 38 que reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial sobre Violencia Doméstica y Maltrato al Niño, Niña y Adolescente, deroga artículos de la Ley 27 de 1995 y dicta otras disposiciones'*. Asamblea Legislativa. Gaceta Oficial. Panamá, julio 2001.
- Secretaría de Salud (2003): *"El Plan Estratégico Nacional de lucha contra el VIH/SIDA. 2003-2007. PENSIDA II"*. Departamento ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras.
- Secretaría de Salud (2007): *Perfil Epidemiológico de ITS-VIH-SIDA en Honduras 2007*. Departamento de ITS-VIH-SIDA. Secretaría de Salud / USAID. Tegucigalpa, Honduras.
- SEPREM (2001): *Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006*. Gobierno de la República de Guatemala / Secretaría Presidencial de la Mujer (SERPREM). Guatemala, enero 2001.
- SEPREM (2009): *Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Integral de las Mujeres (PNPDIM) y Plan de Equidad de Oportunidades (PEO), 2008-2023*. Gobierno de la República de Guatemala / Secretaría Presidencial de la Mujer (SERPREM). Guatemala, noviembre 2009.
- SEPREM (2011): *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. Decreto número 07-96 y su Reglamento. Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer*. Gobierno de la República de Guatemala / Secretaría Presidencial de la Mujer (SERPREM). Guatemala, abril 2011.
- USAID (2010): *Resumen de Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control el VIH-SIDA e ITS, 2005-2010*. Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (PASCA). San Salvador, El Salvador.
- VV. AA. (2008): *Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres*. Development Connections / UNIFEM / OPS / CIM / RSMLAC. Washington, DC.

### Documentos de gestión del proyecto CIM 0701 (orden cronológico)

- \_\_\_\_\_ (2006): *Memorándum de Entendimiento entre el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC) de España y la Secretaría General de la Organización de Estados Americanos (OEA), para establecer el Fondo Español para la OEA*. Washington, DC. 26 de Junio de 2006.
- Secretaría General de la OEA (2007): *Perfil de proyecto. Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica*. Comisión de Evaluación de Proyectos (documento interno).
- OEA (2008): *Guía para la elaboración del Documento de Proyecto*. Departamento de Planificación y Evaluación (DPE)/OEA. Washington D.C. Febrero, 2008.

- OEA (2008): *Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica. CIM0701. Documento de Proyecto*. Versión Diciembre 2007. Presupuesto revisado en julio 2008. Departamento de Planificación, Control y Evaluación-OEA. Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (2008): *Resolución de Concesión de Subvención de Cooperación Internacional*. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación/Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Madrid, 4 de abril de 2008.
- OEA (2009): *Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP)*. Departamento de Planificación, Control y Evaluación-OEA. Fecha del informe: 20 de marzo de 2009.
- \_\_\_\_\_ (2009). *Primer informe narrativo de seguimiento de progreso*. Proyecto de Cooperación Técnica Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica. Abril, 2009.
- DVCN (2009): *Reporte de actividades realizadas por Dinys Luciano (Development Connections) en el proyecto de la CIM/OEA: Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un Enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica*. Periodo septiembre 2008-marzo 2009.
- \_\_\_\_\_ (2009): *Verificación del proyecto 'Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica-Primera Fase'*. Verificación semestre 1. Departamento de Planificación y Evaluación. Fecha del documento: 11 de agosto de 2009.
- \_\_\_\_\_ (2009): Memorándum de la Secretaria Ejecutiva de la CIM a la Directora Ejecutiva del Fondo Español, de 30 de septiembre de 2009. CIM nº 09-091/09.
- \_\_\_\_\_ (2009): *Resolución de Concesión de Subvención de Cooperación Internacional*. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación/Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Madrid, 7 de octubre de 2009.
- OEA (2010): *Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica. CIM0701. Documento de Proyecto*. Versión Junio 2010. Departamento de Planificación, Control y Evaluación-OEA. Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (2010): *Nota sobre el proyecto: VIH/SIDA y violencia contra las mujeres en Centroamérica (ASG-CIM/029)*. Ejecución del proyecto hasta 06/28/2010.
- OEA (2011): *Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP)*. Departamento de Planificación, Control y Evaluación-OEA. Fecha del informe: 12 de enero de 2011.
- \_\_\_\_\_ (2011): *Informe de verificación del proyecto 'Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica-Primera Fase'*. Departamento de Planificación y Seguimiento. Fecha del documento: 24 de junio de 2011.
- \_\_\_\_\_ (2011): Memorándum del Director del Departamento de Planificación y Evaluación a los Directores de Área, de 22 de noviembre de 2011. Código: SAF/DPE - 13/11.
- OEA (2012): *Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP)*. Departamento de Planificación y Evaluación-OEA. Fecha del informe: 16 de marzo de 2012.
- \_\_\_\_\_ (2012): *Informe Final. CIM 0701 'Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica'*.

## Principales documentos producidos en el marco del proyecto (orden cronológico)

- \_\_\_\_\_ (2009): *Mapeo de actores-Propuesta metodológica*. Proyecto: Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un Enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica. Documento de trabajo.
- \_\_\_\_\_ (2009): *Centro de recursos-Descripción y listado de recursos*. Proyecto: Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un Enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica. Documento de trabajo.
- \_\_\_\_\_ (2009): *Criterios de selección de áreas geográficas en que se desarrollarán las experiencias piloto de integración VIH y violencia contra las mujeres*. Proyecto: Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer desde un Enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica. Documento de trabajo.
- CIM/OEA (2009): *La Intersección del VIH y la Violencia de Género: Proyecto de Integración de Políticas y Programas en Centroamérica*. Boletín Informativo nº 1. Comisión Interamericana de Mujeres. Febrero, 2009.
- CIM/OEA (2009): *El VIH y la violencia contra las mujeres en Honduras*. Boletín Informativo nº 2. Comisión Interamericana de Mujeres. 2009.
- CIM/OEA (2009): *Instrumentos pertinentes para la integración de políticas y programas de VIH y violencia contra las mujeres*. Boletín Informativo nº 3. Comisión Interamericana de Mujeres. 2009.
- CIM/OEA (2010): *Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.
- CIM/OEA (2010): *Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.
- CIM/OEA (2010): *Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Honduras*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.
- CIM/OEA (2010): *Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Panamá*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.
- CIM/OEA (2010): *Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.
- CIM/OEA (2010): *Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.
- CIM/OEA (2010): *Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en Honduras*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.
- CIM/OEA (2010): *Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en Panamá*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (2010): *Modelo de atención integral y prevención de la violencia contra las mujeres y el VIH*. CIM/OEA/OPS. San Salvador, Julio de 2010. Propuesta Primer Borrador.
- \_\_\_\_\_ (2011): *Programas e informes del Curso 'VIH, violencia contra las mujeres y derechos humanos'*, realizado en Panamá (20 y 21 de octubre de 2011) y en Guatemala (10 y 11 de noviembre de 2011). Documentos de trabajo.



- CIM/OEA (2011): *Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los derechos humanos, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos-Agencia Española de Cooperación Internacional. Washington, D.C. Octubre 2011.
- \_\_\_\_\_ (2011): *Estrategia de Comunicación*. Proyecto Integración de Políticas y Programa de VIH y V contra las Mujeres desde un enfoque d Derechos Humanos en Centroamérica. Documento de trabajo.
- Cortéz, Patricia (2011): *Modelo de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos-Agencia Española de Cooperación Internacional. Guatemala, diciembre 2011.
- Villarreal Chávez, Nischma (2011): *Modelo de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Panamá*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos-Agencia Española de Cooperación Internacional. Panamá, diciembre 2011.
- \_\_\_\_\_ (2012): Programa del Encuentro Intersectorial 'Respuestas integradas a los derechos humanos. VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica', realizado en Guatemala (18-20 de enero de 2012). Documento de trabajo.
- \_\_\_\_\_ (2012): Transparencias sobre las seis iniciativas apoyadas por los Fondos Semilla, presentadas por las organizaciones beneficiarias en el Encuentro Intersectorial.
- \_\_\_\_\_ (2012): Transparencias de tres de las diez prácticas promisorias recopiladas por el proyecto, presentadas por las respectivas organizaciones en el Encuentro Intersectorial.
- Ramírez, Alina (2012): *VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica: Un análisis comparado del marco jurídico desde el enfoque de derechos humanos*. Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos-Agencia Española de Cooperación Internacional. Washington, D.C. Febrero 2012.
- Barriga, Martha (2012): *Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres*. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). Washington, DC. Junio, 2012.