

Distr. GENERAL  
E/CN.4/2005/72  
17 de enero de 2005  
ESPAÑOL  
Original: INGLÉS  
CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL  
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
61º período de sesiones  
Tema 12 a) del programa provisional

**INTEGRACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA MUJER Y LA  
PERSPECTIVA DE GÉNERO: VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**

**INTERRELACIONES ENTRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER  
Y EL VIH/SIDA**

**Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer,  
sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk**

**Resumen**

Este es el segundo informe que presento a la Comisión en mi calidad de Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer. En el capítulo I del informe se resumen mis actividades de 2004 y en el capítulo II figura un estudio de la interrelación existente entre la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA.

El VIH/SIDA va en aumento en todas las partes del mundo y se propaga en particular entre las mujeres y las niñas. La pandemia se produce en un entorno en el que se observan las complejas manifestaciones de la desigualdad basada en el género con sus repercusiones en la mujer.

La discriminación contra la mujer, debida a la desigualdad basada en el género, es múltiple y se exagera cuando convergen el patriarcado y otros terrenos de opresión, sometiendo a las mujeres a un proceso ininterrumpido de violencia que las hace vulnerables al VIH/SIDA.

En el informe se analizan las interrelaciones entre la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA, considerando la violencia a la vez como causa y consecuencia del VIH. Se examina la manera en que los diversos tipos de violencia a que se ven sometidas las mujeres, desde el domicilio hasta el ámbito internacional, aumenta el riesgo de transmisión del VIH/SIDA; la manera en que las mujeres que viven con el VIH son víctimas del estigma, de la discriminación y de la violencia basada en el género; y los obstáculos que dificultan el acceso de la mujer a la asistencia médica y la justicia. A lo largo del informe se hace hincapié en la interrelación existente entre la violencia contra la mujer y el VIH, así como en la multiplicidad de los tipos de discriminación que

experimentan las mujeres que viven con el VIH, en particular las mujeres migrantes, refugiadas o pertenecientes a minorías y otros grupos de mujeres marginados.

Si bien la legislación internacional de derechos humanos protege estos derechos en relación con el VIH y la vinculación existente entre la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA es indiscutible, los Estados todavía no han ideado respuestas integradas y eficaces para hacer frente a la desigualdad basada en el género como causa primera y consecuencia de las manifestaciones de la enfermedad específicas del género. Aun cuando se están realizando progresos en los esfuerzos destinados por separado a poner fin a la violencia contra la mujer y contener la propagación del VIH/SIDA, los esfuerzos nacionales e internacionales serían infinitamente más eficaces si tuvieran en cuenta la interrelación existente entre las dos pandemias.

Hoy se reconoce que el VIH es un problema de desarrollo, seguridad y derechos humanos cuyas repercusiones son diferentes según el género. Por consiguiente, se admite cada vez más que la promoción y protección de los derechos humanos de la mujer puede frenar la propagación de la enfermedad y atenuar sus consecuencias.

El informe concluye formulando recomendaciones con miras a la adopción de una estrategia eficaz e integrada para combatir la propagación de esta mortífera infección en el contexto de la interrelación existente entre la violencia contra la mujer y el VIH, dentro de cinco amplias categorías: i) la violencia basada en el género, ii) las dimensiones del VIH/SIDA basadas en el género, iii) el acceso de la mujer a la asistencia humanitaria, iv) la potenciación del papel de la mujer y v) la coalición mundial contra el VIH/SIDA.

## INTRODUCCIÓN

1. En su resolución 2004/46, la Comisión de Derechos Humanos celebra la labor realizada por la Relatora Especial y toma nota de su informe (E/CN.4/2004/66), en particular la elaboración de directrices para unas estrategias encaminadas a la aplicación efectiva de las normas internacionales para poner fin a la violencia contra la mujer en el plano nacional. Alienta a la Relatora Especial a que responda con eficacia ante cualquier información fidedigna que llegue a su conocimiento y pide a todos los gobiernos que presten su colaboración y asistencia a la Relatora Especial en el desempeño de las tareas y funciones que se le han encomendado, que le proporcionen toda la información solicitada, en particular la relacionada con la aplicación de sus recomendaciones, y que respondan a las comunicaciones y visitas de la Relatora Especial.

2. De acuerdo con la resolución 2004/46 de la Comisión, presento a continuación mi segundo informe a la Comisión. En el capítulo I del informe se resumen las actividades que he desarrollado en 2004, y en el capítulo II se examina la interrelación entre la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA. Señalo a la atención de la Comisión las adiciones al presente informe. La adición 1 contiene resúmenes de alegaciones generales e individuales, así como los urgentes llamamientos transmitidos a los gobiernos y sus respuestas. En la adición 2 se informa sobre mi visita a El Salvador, en la adición 3 sobre mi visita a Guatemala, en la adición 4 sobre mi visita a los Territorios Palestinos Ocupados, y en la adición 5 sobre la situación en la región de Darfur, en el Sudán.

## I. ACTIVIDADES EN 2004

### Visitas a los países

3. Visité El Salvador (2 a 7 de febrero), Guatemala (8 a 14 de febrero) y los Territorios Palestinos Ocupados (13 a 18 de junio), por invitación de los gobiernos y de la Autoridad respectivos. La visita a la Federación de Rusia y al Afganistán, en junio y julio de 2004, fueron aplazadas por razones de seguridad, la primera por el Gobierno de la Federación de Rusia, y la segunda por las Naciones Unidas. La fecha de la visita a la Federación de Rusia, incluido el Cáucaso del norte, se trasladó a diciembre de 2004. Me propongo visitar la República Islámica del Irán en enero de 2005.

### Consultas y participación en reuniones

4. El 28 de enero mantuve un fructífero diálogo con el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre la manera de institucionalizar los procedimientos de intercambio de información de interés mutuo, en particular la tramitación de los casos en el marco del procedimiento de comunicaciones de la Relatora Especial y del recién establecido Protocolo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que permite la presentación de denuncias individuales.

5. En abril presenté mis informes a la Comisión de Derechos Humanos y participé en cierto número de acontecimientos paralelos. Regresé luego a Ginebra ese mismo mes para asistir a una conferencia y a una reunión de la junta ejecutiva del Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. Del 14 al 17 de mayo participé en el tercer período de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. En junio asistí en Ginebra a la reunión anual sobre Procedimientos Especiales en la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

6. Los días 27 y 28 de julio participé en la Consulta Regional para Asia y el Pacífico sobre la violencia contra la mujer, organizada por el Foro de Asia y el Pacífico sobre la Mujer, el Derecho y el Desarrollo en Yakarta. Participaron defensores de los derechos de la mujer y expertos en el tema procedentes de 15 países de la región (Afganistán, Australia, Bangladesh, Filipinas, India, Indonesia, Japón, Malasia, Mongolia, Myanmar, Nepal, Pakistán, República de Corea, Sri Lanka y Tailandia). La Consulta se centró en el estudio de las cuestiones críticas que se plantean en la región de Asia y el Pacífico en relación con la sexualidad, la violencia contra la mujer y el acceso a la justicia. (1)

Los participantes pidieron un mayor acceso a la justicia y la responsabilización de los Estados por la violencia contra la mujer. (2)

La Consulta Regional fue seguida de una consulta nacional con las organizaciones locales, organizada por la Comisión Nacional sobre la Violencia contra la Mujer (Komnas Perempuan).

La consulta examinó la aplicación de las recomendaciones formuladas por la anterior Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer a raíz de su misión a Indonesia de 1998, así como determinadas preocupaciones corrientes. Entre las cuestiones analizadas cabe citar la falta de acceso a la justicia, la discriminación basada en el género en el sistema de justicia penal y la politización de la religión, la tradición y la pobreza.

7. Los días 25 y 26 de septiembre participé en la primera Consulta Regional de África sobre la violencia contra la mujer con Ángela Melo, Relatora Especial de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos para los derechos de la mujer en África. La Consulta se celebró en Jartum, organizada por el Instituto de Derechos Humanos de Ginebra, la Red Femenina Africana de Desarrollo y Comunicaciones y la Asociación Científica Babiker Badri de Estudios sobre la Mujer. Participaron defensores de los derechos de la mujer y expertos en el tema procedentes de los siguientes países y zonas: Burundi, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Mozambique, República del Congo, Rwanda, Somalia, Somalilandia, Sudáfrica, Sudán, Uganda y Zambia. Los participantes fueron informados acerca de los mecanismos regionales e internacionales y dieron a conocer sus preocupaciones y sus estrategias de promoción y protección de los derechos de la mujer en relación con una amplia serie de cuestiones, que iban desde las prácticas tradicionales perjudiciales hasta la violencia contra la mujer en situaciones de conflicto armado.(3)

8. Tras la Consulta Regional se celebró el 27 de septiembre una consulta nacional con organizaciones locales en la Universidad Femenina de Afad, organizada por la Asociación Científica Babiker Badri. Los participantes plantearon los siguientes temas de preocupación: la violencia contra la mujer en las zonas de conflicto del Sudán, la mutilación genital femenina, el VIH/SIDA y las consecuencias que tiene para la mujer la Ley de orden público de 1999, a saber, las pruebas de virginidad aleatorias, las restricciones a la libertad de movimiento de la mujer, la imposición de un código vestimentario y la persecución por vender té o alcohol. Según informaciones, la mayoría de las mujeres encarceladas en el Sudán lo han sido por esos tipos de infracción.

9. Con motivo del lanzamiento del Centro de Investigaciones sobre Derechos Humanos y Justicia Social el 12 de octubre, pronuncié la alocución inaugural titulada "La verdadera guerra contra el terrorismo: la protección de la mujer contra la violencia" en la Universidad Metropolitana de Londres.

10. El 29 de octubre mantuve un diálogo con la Tercera Comisión de Asamblea General. En mi declaración manifesté mi preocupación ante el aumento de la politización de la cultura, especialmente su articulación en forma de fundamentalismo(s) religioso(s). Señalé que la actual competición por el poder mundial representa un importante obstáculo para la aplicación efectiva de la normativa internacional de derechos humanos, pues propaga y pretende legitimar el uso de la violencia en todas las esferas de la vida. Subrayé la importancia del diálogo entre civilizaciones, basado en la convergencia de los valores enraizados en el legado común de los derechos humanos, como algo fundamental para hacer frente a esas ideologías extremistas y, de ese modo, prevenir su transgresión de los derechos humanos de la mujer.

11. Del 22 al 24 de noviembre participé en la Conferencia de Mujeres Defensoras de la Paz, organizada en Ginebra por el Movimiento Internacional Suzanne Mubarak de Mujeres por la Paz y por el Consejero Federal y Jefe del Departamento Federal de Relaciones Exteriores de Suiza, en la que hice una presentación titulada "Las mujeres en los conflictos armados". El 1º de diciembre participé en un acto organizado para el Día Mundial del SIDA por la Asociación Turca de Planificación Familiar y la Comisión Nacional para el VIH/SIDA en Ankara. El 6 de diciembre pronuncié la alocución inaugural en una reunión sobre la militarización y la violencia contra la mujer organizada en Estocolmo por Amnistía Internacional. A lo largo del año participé asimismo en diversos actos de ámbito nacional en Turquía.

## **Comunicaciones con los gobiernos y comunicados de prensa**

12. El número de comunicaciones enviadas a los gobiernos ha aumentado este año. En la adición 1 figura un análisis general de dichas comunicaciones. Difundí asimismo varios comunicados de prensa durante el período examinado para dar a conocer mi preocupación ante la situación reinante en los países y también para conmemorar jornadas importantes, incluidas las declaraciones publicadas conjuntamente con la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos el 25 de noviembre (Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer) y el 1º de diciembre (Día Mundial del SIDA).

## **II. INTERRELACIONES ENTRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y EL VIH/SIDA**

13. En los cinco últimos años se ha prestado mayor atención a la relación existente entre la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA. En su 45º período de sesiones, en 2001, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer trató la cuestión temática "La mujer, la niña y el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)" y exhortó a los gobiernos y a todos los actores pertinentes a que incorporaran una perspectiva de género en la elaboración de los programas y políticas relativos al VIH/SIDA (E/CN.6/2001/14). Ese mismo año, en la resolución S-26/2, aprobada en el vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, los gobiernos declararon su compromiso de aplicar, para 2005, programas de acción nacionales que capaciten a la mujer para decidir de manera libre en las cuestiones relativas a su sexualidad y protegerse contra la infección por el VIH. En su 60º período de sesiones, la Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 2004/27, destacó que el adelanto de las mujeres y las niñas es fundamental para eliminar la pandemia de VIH/SIDA. Además, en su resolución 2004/46, la Comisión hizo hincapié en que la violencia contra las mujeres y las niñas aumenta su vulnerabilidad al VIH/SIDA, que la infección por el VIH aumenta la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia, y que la violencia contra la mujer contribuye a las condiciones que favorecen la propagación del VIH/SIDA.

14. En respuesta a las preocupaciones de la comunidad internacional y a la resolución 2003/47, en la que la Comisión pidió a los Relatores Especiales que incorporasen la protección de los derechos humanos en el contexto del VIH/SIDA en sus respectivos mandatos, he dedicado este año mi informe a tratar de este tema. En él se abordan los múltiples tipos de violencia basada en el género que exponen a la mujer al riesgo de contraer el VIH/SIDA; las formas particulares de estigma y discriminación que sufren las mujeres que viven con el VIH; y los obstáculos que dificultan su acceso a la asistencia médica y a la justicia. Se muestra además que el arraigo de la violencia sexual, exacerbada por la falta de acceso a la información, la prevención, el tratamiento y la atención sanitaria, atenta contra el derecho fundamental de la mujer a la vida, al más alto nivel posible de salud física y mental, a la igualdad de acceso a la educación, al trabajo, a la intimidad de la vida privada y a la no discriminación, entre otros derechos humanos. El informe concluye formulando recomendaciones sobre las medidas que deberían adoptar los gobiernos. (4)

15. El informe tiene por objeto complementar la labor realizada en el marco de otros procedimientos especiales, por ejemplo el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que ha subrayado la importancia de abordar la cuestión relativa a las desigualdades basadas en el género en el contexto del VIH/SIDA y ha puesto de relieve en particular el derecho a la salud sexual y reproductiva como derecho indispensable para la lucha contra el VIH/SIDA.

Además, tiene por objeto contribuir a las numerosas campañas internacionales emprendidas este año, entre ellas la Campaña Mundial contra el SIDA del ONUSIDA y los 16 Días de militancia contra la violencia basada en el género para la reducción de la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la enfermedad.

16. La falta de respeto de los derechos de la mujer alimenta la epidemia y exagera su repercusión.(5) Los instrumentos internacionales de derechos humanos, en particular la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, constituyen el marco normativo y el mecanismo para garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con el VIH frente a la violencia y la discriminación basadas en el género. En su Recomendación general Nº 24 (1999), afirmando que el acceso de la mujer a la atención sanitaria es un derecho humano fundamental, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomienda que los Estados velen por la eliminación de todos los obstáculos al acceso de la mujer a los servicios de salud y a la educación e información sanitaria, inclusive en la esfera de la salud sexual y reproductiva, y que, en particular, asignen recursos a los programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Los Estados han suscrito compromisos al respecto en la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001, así como en cada uno de los ocho objetivos de desarrollo del Milenio. Si bien el logro de esos objetivos contribuirá a reducir el riesgo de contraer el VIH/SIDA, la labor encaminada a combatir la violencia contra la mujer ayudará asimismo considerablemente a los Estados a alcanzarlos, incluido el objetivo Nº 6, consiste en reducir el VIH/SIDA.

17. La información para el presente informe se obtuvo de las entidades pertinentes de las Naciones Unidas, de los gobiernos (6) y de organizaciones no gubernamentales (ONG) e institutos de investigación de todo el mundo, así como examinando lo publicado sobre el tema. Se distribuyó un proyecto anterior del informe a varios expertos para que dieran su opinión. Deseo expresar mi gratitud a todos los gobiernos, entidades de las Naciones Unidas, ONG y expertos que han contribuido a la preparación del presente informe.

#### **A. Prevalencia mundial del VIH/SIDA entre las mujeres y los varones**

18. Aproximadamente 39 millones de mujeres y varones en todo el mundo viven con el VIH/SIDA. (7) En todas las regiones, el porcentaje de mujeres que viven con el VIH está aumentando considerablemente. Las mujeres representan ya casi la mitad de las personas que viven con el VIH/SIDA en el mundo entero. En el África subsahariana, epicentro de la epidemia, están infectadas 23 millones de personas, de las que el 57% son mujeres. (8)

Según las informaciones disponibles, el 77% de todas las mujeres que viven con el VIH habitan en el África subsahariana. (9) En todo el mundo, las diferencias entre los varones y las mujeres en la prevalencia del VIH están disminuyendo. Se observa una "feminización" de la epidemia en toda la América Latina y en el Caribe, en Asia y el Pacífico, y en Europa oriental y Asia central. Se observa una tendencia parecida entre las poblaciones marginadas de los países desarrollados. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, el SIDA es la causa principal de defunción entre las mujeres afroamericanas de 25 a 34 años de edad (10), mientras que las mujeres indígenas del Canadá corren un riesgo tres veces superior de contraer el SIDA que las no indígenas. (11)

19. Si bien al principio se consideró el VIH como un problema de salud, hoy día se considera cada vez más como una cuestión en la que se entrecruzan el desarrollo, la seguridad y los derechos humanos que repercute de manera diferente según los sectores de la población. Como señaló la Relatora Especial en su precedente informe, "las mujeres y las niñas son particularmente vulnerables al VIH/SIDA no sólo por sus condiciones biológicas, sino también por las desigualdades económicas y sociales y las funciones de los sexos culturalmente aceptadas que las colocan en una posición de subordinación al hombre en la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales". "Las relaciones de dominación son múltiples y se interrelacionan, lo cual somete a las mujeres a diversas capas de desigualdad y a diferentes tipos de violencia" (E/CN.4/2004/66, párrs. 47 y 53). Debido a la desigualdad basada en el género, las mujeres seropositivas se ven estigmatizadas, lo cual da lugar a más discriminación y violencia. Por consiguiente, si se comprende la interacción existente entre la desigualdad basada en el género, la violencia y el VIH, la posibilidad de combatir eficazmente la epidemia en varios frentes es plausible.

20. Diferentes estudios muestran que la mujer expuesta al VIH corre un riesgo dos o más veces mayor de contraer esa infección que su homólogo masculino. (12) Habida cuenta de la posición de subordinación en que se halla la mujer en las relaciones sexuales y de su condición biológica, las relaciones heterosexuales son la vía más frecuente de transmisión de la enfermedad en numerosas partes del globo.

La susceptibilidad de las mujeres al VIH se ve agravada por el desequilibrio de poder existente entre mujeres y varones y por el uso de la violencia en que se sustenta dicho desequilibrio, lo que limita la posibilidad que tiene la mujer de negociar las condiciones de seguridad en la relación sexual. Como consecuencia de ello, las mujeres se exponen a veces a relaciones sexuales violentas, tanto dentro como fuera de su hogar. Las jóvenes corren un riesgo particular debido a su fisiología (13). En la mujer, además, una infección de transmisión sexual, que aumenta la probabilidad de contraer el VIH, pasa más a menudo inadvertida y por consiguiente no recibe tratamiento.

21. La vinculación entre la violencia contra la mujer y el VIH debe considerarse en el contexto de la discriminación resultante de la desigualdad basada en el género, en particular la falta de acceso de la mujer a una información, una educación y unos servicios de salud adecuados. En todo el mundo, el grado de escolarización de las niñas es muy inferior al de los niños (14), y el conocimiento que tienen los varones de las medidas de prevención del VIH/SIDA es casi siempre superior al de las mujeres (15). En las comunidades agobiadas por la pobreza y/o devastadas por el VIH, las niñas son las primeras que dejan de ir a la escuela para generar ingresos o ayudar a ocuparse de los enfermos. Dado que las mujeres soportan una carga desproporcionada del cuidado de los parientes enfermos, el VIH/SIDA afecta además a su capacidad para ocuparse de sí mismas y

de su familia y ejercer un empleo remunerado. La pobreza, el analfabetismo y el desequilibrio de poder de que sufren las mujeres dentro de la familia y la comunidad entorpecen su acceso a la atención preventiva, a los medicamentos y al tratamiento. Éste es decisivo no sólo para aligerar la carga de la enfermedad sino también para proteger a la mujer contra otros abusos.

22. La convergencia del patriarcado con otros motivos de opresión como son la clase, la raza, el origen étnico, la condición de desplazadas, etc., aumenta la discriminación, "sometiendo a la mayoría de las mujeres del mundo a situaciones de doble o triple marginación", en palabras de la anterior Relatora Especial, Radhika Coomaraswamy (A/CONF.189/PC.3/5, párr. 2).

23. En algunas regiones del mundo se deniega a la mujer el acceso a la propiedad o la posesión de recursos financieros. En ciertas zonas del África subsahariana, por ejemplo, el acceso a la propiedad depende de la relación que mantenga con un hombre. Cuando está separada de su marido o éste fallece, corre el riesgo de perder su casa, sus tierras, sus bienes familiares y otras propiedades. El hecho de que no se le garantice la igualdad en el derecho a la propiedad en caso de separación o divorcio disuade a la mujer de dejar a un marido violento y se ve a veces forzada a elegir entre la violencia en el hogar y la pobreza en la calle. (16) Dado que, según los usos tradicionales, la propiedad del marido revierte a su familia de origen después de su muerte, los parientes pueden hacerse con los bienes de la viuda sin consideración a su estado de salud, a su bienestar y a su posibilidad de valerse por sí misma. Dadas las elevadas tasas de mortalidad por el VIH en África, estas situaciones de "expolio de bienes" son cada vez más frecuentes.

24. El expolio de los bienes suele ser el último eslabón de una cadena de episodios a la que se hallan confrontadas las mujeres africanas en relación con el VIH. Como lo cuenta un miembro de una ONG de Kenya, "con demasiada frecuencia en los últimos años se ha venido repitiendo una trágica e irónica historia. Una mujer que ha cuidado a su marido enfermo de SIDA se encuentra en la pobreza cuando éste muere porque ninguno de los dos pudo obtener ingresos. La familia del marido se hace con la casa, el huerto y otros bienes de la mujer, y a veces hasta con sus utensilios de cocina, dejándola sin hogar y en la indigencia, precisamente cuando ella misma enferma de resultas de la infección que le ha transmitido su marido". (17) La vulnerabilidad de la mujer a la violencia, su falta de instrucción y su creciente papel de dispensadora de cuidados se suman al despojo de sus bienes, en detrimento de su situación socioeconómica, exponiéndola así a más violencia y discriminación.

25. Una buena práctica para reducir la vulnerabilidad económica de la mujer ha sido el régimen de propiedad adoptado en el nuevo Código Civil de Turquía (2002), que dispone que todos los bienes adquiridos durante el matrimonio se repartan por igual en caso de divorcio, reconociendo así la contribución que aporta la mujer al sustento de la familia.

## **B. La violencia contra la mujer y la susceptibilidad al VIH**

26. La violencia ejercida contra la mujer por su pareja en la intimidad del hogar o por extraños en otros lugares -en virtud de usos tradicionales permitidos por la comunidad, en entornos institucionales como hospitales, escuelas o establecimientos de detención, en el ámbito transnacional como refugiada, migrante o víctima de la trata sexual, en tiempos de paz o durante conflictos armados, etc.- aumenta su riesgo de contraer la infección por el VIH y de sufrir nueva



violencia. En la presente sección se estudian los tipos de violencia a los que suelen verse sometidas las mujeres y la manera en que esa violencia las expone al VIH/SIDA.

## **1. Violación y agresión sexual**

27. Los actos de agresión y coacción "se producen como una serie ininterrumpida que va desde la violación brutal hasta formas no físicas de presión que obligan a las niñas y mujeres a someterse a una relación sexual contra su voluntad. Puede decirse que hay coacción cuando la mujer no tiene la posibilidad de elegir y se expone a graves consecuencias físicas o sociales si opone resistencia a las insinuaciones sexuales". (18) La agresión y la coacción sexuales pueden producirse en todas las etapas de la vida de la mujer, en el contexto conyugal, con un pariente próximo u otro miembro de la familia extensa, con conocidos o con extraños. También se han documentado casos de mujeres lesbianas que son objeto de violación por su orientación sexual, en particular cuando el agresor desea "poner a prueba la femineidad [de la víctima]" (19)

28. En la violación y en la agresión sexual, la mujer pierde el control, sin que pueda decidir cuándo, con quién y de qué manera mantener relaciones sexuales, lo cual aumenta considerablemente su riesgo de contraer el VIH. En los casos de violación en banda, el hecho de que sean varios los agresores y la violencia que acompaña a dicha agresión aumentan el riesgo de infección. Además, el uso de preservativo es poco probable en tales situaciones. (20) Las relaciones sexuales forzadas son uno de los numerosos tipos de violencia basada en el género descritos en este informe. En la mayoría de los casos, el autor de ese tipo de violencia es un miembro de la familia de la víctima o alguien conocido de ésta. (21)

## **2. Violencia ejercida en el hogar y por una pareja íntima**

29. En el contexto doméstico, la violencia física suele ir acompañada de abuso sexual, lo que hace difícil o imposible tener una relación sexual sin riesgo. Por consiguiente, incluso en el contexto del matrimonio o de una relación a largo plazo no es a veces posible evitar todo riesgo en las relaciones sexuales. Dentro del matrimonio, éstas no siempre son consensuales; el marido suele ser quien decide el uso o no de protección y el tipo de ésta. La violación por el marido se da en ciertas culturas y no siempre se considera un delito. Al no estar prohibida por la ley o sancionada penalmente, la violación marital sirve en muchas sociedades para perpetuar la idea de que la mujer debe ceder al deseo sexual de su marido y en las condiciones que éste le imponga. (22) En Nicaragua, por ejemplo, la violencia doméstica está tan arraigada en la cultura patriarcal que se considera como la cruz que debe llevar la mujer. (23)

30. Incluso cuando no se la fuerza físicamente, la mujer puede sentirse obligada a tener una relación sexual con su marido porque así se lo impone la norma social según la cual es una obligación conyugal. Ciertas prácticas como pagar una dote o poner precio a la novia corroboran la idea de que el hombre compra literalmente a la esposa y tiene derecho a hacer con ella lo que desee. La violencia se utiliza como medio de controlar la sexualidad de la mujer y suele considerarse normal, incluso por la mujer. Según información recibida del Gobierno de Turquía, "el varón considera que maltratar y violar a su mujer es un atributo personal que forma parte de su identidad masculina. Lo

que más visiblemente estimula la comisión de actos violentos contra la mujer son las normas sociales y la manera tradicional de entender la castidad. Las mujeres que desafían esas normas son sancionadas por medios violentos".

31. La mujer que adopta un comportamiento de alto riesgo lo hace a menudo porque desea agradar a su compañero o le es difícil convencer a éste de que utilice el preservativo. Por ejemplo, según información facilitada por el Gobierno de Guatemala, más del 50% de las mujeres guatemaltecas necesitan la autorización de sus maridos para recurrir a uno u otro tipo de método anticonceptivo. A muchas mujeres les resulta incómodo hablar de sexo con su pareja o dejan a veces de protegerse en una relación a largo plazo como muestra de confianza y fidelidad. En ocasiones, la mera sugerencia de utilizar un medio de protección será considerada por el marido como una acusación de infidelidad o el reconocimiento de adulterio por la propia mujer. Ello puede dar lugar a violencia contra la mujer y a que ésta prefiera callarse. Algunos estudios han demostrado que la sospecha de infidelidad femenina contribuye de manera importante a los homicidios de mujeres cometidos por sus maridos. (24)

32. Según el Consejo de Población, "el aumento espectacular de la frecuencia de las relaciones sexuales no protegidas [entre las parejas casadas] tiene su origen no sólo en la suposición de infidelidad o en la desconfianza que lleva consigo el uso de determinados medios anticonceptivos como el preservativo, sino también en el fuerte deseo de tener un embarazo... Como promedio, entre las adolescentes, el 80% de sus relaciones sexuales no protegidas tuvieron lugar dentro del matrimonio". (25)

33. En diversas publicaciones se destaca la importancia de la infidelidad masculina dentro del matrimonio como factor de riesgo para las mujeres casadas. Según estudios de Tailandia, el 75% de las mujeres que viven con el VIH/SIDA han sido infectadas probablemente por sus maridos (26), mientras que, según la Association de lutte contre le SIDA, un estudio de Marruecos muestra que, en el caso de nada menos que el 55% de las mujeres seropositivas, el origen de la infección no ha sido otro que el propio cónyuge. De modo análogo, en las sociedades que aceptan la poligamia, las sanciones sociales infligidas a varias viudas hace casi inevitable que, si una de las parejas es seropositiva, otras parejas en el matrimonio contraigan también el VIH. Según una ONG de Sudáfrica integrada por personas que luchan contra los malos tratos infligidos a la mujer, el patriarcado fomenta la poligamia y estimula la dominación del hombre en las relaciones polígamas, modificando el equilibrio de la autoridad a favor del hombre y desestimulando todo intento de la mujer por negociar y controlar la intimidad sexual con su marido.

34. Las mujeres que mantienen una relación a largo plazo con un hombre infectado por el VIH corren también el peligro de reinfectarse. (27) Esto ocurre porque el virus puede mutar con el tiempo por efecto de la medicación. La mujer que mantiene relaciones regulares sin protección con un hombre infectado por el VIH, incluso cuando ella misma está ya infectada, corre el riesgo de reinfectarse en contacto con una versión mutada del virus. La reinfección dificulta el tratamiento o puede privarlo de eficacia en el caso tanto de la mujer como del varón. Por su fisiología y cuando no tiene acceso a la asistencia sanitaria, la mujer es más susceptible a la reinfección que el varón.

### **3. Violencia relacionada con prácticas perjudiciales**

35. El matrimonio forzado y en la edad infantil son formas de violencia basada en el género que menguan la capacidad de las muchachas para controlar su sexualidad y dan lugar a embarazos y partos antes de que sus cuerpos hayan madurado lo suficiente. Ello puede también preceder a la violencia doméstica, el trabajo forzado y la esclavitud sexual. Las mujeres jóvenes están convirtiéndose rápidamente en la nueva cara de la epidemia de VIH/SIDA. En todo el mundo, las adolescentes y las mujeres jóvenes corren un riesgo tres veces mayor que los hombres jóvenes de acabar viviendo con el VIH/SIDA. (28)

36. En sus políticas relativas al SIDA, los países están estudiando cada vez más el problema relativo a la diferencia de edad entre los miembros de la pareja sexual como factor de propagación de la enfermedad, dado que las relaciones sexuales no protegidas y las diferencias de edad entre los cónyuges son los principales factores determinantes del riesgo de contraer el VIH en las parejas casadas. Según una encuesta demográfica y de salud realizada en 26 países, "la mayoría de las jóvenes sexualmente activas de edad comprendida entre 15 y 19 años en los países en desarrollo están casadas, y las tasas de infección por el VIH suelen ser más altas entre esas adolescentes casadas que entre las que no lo están". (29)

37. Las muchachas se ven también forzadas a veces a mantener relaciones sexuales precoces y de breve duración con hombres por lo general más de diez años mayores que ellas, que las atraen con artículos de primera necesidad, como alimentos, dándoles dinero, pagándoles su matrícula escolar o regalándoles artículos de lujo a cambio de relaciones sexuales. Según encuestas realizadas en Kenya, Uganda y Sudáfrica, esos "generosos protectores" prefieren las niñas por considerarlas "puras" (es decir, seronegativas). (30) Dado que probablemente no utilizan ningún medio de protección, esas personas exponen a las jóvenes al riesgo de contraer el VIH.

38. En ciertas partes de África y Asia se ha relacionado la violación de muchachas jóvenes con el mito popular de que mantener relaciones sexuales con una joven virgen limpia el cuerpo del VIH. Esto estimula a los hombres a buscar parejas cada vez más jóvenes con la esperanza de lograr una curación que ven difícil por otros medios. Según una encuesta realizada en los distritos de burdeles de Camboya, "el 79% de los extranjeros que buscan relaciones sexuales con mujeres vírgenes, la mayoría de ellos turistas sexuales asiáticos, [están] bien organizados, y muchos creen que esas relaciones los rejuvenecerán o incluso los curarán del SIDA". (31)

39. Determinadas prácticas tradicionales destinadas a controlar la sexualidad de las mujeres pueden también exponerlas más al VIH/SIDA. En algunas sociedades, la mutilación genital femenina es un rito que se practica con la llegada a la mayoría de edad. Esta práctica disminuye el placer sexual de la mujer, produce dolor e infecciones crónicas y a veces conduce a la muerte. Las cicatrices que deja aumentan la frecuencia de los desgarros durante la relación sexual y el parto. El uso de instrumentos sin esterilizar, las heridas sin curar o abiertas u otras complicaciones derivadas del proceso facilitan la introducción del VIH en el organismo. Otra práctica tradicional que se observa en determinados contextos culturales africanos es la del "sexo seco", que aumenta también la probabilidad de abrasión y por consiguiente de infección por el VIH.

40. Otra tradición que somete a las mujeres a un riesgo mayor de transmisión del VIH es la práctica de "heredar la esposa". Esta práctica, aunque adopta formas diferentes de una región a otra, consiste en volver a casar a la viuda dentro de la familia o del grupo étnico del marido difunto. A veces se fuerza a la viuda a tener relaciones sexuales sin protección con el hermano del difunto o con otro

hombre de la comunidad para "limpiar" a la viuda del espíritu del difunto. Según se desprende de un estudio efectuado por Human Rights Watch en una región de Kenya donde son frecuentes estas prácticas, esa región tiene también la tasa más elevada de VIH/SIDA. (32)

#### **4. Violencia relacionada con la explotación sexual comercial de la mujer**

41. La feminización de la pobreza y la inferior condición socioeconómica de la mujer están directamente relacionadas con su trabajo en la industria del sexo. (33) Las mujeres entran por lo general en este sector porque carecen de bienes o de habilidades negociables o porque se ven empujadas con fuerza o engaño a la prostitución. El denominado "sexo transaccional" hace alusión a una serie de interacciones sexuales que pueden experimentar las mujeres y en las que hay "trueque" de sexo por bienes.

42. Las mujeres que trabajan en la industria del sexo con múltiples parejas sexuales se hallan más expuestas al VIH y a la violencia que la mayoría de otros grupos de población. Según la Comisión Nacional Indonesia sobre la Violencia contra la Mujer, la mayoría de las profesionales del sexo se hallan expuestas de vez en cuando a relaciones sexuales brutales que las hacen sumamente vulnerables a la infección. (34) Carecen además de poder para negociar una relación exenta de riesgo. Las encuestas realizadas en Sudáfrica muestran que las profesionales del sexo que trabajan en los restaurantes de carretera se ven confrontadas a reacciones violentas, a la pérdida de clientes o a una reducción de hasta el 25% de sus ingresos si insisten en que se utilice preservativo. (35)

43. En los países donde la prostitución es ilegal, la naturaleza clandestina de esta actividad dificulta la observancia de las normas para la prevención del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, mientras que, en los países en que la prostitución es una actividad legal pero está reglamentada, la obligación de registrarse y someterse a un examen médico periódico suele empujar a las trabajadoras del sexo a la clandestinidad, con todos los riesgos inherentes (36)

Además, como sector marginado, son más vulnerables a las violaciones de derechos humanos. (37)

44. La explotación sexual comercial de las mujeres y niñas se ha convertido en un negocio lucrativo para las redes criminales transnacionales que se dedican a la trata internacional de mujeres. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, entre 700.000 y 2 millones de mujeres cada año son objeto de la trata internacional. (38) Las mujeres víctimas de la trata internacional viven a menudo situaciones con una elevada probabilidad de contraer el VIH. Según datos de la ONG rusa Angel Coalition, la tercera parte aproximadamente de las mujeres que sobreviven a la explotación sexual criminal sufrida en el extranjero y que vuelven a la Federación de Rusia son portadoras del VIH. Sin tratamiento ni asesoramiento adecuados, que son casi inexistentes, y con el alto grado de ignorancia existente de la población general sobre la enfermedad, esa población sexualmente activa agrava una epidemia que ya está causando estragos en el país. Actualmente, el 60% de las rusas infectadas por el VIH tienen entre 20 y 30 años de edad y la mayoría de las que sobreviven a esa trata pertenecen a este grupo de edad.

45. La idea que se tiene de las mujeres que trabajan en la industria del sexo, incluidas las víctimas de la trata, como personas que propagan el VIH entre la población general hacen que en este colectivo converjan múltiples tipos de estigma y discriminación. Se exponen también a malos tratos, agravados por el racismo, por las barreras culturales y lingüísticas, por la falta de documentación e

información sobre los derechos sociales y otros derechos reconocidos por la ley, por el temor a la deportación y por una sensación general de aislamiento. El carácter transnacional de esta actividad priva a las mujeres de la protección dispensada por los mecanismos estatales que pueden existir en sus países de origen, dejándolas bajo la dependencia de redes de proxenetas y de otros criminales. Las mujeres pertenecientes a grupos minoritarios tropiezan a veces con problemas parecidos en sus propios países. Por ejemplo, a numerosos habitantes pertenecientes a las minorías tribales que viven en las zonas montañosas del norte de Tailandia se les deniega todo estatuto jurídico, aun cuando han nacido en el país. Esos grupos minoritarios "no pueden inscribir los nacimientos o matrimonios en el registro, no tienen oportunidades para instruirse y trabajar ni tienen acceso a los servicios asistenciales a través del plan universal de atención sanitaria". (39) Considerados no ciudadanos, tienen escasas oportunidades para la educación y el empleo y son una presa fácil para los proxenetas.

46. Una buena práctica para hacer frente al proxenetismo es el enfoque integrado adoptado por el Gobierno de Lituania: se han organizado campañas regionales de prevención y sensibilización y programas educativos con la participación de la policía y otros funcionarios encargados de velar por la observancia de la ley, de instituciones docentes, de trabajadores sociales y de los medios informativos.

Además, el Ministerio de Seguridad Social y Trabajo Lituano ha puesto en marcha proyectos de asistencia social con miras a la reintegración de las víctimas de la trata sexual en la sociedad lituana, particularmente en el mercado de trabajo. (40)

47. También hay que prestar atención a la situación de las trabajadoras migrantes, aunque sea diferente de la situación de las víctimas de la trata sexual, pues muchas de esas mujeres trabajan por lo general en sectores no reglamentados. Como su situación laboral entraña por lo general un mayor grado de aislamiento y un nivel inferior de apoyo social, no suelen tener los conocimientos o la autoridad necesarios para manifestar su oposición a los abusos y la violencia o para recabar las pruebas y el tratamiento necesarios si están infectadas por el VIH. Además, es más probable que trabajen sin la protección prevista en las normas laborales locales o sin tener acceso a la atención sanitaria y el tratamiento a los que tiene derecho todo ciudadano.

48. En Portugal, el Alto Comisionado para la Inmigración y las Minorías Étnicas, órgano creado para promover la integración de las minorías étnicas en la sociedad, ha elaborado una guía sanitaria para los inmigrantes y ciudadanos extranjeros que viven o trabajan en Portugal para ayudarlos a protegerse contra el VIH y velar por que las poblaciones minoritarias y migrantes tengan acceso a la asistencia sanitaria independientemente de su nacionalidad o de su situación financiera o jurídica. (41)

49. El Gobierno de Austria ha informado acerca de varios proyectos patrocinados por Austria y la Unión Europea en los que se tiene en cuenta la vulnerabilidad particular de las mujeres migrantes al VIH/SIDA, que parece ir en aumento entre los miembros de ese grupo. Entre ellos figura el "Proyecto Parque", en el que unos orientadores examinan con las mujeres migrantes las cuestiones relativas a la seguridad de las relaciones sexuales y a la violencia basada en el género y les proporcionan información sobre la salud y el VIH en diversos idiomas. El Proyecto europeo sobre el VIH/SIDA y la movilidad, en cooperación con el Centro de Apoyo sobre el SIDA en Viena, mantiene una red de organizaciones dentro de la Unión Europea, que proporciona servicios de

prevención y asistencia sanitaria para el VIH/SIDA a los migrantes, a las minorías étnicas y a las poblaciones móviles en Europa, ya sean varones o mujeres.

50. La migración masiva de trabajadores en las industrias de la construcción y la prospección petrolífera en Viet Nam va acompañada del desplazamiento de mujeres hacia los centros urbanos para trabajar en el comercio sexual, lo cual hace que se propague con rapidez la infección por el VIH. (42) De manera análoga, en las situaciones y zonas donde hay un gran número de militares y personal de mantenimiento de la paz, las mujeres se exponen a la explotación sexual o la violación, con el riesgo consiguiente de contraer el VIH.

## **5. Violencia en los conflictos armados**

51. Todo conflicto armado suele traer consigo la militarización general de la población, lo que da lugar a una violencia generalizada en la que las mujeres pasan a convertirse en "zona de guerra". Se ha demostrado que la violencia contra la mujer se ha utilizado de manera deliberada como parte integrante de la estrategia militar, en particular la violencia sexual. En recientes conflictos hubo violaciones en gran escala en lugares tan diversos como Bosnia, Camboya, Liberia, el Perú, Somalia, Rwanda y Sierra Leona, y aún continúan perpetrándose en la República Democrática del Congo y en el Sudán, entre otros países.

En Sierra Leona, por ejemplo, las mujeres pasaron a ser esclavas sexuales de las fuerzas rebeldes (las denominadas "esposas de la selva"). Las jóvenes adolescentes eran especialmente vulnerables porque se las buscaba por ser vírgenes. En Rwanda se perpetraron impunemente formas brutales de violencia, como la violación en banda. Según estimaciones, medio millón de mujeres rwandesas fueron violadas durante el genocidio, y el 67% de las que sobrevivieron estaban infectadas por el VIH. En algunos casos, hombres que conocían su propia seropositividad violaron a mujeres con la intención de infectarlas. Dado que las zonas asoladas por la guerra suelen carecer de medicamentos y de servicios asistenciales adecuados, la seropositividad al VIH es casi una sentencia de muerte.

52. Las mujeres violadas que han sobrevivido en situaciones de conflicto armado no suelen saber con certeza si han sido infectadas y a veces se sienten poco animadas a averiguarlo, pues el traumatismo de su violación no las incita a consultar a un médico o agente de salud de sexo masculino. Dada la escasa posibilidad que tienen las mujeres violadas supervivientes de seguir un tratamiento, sobre todo si es de larga duración -y va a necesitar medicamentos costosos, y no poco esfuerzo y dinero para viajar a un lejano hospital-, un posible diagnóstico de seropositividad quizá no haga sino aumentar su angustia mental y emocional. Aun teniendo acceso a un tratamiento, muchas de esas mujeres no podrían beneficiarse del mismo. En la negra miseria en que se encuentran, algunas de ellas no disponen siquiera de alimentos adecuados para que surta efecto el tratamiento medicamentoso.

53. Las guerras y otros conflictos aumentan también los desplazamientos de población, factor que expone a la mujer a un riesgo mayor de sufrir violencia sexual y contraer la infección por el VIH. Las mujeres desplazadas internas y refugiadas que huyen de un conflicto son vulnerables si van solas o con niños, no protegidas por miembros de la comunidad o por parientes varones. A menudo, esas mujeres son víctimas de la agresión de guardias fronterizos, soldados y otras fuerzas de seguridad. También el personal de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas se ha visto

envuelto a veces en actos de explotación sexual. Según el PNUD, "en muchos países las tasas de infección por el VIH son mucho más altas entre el personal militar que entre la población general. La posibilidad muy real de morir en combate suele hacer olvidar a los hombres un riesgo de infección por el VIH que parece lejano". (43)

54. En los campamentos para desplazados internos y refugiados, los espacios colectivos en que las mujeres viven y duermen, las instalaciones poco seguras y apartadas y la oscuridad de los caminos las exponen a violencia y agresiones sexuales. La situación de las mujeres desplazadas acompañadas por un hombre quizá no sea más envidiable que la de las mujeres solas. Los varones refugiados, privados de su autoridad y de su función patriarcal tradicional, se vuelven a veces violentos con sus compañeras. Éstas se ven por lo general obligadas a soportar esa situación en silencio, sobre todo si las raciones de alimentos y otros artículos de primera necesidad se distribuyen siguiendo el modelo basado en la primacía del cabeza de familia varón. (44)

### **C. Violencia, estigmatización y discriminación contra las mujeres infectadas por el VIH**

55. En todo el mundo, la estigmatización que sufren las personas que viven con el VIH/SIDA ocasiona discriminación y otras violaciones de los derechos humanos. La estigmatización está tan extendida que se ha aludido a ella como la inevitable "tercera epidemia", que ocurre tras la epidemia "silenciosa" de la infección por el VIH y la epidemia del SIDA. (45) En diversas culturas, persiste el estereotipo de que las personas que viven con el VIH/SIDA contrajeron la enfermedad a causa de algún tipo de actividad que se aparta de la norma. La estigmatización tiene lugar debido a la información errónea sobre la transmisión, el miedo a contraer la infección y el carácter incurable de la enfermedad, y su naturaleza y su grado vienen determinados por una variedad de factores sociales, culturales, políticos y económicos, incluidos la fase de la enfermedad y el sexo de la persona infectada. (46)

56. Las víctimas de la estigmatización reciben un trato que adopta diferentes formas, en particular la exclusión física o social de la familia y la comunidad, y la suspensión del cuidado y apoyo de la familia, la comunidad y el sistema de salud. Diversos estudios muestran que las mujeres están estigmatizadas de manera más directa y grave, lo que exacerba las desigualdades basadas en el género, sociales, culturales y económicas. Cuando los hombres contraen la enfermedad mediante relaciones sexuales, se supone que su tendencia a tener múltiples parejas es la norma. Sin embargo, a las mujeres casi siempre se las califica de disolutas, promiscuas e inmorales. Según un estudio realizado en África, "la peor reprobación y otras formas de estigmatización se reservan a las mujeres que se cree que son responsables de haber contraído el VIH debido a un comportamiento sexual "inapropiado" o inmoral. Por ejemplo, las mujeres que se visten de una manera que se considera poco recatada, en especial las mujeres de las ciudades, jóvenes y que gozan de libertad de movimiento". (47)

57. Según la información recibida del Gobierno, México ha elaborado una destacada estrategia con un triple objetivo para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA y poner fin a la estigmatización y a la discriminación de las mujeres en la industria del sexo. Esta estrategia comprende la reducción del costo del preservativo femenino y la expansión de su distribución; la realización de una campaña en los medios de comunicación dirigida a los clientes; y la colaboración

con los grupos de la sociedad civil para habilitar a las mujeres que trabajan en la industria del sexo a fin de mejorar su situación socioeconómica. Esta estrategia puede impedir la propagación de la enfermedad y contribuir a garantizar que estos grupos vulnerables no sean víctimas de más discriminación, explotación y violencia una vez que han contraído el VIH.

58. La convergencia de la discriminación relacionada con el género, el estado serológico con respecto al VIH y la orientación sexual (con frecuencia combinados con la raza y la clase social) crean múltiples formas de opresión y violencia que mantienen a las mujeres en una posición de subordinación. En general, las mujeres deben hacer frente de manera sistemática a una mayor discriminación en el hogar, la comunidad, el lugar de trabajo, o el entorno sanitario. Como explicaba una mujer en Burkina Faso, "Si [una mujer] descubre que es seropositiva, está firmando tres sentencias de muerte: la muerte psicológica, la muerte social y más tarde la muerte física". (48)

### **1. Diferencia de trato en la familia y la comunidad**

59. Si bien muchas personas que viven con el VIH/SIDA reciben amor y apoyo de sus familias, la carga del cuidado puede poner a prueba los recursos financieros y emocionales de la familia, lo que pone en peligro su capacidad de prestar ayuda. Las consecuencias pueden ser relaciones rotas, abandono, separación; negativo a compartir los bienes o denegación del acceso a las finanzas; obstrucción del acceso al cónyuge, a los hijos, u a otros parientes; aislamiento físico (por ejemplo, dormir en otra habitación) o prohibición de acceder a zonas o instalaciones comunes". (49)

60. Las mujeres están mucho más estigmatizadas, pues se considera que han puesto en peligro la integridad familiar, que se mide con frecuencia por el prestigio moral de la mujer. Incluso se las puede hacer responsables de las debilidades de sus maridos seropositivos. Las relaciones que se ven más afectadas a causa del estado serológico con respecto al VIH son las existentes entre suegros y nueras y entre cónyuges. En la India, por ejemplo, "aun cuando los padres sabían que su hijo había visitado a profesionales del sexo, se hizo responsable a la esposa por no mantener a su marido "bajo control". No había cumplido con su función de esposa, lo que justificaba el rechazo de la familia". (50) El rechazo deja a una viuda dependiente, que también puede no ser bien recibida por su propia familia, con pocas posibilidades de apoyo.

61. Un estudio de las "parejas discordantes" realizado en Uganda mostró que cuando un miembro de la pareja estaba infectado por el VIH y el otro no, las mujeres sanas tendían a permanecer con sus maridos o compañeros y a apoyarlos, mientras que con frecuencia las mujeres seropositivas eran víctimas de violencia o abandono por parte de sus parejas seronegativas. (51)

De igual modo, un estudio llevado a cabo en la India concluyó que "en las parejas serodiscordantes en que el hombre es seronegativo, la mujer corre más riesgo de sufrir rechazo y aislamiento por parte de su cónyuge y la familia de éste que si es seropositivo". (52) Se ha llegado a las mismas conclusiones en múltiples contextos en todo el mundo.

62. En algunos casos hace responsable a la mujer de haber contraído el VIH la misma persona que la infectó, a menudo su pareja desde hace tiempo. A veces los hombres infectados por el VIH infectan a sus mujeres a sabiendas porque creen que tienen derecho a seguir disfrutando de relaciones sexuales sin protección o consideran injusto que sólo ellos deban padecer la enfermedad. Además, es posible que hagan responsables a sus esposas, incluso si son ellos mismos la fuente de la



infección. Como señaló un hombre en Zambia, "puedo transmitir la enfermedad a mi mujer y entonces decirle que vaya a hacerse un reconocimiento para ver si tiene el SIDA. Si se ve que es seropositiva, le echaré la culpa a ella y diré a toda la comunidad que me ha infectado". (53)

63. Las familias que cuidan y apoyan a una persona infectada puede que también se vean estigmatizadas, aisladas y condenadas al ostracismo dentro de la comunidad. Puede que los miembros de ésta estén preocupados por los riesgos que entraña para su salud el hecho de que viva entre ellos una persona infectada por el VIH. En casos extremos, las comunidades rechazan a las personas que viven con el VIH/SIDA por completo y las obligan a ellas y a sus familias a irse. (54) El rechazo y el aislamiento social crean estrés emocional, lo que agrava los efectos físicos de la enfermedad. "En ocasiones no es la enfermedad la que mata a estos pacientes, sino los insultos y los comentarios de las personas. Las habladurías tienen consecuencias más serias para las mujeres que, por lo general, dependen más de las redes sociales que los hombres". (55) La estigmatización puede hacer que las familias oculten un diagnóstico de seropositividad, lo que causa un estrés considerable y depresión en la familia. (56)

## **2. Pruebas no voluntarias y divulgación del estado serológico con respecto al VIH**

64. Un enfoque de derechos humanos sobre las pruebas de detección del VIH insiste en el carácter voluntario de las pruebas, que deberán incluir información suficiente y asesoramiento antes y después de su realización. Las pruebas no voluntarias del VIH y la divulgación de los resultados no sólo violan los derechos individuales sino que también son causa de discriminación y estigmatización. Con frecuencia, las pruebas no voluntarias en el lugar de trabajo se efectúan con la intención de denegar el empleo o rescindir el contrato laboral si se determina que la persona es seropositiva. Estas prácticas se dan en los sectores con mayor presencia femenina como son los sectores de servicios, espectáculos y turismo y los trabajos de categoría inferior y precarios. Human Rights Watch comprobó que ello era especialmente habitual en la región del Caribe. En la República Dominicana, "prácticamente todas las mujeres que viven con el VIH... que habían trabajado anteriormente en el sector estructurado afirmaron que habían dejado de solicitar empleo por miedo a ser sometidas a pruebas, rechazadas en su solicitud de empleo, estigmatizadas en sus comunidades, y finalmente abandonadas por sus parejas". (57)

65. La cuestión del acoso sexual y de los malos tratos a las mujeres en el lugar de trabajo está recibiendo mayor atención de los gobiernos. El Gobierno de Etiopía, por ejemplo, informó de que está llevando a cabo una evaluación de varios años sobre las prácticas existentes en los servicios de prevención, control, atención y apoyo en el caso del VIH/SIDA para las mujeres que trabajan en fábricas. El objetivo es determinar la manera en que el acoso sexual, la explotación y la seducción por parte de sus superiores o compañeros de trabajo promueven la infección por el VIH en las empleadas.

66. Las pruebas no voluntarias tienen igualmente consecuencias desastrosas en el sector de la atención de salud. Por ejemplo, las mujeres que solicitan atención prenatal en la India son sometidas a pruebas obligatorias y los resultados se comunican a sus amigos y familias. (58) "En el caso de las mujeres embarazadas, ni siquiera parece plantearse la confidencialidad. Con frecuencia no se comunica a las mujeres su estado serológico con respecto al VIH. Sin embargo, a menudo se

informa a sus maridos, en el supuesto de que son ellos los que decidirán qué medidas adoptar, es decir, si se prosigue o no con el embarazo y si se someten o no ellos mismos a la prueba de VIH". (59) El miedo a recibir este trato y la asociación con el VIH hace que muchas mujeres no soliciten atención médica periódica.

67. Habida cuenta de que las pruebas constituyen una parte habitual de la atención prenatal, es más probable que el estado serológico con respecto al VIH de una mujer se divulgue en un hospital o dispensario donde a menudo se viola el principio de confidencialidad, en particular por lo que respecta al VIH. Además, pese a que, en teoría, los trabajadores de la salud disponen de información más precisa que la población en general sobre el modo de transmisión del VIH, ello no significa necesariamente que atiendan y traten a los pacientes seropositivos VIH con más consideración. La peor discriminación a la que se enfrentan las mujeres infectadas por el VIH se observa en relación con la planificación familiar, el embarazo y el cuidado de los niños. La necesidad de saber si deben tener o no hijos y la información sobre los medios para evitar transmitir la enfermedad al feto o a un niño recién nacido hacen que las mujeres sean objeto de un examen riguroso: el embarazo y el cuidado de los niños son esferas en las que convergen múltiples estigmas de índole familiar, comunitaria y asistencial.

### **3. Derechos en materia de procreación**

68. La transmisión maternoinfantil del VIH puede tener lugar durante el embarazo, el parto, o durante el amamantamiento, en cuyo caso se considera a las madres seropositivas como únicas responsables de haber infectado a su hijo, lo que constituye por tanto otra fuente de discriminación por razón de género para las mujeres que viven con el virus. En muchos países, las mujeres suelen recibir tratamiento para el VIH sólo cuando están embarazadas a fin de prevenir la transmisión del virus a su hijo.

69. A veces se aconseja a las mujeres embarazadas infectadas por el VIH que pongan fin a su embarazo o se las presiona para que lo hagan. En Ucrania, por ejemplo, donde muchos tocólogos y ginecólogos no han recibido nunca asesoramiento relacionado con el VIH/SIDA, los médicos pueden recomendar inmediatamente el aborto a las mujeres que viven con el VIH si descubren que están embarazadas. (60). Según se informa, en Venezuela, donde al parecer las intervenciones sobre el VIH/SIDA no tienen en cuenta las cuestiones de género se somete a las mujeres a esterilización forzada. (61) Una ONG venezolana documentó el caso de una adolescente infectada por el VIH que fue esterilizada sin su conocimiento o consentimiento en una sala de maternidad tras haber dado a luz. (62) La esterilización forzada no sólo constituye una violación grave de los derechos de la mujer en materia de procreación, sino que tampoco ofrece grandes beneficios por lo que respecta a la prevención del VIH. Además, puede menoscabar el poder de negociación de las mujeres al eliminar la necesidad de utilizar preservativos como forma de control de la natalidad. (63)

70. El estrés del embarazo en las mujeres que viven con el VIH se ve más intensificada por la denegación de atención médica adecuada. Cuando se le niega esa atención, la mujer puede que dé a luz por sí sola o recurra a una partera tradicional. El parto en estas condiciones puede poner en peligro la vida de la madre y el niño y exponer a la partera al riesgo de infección por el VIH.

71. En la mayoría de las comunidades, las mujeres que viven con el VIH que deciden tener hijos son criticadas y censuradas por infectar a sus hijos. "En la India, la maternidad se considera la validación final de la femineidad. Dado el riesgo cada vez mayor que corren las mujeres casadas y monógamas de contraer el VIH, es habitual al parecer que se estigmatice y se haga responsable a la mujer de transmitir la infección a su hijo no nacido. Esa reprobación es mayor si el bebé infectado es varón, debido al gran valor que ya se atribuye al sexo masculino." (64) De hecho, es posible que a las mujeres que viven con el VIH les retiren sus hijos. La ONG marroquí Association de lutte contre le SIDA ha documentado numerosos casos de mujeres separadas de sus hijos y expulsadas de sus hogares. Estas mujeres viven en centros sociales, donde se conoce su situación y se las trata con desprecio e incluso violencia.

#### **D. Limitaciones al acceso a la atención sanitaria**

72. La discriminación por razón de género limita el acceso de las mujeres a la atención médica en la prevención, las pruebas de detección y el tratamiento del VIH. Los preservativos son el medio de protección más eficaz contra las infecciones de transmisión sexual y sin embargo "menos de la mitad de toda la población con riesgo de contraer la infección por el VIH puede obtenerlos, con frecuencia simplemente porque no se fabrican los suficientes". (65) Los preservativos femeninos son menos fáciles aún de obtener, pese a que ofrecen a las mujeres una mayor posibilidad de controlar sus relaciones sexuales. La principal limitación de una mujer en cuanto al empleo de preservativos masculinos o femeninos es, en última instancia el acuerdo de su pareja. Cuando el hombre se niega a utilizarlos, la salud de la mujer corre peligro.

73. De igual modo, la decisión de una mujer de someterse a la prueba del VIH se ve influida de manera negativa por la violencia real o la amenaza de violencia de su pareja. Según un estudio realizado en Tanzania, el "principal obstáculo para que se sometieran a la prueba del VIH y dieran a conocer su seropositividad que era según las mujeres el miedo a tener disputas con sus parejas". (66) Por lo general, las mujeres que viven con el VIH tienen casi tres veces más probabilidades de ser víctimas de un episodio de violencia cometido por su pareja que las mujeres seronegativas. Las mujeres jóvenes seropositivas tienen diez veces más probabilidades de serlo. (67)

La violencia contra la mujer es la razón principal por la que ésta tiene dificultad para someterse a la prueba del VIH y teme la divulgación del resultado. Varios estudios llevados a cabo en África y América Latina muestran que los hombres se sometían a la prueba del VIH como medida de salud preventiva o para cerciorarse de que ellos y su pareja eran seronegativos antes de iniciar una relación. Además, era probable que más los hombres que las mujeres se sometieran a la prueba por decisión propia y revelaran los resultados a su pareja libremente. En cambio, las mujeres decidían hacerse la prueba, a menudo con el permiso de su pareja, para confirmar su estado serológico con respecto al VIH, en particular tras el fallecimiento de su hijo o pareja, o durante reconocimientos de salud reproductiva. (68)

74. A nivel mundial, sólo la quinta parte de las personas que necesitan tratamiento médico a causa del VIH lo reciben. (69) Los hombres no sólo tienen prioridad en el tratamiento, sino que también tienen la posibilidad de influir en la decisión relativa al tratamiento de sus esposas. En Kenya, Botswana y Zambia, algunas mujeres dicen que sus maridos las han obligado a devolver los

medicamentos que se les había entregado para combatir el VIH, basándose en el miedo infundado de que éstos podrían dañar al feto. (70) Prácticas como el purdah (reclusión femenina) en las sociedades islámicas o hindúes limitan el acceso de la mujer al tratamiento si no se lo puede dispensar una trabajadora de la salud.

75. La pobreza femenina también representa un obstáculo al tratamiento, dado el elevado costo de los medicamentos antirretrovirales. Incluso cuando estos medicamentos se distribuyen gratuitamente, las horas de trabajo perdidas para ir al dispensario supone una pérdida adicional de ingresos para las mujeres que tienen un empleo mal pagado, o éstas pueden tener que hacer frente a otros gastos durante el tratamiento. "Los trabajadores de la salud, que suelen trabajar con recursos muy limitados, con frecuencia carecen de información precisa sobre quién está exento de pagar honorarios, y a menudo cobran honorarios de manera no oficial como medio de completar sus ingresos profesionales o personales." (71) Estos honorarios, incluso si son bajos, suelen afectar a los más pobres de la sociedad, habitualmente mujeres, que deben escoger entre pagar los alimentos, la vivienda, u otros artículos de primera necesidad o adquirir medicamentos.

76. Es probable que las mujeres, que por lo general tienen menos movilidad que los hombres, no puedan acceder a los centros de salud incluso cuando existe un sistema de atención sanitaria universal. Pueden tener dificultades para pagar el costo del transporte hasta el dispensario, o los gastos de guardería. Además, con frecuencia las mujeres no pueden hacer un uso efectivo de servicios de salud existentes porque sus horarios y las pautas de funcionamiento no se ajustan a sus propios horarios de trabajo y sus responsabilidades domésticas. El Gobierno del Brasil lleva a cabo uno de los programas sobre el VIH/SIDA con mejores resultados en el mundo, que comprenden las pruebas gratuitas de detección de enfermedades de transmisión sexual y del VIH, la distribución gratuita de preservativos masculinos y femeninos, y servicios de prevención para las mujeres que trabajan en la industria del sexo y los usuarios de drogas por vía intravenosa. El Gobierno ofrece asimismo educación sobre cuestiones tales como la ciudadanía y los derechos humanos. Pese a estas actividades de gran alcance, se estima que nada menos que el 90% de las mujeres brasileñas que viven en zonas rurales no reciben atención prenatal ni se benefician de los servicios gratuitos porque no tiene medios para trasladarse a los dispensarios situados en las zonas urbanas. (72) Sudáfrica ha adoptado importantes medidas para hacer frente a la violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas la labor destinada a ofrecer profilaxis posterior a la exposición al VIH a las supervivientes de violaciones. En particular, las provincias del Cabo occidental y de Gauteng prestan servicios jurídicos y sanitarios a las supervivientes de violaciones y la Junta Fiscal Nacional y el juzgado de paz de Durban han dado pasos importantes hacia el establecimiento de tribunales especializados que se ocupen de los delitos sexuales. (73)

## **E. Acceso a la justicia**

77. En el contexto de la pandemia de VIH/SIDA, las desigualdades por razón de género han demostrado tener consecuencias funestas. La violencia, la discriminación y la estigmatización basadas en el género se refuerzan mutuamente y someten a las mujeres, lo que hace que sean más vulnerables a la infección y tengan menos posibilidades de acceder a un tratamiento y una atención eficaces. Pese al mayor reconocimiento del VIH como una cuestión de derechos humanos

fundamental e intersectorial, la interrelación entre la desigualdad, la violencia y el VIH dificulta el acceso de la mujer a la justicia. Es posible que si solicita reparación por vía judicial, se pida a una superviviente de la violencia basada en el género que describa lo sucedido ante un público insensible y vea que se cuestionan su carácter y estilo de vida durante el proceso. Los estigmas asociados a la violación y otras formas de violencia sexual agravan los estigmas relacionados con el VIH, lo que crea obstáculos en cada fase del proceso judicial y dificulta así el acceso de la mujer a la justicia. Como señaló la anterior Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, "las mujeres pertenecientes a determinados grupos raciales o étnicos, debido a su sexo o raza u origen étnico pueden verse afectadas de manera desproporcionada por el analfabetismo, la falta de capacidad jurídica, la presión de la comunidad y otras barreras sociales" (A/CONF.189/PC.3/5, párr. 34). La reparación para las mujeres que se enfrentan a la discriminación debida al VIH/SIDA, como la reparación por discriminación en otras esferas, no se puede lograr si no se eliminan los prejuicios basados en el género de las leyes y el sistema judicial.

78. Los instrumentos internacionales de derechos humanos constituyen el marco jurídico para dar una respuesta a la epidemia que tenga en cuenta los aspectos relacionados con el género. El VIH y el SIDA están inextricablemente vinculados a los derechos reproductivos y sexuales, que se regulan en el contexto de las desigualdades de poder entre mujeres y hombres a favor de estos últimos. Por consiguiente, con frecuencia los derechos de las mujeres para tomar decisiones sobre su vida reproductiva y sexual se ven violados por los hombres.

79. Como se muestra en el presente informe, las diferencias en las respuestas a las mujeres con el VIH/SIDA restringen una gama mucho más amplia de sus derechos, incluidos el derecho a la vida, la salud, el trabajo y la educación, así como el derecho a la intimidad, la no discriminación y la igual protección de la ley, entre otros. Dado que la respuesta al VIH/SIDA se ve afectada por la discriminación basada en el género y sus consecuencias afectan a los derechos humanos de las mujeres y las niñas, la protección y la promoción de los derechos humanos son esenciales para prevenir la propagación del VIH y reducir las consecuencias sociales y económicas de la pandemia.

### III. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

80. Los programas destinados a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA no pueden dar buenos resultados si no cuestionan las estructuras de las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres. Como se ha demostrado en el presente informe, las múltiples formas de la interrelación entre la violencia contra la mujer y el VIH aumentan su riesgo de contraer la infección por el VIH, la diferencia de trato una vez han sido infectadas y su estigmatización, lo que, a su vez, provoca una mayor violencia. El reconocimiento de la importancia de las desigualdades por razón de género y sus manifestaciones, en particular en el caso de las mujeres jóvenes y de las mujeres pertenecientes a minorías, grupos indígenas y otros grupos marginados, es fundamental para contener la propagación de la enfermedad. Los múltiples niveles de subordinación que aumentan la exposición de las mujeres a la violencia, limitan sus derechos sexuales y reproductivos, incrementan la estigmatización y la discriminación y restringen su acceso a la atención médica, todo ello unido a la feminización de la pobreza, son causas y consecuencias del VIH.

81. Pese al número de mujeres que contraen el VIH/SIDA por medios violentos, los Estados todavía deben reconocer plenamente la interconexión existente entre estas dos pandemias que se refuerzan mutuamente y actuar al respecto. Por lo general, los Gobiernos no toman en consideración la discriminación por razón de género en la formulación de sus políticas sobre el VIH/SIDA. Prueba de ello es la falta de datos sobre el VIH desglosados por sexo en la mayoría de los países.

82. La mayoría de las estrategias de intervención suelen estar destinadas a grupos específicos como los migrantes o las mujeres que son víctimas de la trata con fines de explotación sexual. Estos programas son importantes; sin embargo, es preciso adoptar un enfoque integral para abordar las repercusiones de la desigualdad por razón de género, al tiempo que se llega a grupos de riesgo concretos. Las políticas y planes de acción nacionales serían infinitamente más eficaces si reconocieran la interconexión existente entre las dos pandemias de VIH y de violencia contra la mujer y actuaran al respecto.

83. Los enfoques positivos deben asimismo permitir a las mujeres controlar sus derechos sexuales y reproductivos y ejercer una mayor gama de derechos políticos, económicos, sociales y culturales. Estos enfoques comprenden desde los programas "atentos a los aspectos de género", que reconocen que los hombres y las mujeres tienen necesidades diferentes, pasando por las "intervenciones de habilitación", en las que se trata de mejorar la capacidad de las mujeres para tomar la iniciativa y el control en las cuestiones relacionadas con sus vidas, hasta las "intervenciones de transformación", que pretenden "cambiar las condiciones subyacentes que provocan las desigualdades por razón de género". (74)

84. Recuerdo los objetivos acordados internacionalmente que figuran en varios documentos diferentes de las Naciones Unidas y apoyo plenamente las recomendaciones pertinentes con las que los gobiernos se han comprometido. Habida cuenta de las conclusiones del presente informe y los principios de igualdad y de derechos humanos de la mujer, desearía formular las siguientes recomendaciones para dar una respuesta integrada al VIH/SIDA.

#### **A. Eliminar la violencia contra la mujer**

- Actuar con la debida diligencia para cumplir plenamente los requisitos de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer aprobada por la Asamblea General en la resolución 48/104.
- Promulgar y aplicar leyes que tengan en cuenta los aspectos de género y normas de derechos humanos para abordar las causas fundamentales del problema, en particular adoptando leyes contra la violencia doméstica, tipificando como delito la violación marital, aumentando la edad legal del matrimonio y prohibiendo las prácticas de matrimonio forzado, y velando por el cumplimiento de las leyes sobre la trata de personas y la explotación sexual comercial, con miras a proteger a la víctima y enjuiciar a los culpables (es decir, los usuarios y maltratadores).
- Complementar las reformas legislativas y los programas de habilitación con campañas de "negociación cultural" para sensibilizar sobre el carácter opresivo y discriminatorio de determinadas prácticas realizadas en nombre de la cultura.

- Llevar a cabo campañas de sensibilización sobre las cuestiones de género para combatir la violencia contra la mujer que es resultado del mayor desequilibrio de poder existente entre los sexos, y poner fin a los estereotipos masculinos y femeninos que favorecen los comportamientos violentos. Adoptar un análisis de género en la formulación de políticas generales a fin de identificar los diversos y múltiples tipos de violencia derivados de la convergencia de la desigualdad por razón de género y otros terrenos de opresión, y seguir de cerca de qué manera y dónde se reproducen las desigualdades por razón de género.

### **B. Abordar las dimensiones de género del VIH/SIDA, de la discriminación y de la estigmatización**

- Promulgar o revisar leyes generales contra la discriminación que sean compatibles con los instrumentos internacionales de derechos humanos, y las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (HR/PUB/98/1), en particular en relación con las personas que viven con el VIH/SIDA, proteger contra el sometimiento no voluntario a la prueba del VIH, asegurar el carácter confidencial de los resultados en todos los sectores y garantizar los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva, incluida su elección en materia de reproducción.
- Invertir en métodos de prevención del VIH/SIDA controlados por las mujeres que les den poder inmediato para protegerse durante las relaciones sexuales. El preservativo femenino es un método de prevención fiable, disponible actualmente en el mercado, que reduce el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH.
- Capacitar a los inspectores de trabajo, los trabajadores de la salud, los jueces, los abogados y otros funcionarios competentes para que supervisen y apliquen políticas y procedimientos no discriminatorios encaminados a atender a las mujeres seropositivas.
- Documentar e investigar las violaciones sistemáticas relacionadas con el VIH de los derechos humanos de las pacientes y enjuiciar a sus autores. Ofrecer educación sexual integral y cursos de preparación para la vida cotidiana, en particular información fidedigna sobre el VIH/SIDA y su modo de transmisión, a fin de garantizar la protección y prevenir la estigmatización y la discriminación. Se deberían desplegar esfuerzos para llegar a los grupos de población con menos acceso a los programas generales debido a la pobreza, las barreras lingüísticas u otras limitaciones.
- Velar por que se realicen ensayos clínicos de medicamentos y vacunas contra el VIH que tengan en cuenta los aspectos de género. Se precisan más investigaciones sobre los efectos de los fármacos antirretrovirales en el organismo de las mujeres jóvenes, en especial sus repercusiones sobre la fecundidad. Es necesaria una mayor participación de las mujeres y las adolescentes en los ensayos clínicos de vacunas contra el VIH.

### **C. Garantizar la igualdad de acceso a la atención sanitaria para la mujer**

- Garantizar el acceso de la mujer a la atención médica y a las pruebas de detección y el tratamiento del VIH mediante la creación de centros de salud móviles, honorarios reducidos

o noexigibles y fármacos antirretrovirales asequibles, y servicios de puericultura en los centros de salud, entre otras cosas. Cuando el pudor o las inhibiciones femeninas planteen preocupación, asegurar la intimidad adecuada de las mujeres en los entornos asistenciales o contratar un número suficiente de trabajadoras de la salud. Se puede reclutar a las propias mujeres que viven con el VIH para promover o distribuir el tratamiento a fin de velar por que en la atención dispensada tengan en cuenta los aspectos de género.

- Ofrecer servicios de asesoramiento y pruebas de detección voluntarias, brindando orientación antes y después de su realización para facilitar el cambio de comportamiento y de forma que sirvan como punto de acceso a la atención y el apoyo a las personas con diagnóstico positivo. El asesoramiento y las pruebas voluntarias también ofrecen la posibilidad de abordar el VIH de una manera integral, abordando los aspectos sociales y psicológicos de la enfermedad además de los físicos. El asesoramiento y las pruebas voluntarias son especialmente importantes para las mujeres embarazadas, que toman decisiones sobre la atención prenatal y posnatal. Los asesores de estos servicios pueden asimismo desempeñar una función en la prevención de la violencia basada en el género cuando se les capacita para respetar la confidencialidad y formular preguntas sobre la violencia de la pareja. Un asesoramiento eficaz de las mujeres que viven con el VIH y de sus familias ayuda a las mujeres a hacer frente a los problemas físicos y emocionales de la enfermedad.
- Garantizar una atención exhaustiva a las supervivientes de violencia sexual, en particular el empleo de medicamentos antirretrovirales conocido como profilaxis posterior a la exposición. La profilaxis puede proteger contra la infección por el VIH si se administra inmediatamente después de haber mantenido relaciones sexuales o haber sufrido una agresión sexual. En situaciones de conflicto y emergencia, debería suministrarse la profilaxis como parte de los equipos de salud reproductiva distribuidos a los desplazados internos y refugiados.

#### **D. Habilitar a las mujeres para el pleno disfrute de todos los derechos humanos**

- Ratificar los tratados internacionales de derechos humanos, en particular la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y su Protocolo Facultativo.
- Brindar a las mujeres y las niñas la igualdad de acceso a la alfabetización, la educación, la formación profesional y las oportunidades de empleo.
- Fortalecer la independencia económica de las mujeres, en particular mediante el acceso a las tierras, los créditos, la extensión agrícola, el derecho a la herencia, y la capacitación en competencias empresariales y directivas.
- Prestar apoyo a las mujeres en su función de dispensadoras de cuidados para aliviar la carga desproporcionada de la atención del SIDA que recae fundamentalmente en ellas, mediante capacitación, mecanismos de protección social y apoyo financiero.
- Adoptar un sistema de presupuestación que incorpore la perspectiva de género en todos los planes y asignaciones presupuestarios.



**E. Promover y unirse a una coalición mundial contra el VIH/SIDA,  
y, como comunidad de Estados, de manera colectiva**

- Garantizar que los pobres de todo el mundo tengan acceso a medicamentos asequibles, respaldar una política de medicamentos genéricos e instar a las empresas farmacéuticas a que reduzcan los precios de los medicamentos. Exigir la desmilitarización y condenar enérgicamente todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los conflictos armados y castigar a todas las partes culpables.
- Apoyar la investigación sobre una vacuna contra el VIH, los microbicidas y otros métodos de prevención controlados por las mujeres.
- Dar prioridad al apoyo político y financiero al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

1 The impact and implications of the construction of male sexuality on women, violence against women and women's sexual and bodily autonomy was discussed, noting that the construction of male sexuality makes women particularly vulnerable to violence. Sexuality and violence against women was examined in light of growing fundamentalisms, militarization and situations of armed conflict and the rise of neo-liberal globalization in the region.

2 For further details, papers and recommendations see: Sexuality and Violence against Women: Access to Justice, Summary Report of study workshop and Asia Pacific Consultation with the Special Rapporteur on violence against women, Jakarta, Indonesia, 25-28 July 2004, APWLD, Forum Asia, Komnas Perempuan.

3 See the final report of the First African Regional Consultation on violence against women with the Special Rapporteur on violence against women and the Special Rapporteur of the African Commission on Human and Peoples Rights on Women's Rights, Khartoum, Sudan, 25-26 September 2004, prepared by the Geneva Institute for Human Rights.

4 I would like to acknowledge and thank Jennifer Dreizen for her desk-based research which greatly assisted in the preparation of this study.

5 See Human Rights Watch, Policy paralysis: A call for action on HIV/AIDS-related human rights abuses against women and girls in Africa (December 2003).

6 I requested information from Governments on action taken to address violence against women in the face of the HIV/AIDS pandemic, including progress made and remaining gaps as well as suggestions on how to remedy women's susceptibility to the disease. Governments reporting included Afghanistan, Armenia, Austria, Azerbaijan, Bolivia, Brazil, Costa Rica, Croatia, Czech Republic, Estonia, Ethiopia, Finland, Guatemala, Honduras, Kyrgyzstan, Lithuania, Luxembourg, Maldives, Mauritius, Mexico, Poland, Portugal, Slovakia, Spain, Switzerland, Syria Arab Republic, Trinidad and Tobago, Turkey and Ukraine.

7 UNAIDS, Aids Epidemic Update (December 2004).  
[http://www.unaids.org/wad2004/report\\_pdf.html](http://www.unaids.org/wad2004/report_pdf.html).

- 8 UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis, 2004. [http://www.unaids.org/Unaid/EN/In+focus/Topic+areas/Women\\_gender.asp](http://www.unaids.org/Unaid/EN/In+focus/Topic+areas/Women_gender.asp).
- 9 Ibid.
- 10 UNAIDS fact sheet, “Women and AIDS: A Growing Challenge”. <http://www.unaids.org/bangkok2004/factsheets.html>.
- 11 Health Canada, HIV/AIDS Among Aboriginal Persons in Canada: A Continuing Concern (2003), p. 2. [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/aborig\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/aborig_e.html)
- 12 WHO/UNAIDS press release. [www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr59/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr59/en/).
- 13 Paxton, S. and the International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), 2004. Oh! This one is infected!: Women, HIV and Human Rights in the Asia-Pacific Region. See also UNDP.HIV and Development Programme. Young Women: Silence, Susceptibility and the HIV Epidemic.
- 14 According to a OECD/UNESCO study, two-thirds of the 113 million children out of school are girls. [http://www.oecd.org/document/48/0,2340,en\\_2649\\_37423\\_2969008\\_1\\_1\\_1\\_37423,00.html](http://www.oecd.org/document/48/0,2340,en_2649_37423_2969008_1_1_1_37423,00.html)
- 15 An average of 75 per cent among men, as compared to 65 among women. However, in the least developed countries, these differences are much wider. World Bank, Inequalities in Knowledge of HIV/AIDS Prevention: An Overview of Socio-Economic and Gender Differentials in Developing Countries, 2001.
- 16 Human Rights Watch, Double Standards: Women’s Property Rights Violations in Kenya (2003), p. 25.
- 17 Jane Kiragu, International Federation of Women Lawyers, Kenya (FIDA-K) on the Family Health International web site. ([www.fhi.org](http://www.fhi.org)).
- 18 Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M. 1999. “Ending Violence against Women”. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program: 9 <http://www.infoforhealthh.org/pr/111/violence.pdf>
- 19 Gender Project, Community Law Center, University of the Western Cape, Strategic Interventions: Intersections between Gender Based Violence and HIV/AIDS (2003), p. 7. See also Human Rights Watch, Hated to Death: Homophobia, Violence and Jamaica’s HIV/AIDS Epidemic (2003).
- 20 WHO, Violence against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda (2000), p. 6.
- 21 WHO, World Report on Violence and Health (2002), p. 89.
- 22 Human Rights Watch, Just Die Quietly: Domestic Violence and Women’s Vulnerability to HIV in Uganda, 2003, p. 25.
- 23 OMCT, Violence against Women in Nicaragua, 2001, p. 12.
- 24 Centre for the Study of Violence and Reconciliation, Violence, Vengeance and Gender: A Preliminary Investigation into the Links between Violence against Women and HIV/AIDS in South Africa (2001), p. 10.
- 25 Population Council, The Implications of Early Marriage for HIV/AIDS Policy, 2004, p. 1. <http://www.popcouncil.org/pdfs/CM.pdf>.
- 26 UNAIDS (see note 10 above).

- 27 Human Rights Watch, *Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*, 2003, p. 25.
- 28 See note 8 above, *Confronting the Crisis*.
- 29 See note 25 above.
- 30 Kaisernetwork.org. 2004. "Sugar Daddies' Contribute to Spread of HIV in Africa, Experts Say." [http://www.kaisernetwork.org/daily\\_reports/rep\\_index.cfm?hint=1&DR\\_ID=24805](http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=24805).
- 31 Liam Cochrane, "Sex Tourists Seek Virgins", *The Cambodia Daily* (6 July 2004).
- 32 Human Rights Watch, *Double Standards: Women's Property Rights Violations in Kenya* (2003).
- 33 On this subject, see UNAIDS, *Sex Work and HIV/AIDS: Technical Update* (2002), especially pp. 2 and 7.
- 34 "Sexuality, Violence and HIV/AIDS in Indonesia", presentation by Nafsiah Mboi, Vice-Chair, Indonesian National Commission on Violence Against Women, during the meeting with the Special Rapporteur in Jakarta in June 2004.
- 35 Abdool Karim, 1998, "Women and AIDS - the imperative for gendered prognosis and prevention policy". *Agenda* No. 39: 15-25.
- 36 See World Bank, *AIDS in Latin American Countries: The Challenges Ahead* (2003), p. 7.
- 37 See, for example, the following reports by Human Rights Watch: *Ravaging the Vulnerable: Abuses Against Persons at High Risk of HIV Infection in Bangladesh*, vol. 15, No. 6 (C), (August 2003); *Epidemic of Abuse: Police Harassment of HIV/AIDS Outreach Workers in India*, vol. 14, No. 5 (C), (July 2002); *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*, vol. 16, No. 5 (D), (April 2004).
- 38 See [www.unfpa.org/gender/trafficking.htm](http://www.unfpa.org/gender/trafficking.htm).
- 39 Physicians for Human Rights, *No Status: Migration, Trafficking and Exploitation of Women in Thailand - Health and HIV/AIDS Risks for Burmese and Hill Tribe Women and Girls* (2004), p. 8. <http://www.phrusa.org/campaigns/aids/pdf/nostatus.pdf>.
- 40 Information received from the Government of Lithuania.
- 41 Information received from the Government of Portugal.
- 42 Horizons and Population Council, *Expanding Workplace HIV/AIDS Prevention Activities for a Highly Mobile Population: Construction Workers in Ho Chi Minh City* (2003).
- 43 UNDP, *Dying of Sadness: Gender, Sexual Violence and the HIV Epidemic*, SEPED Conference Paper Series No. 1, (2002), p. 4.
- 44 United Nations High Commissioner for Refugees, *Sexual and Gender based Violence against Refugees, Returnees, and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response* (2003), p. 42.
- 45 Bennett, Olivia 1990. *Panos Dossier: Triple Jeopardy: Women and AIDS*.
- 46 Panos Institute and UNICEF, *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission: A pilot study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso* (2001), p. 3.
- 47 International Center for Research on Women (ICRW), *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, (2003), p. 34.
- 48 *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 33.
- 49 UNAIDS, *India: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial* (2001), pp. 16 17.

50 Ibid., 42.

51 Just Die Quietly ..., pp. 30-31. These findings are echoed in Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ..., and in Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination in Viet Nam, p. 35.

52 Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ..., p. 36.

53 Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia ..., p. 35.

54 Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ..., p. 17.

55 Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia ..., p. 38.

56 India: HIV and AIDS-related Discrimination, p. 9.

57 Human Rights Watch, A Test of Inequality: Discrimination against Women living with AIDS in the Dominican Republic (2004), p. 27. <http://hrw.org/reports/2004/dr0704/dr0704.pdf>.

58 India: HIV and AIDS-related Discrimination, pp. 22-24.

59 Ibid., p. 24.

60 Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ..., p. 30.

61 International Council of AIDS Service Organizations (ICASO), In-country Monitoring of the Implementation of the Declaration of Commitment Adopted at the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS - A Four Country Pilot Study (2004), p. 22.

62 LACCASO and UNAIDS, Magdalena's Story: The Reproductive Rights of a Street Teenager in Caracas (1999), p. 23.

63 A Test of Inequality: Discrimination against Women living with AIDS in the Dominican Republic, p. 41.

64 Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ..., p. 31.

65 UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, Confronting the Crisis ..., p. 20.

66 Population Council, HIV and Partner Violence: Implications for HIV Voluntary Counseling and Testing Programs in Dar Es Salaam, Tanzania (2001), p. 33.

67 Ibid., 2.

68 Ibid., 14.

69 UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, Confronting the Crisis ..., p. 17.

70 Center for Health and Gender Equity, Gender, AIDS and ARV Therapies: Ensuring that Women gain equitable access to drugs within US funded Treatment Initiatives (2004), p. 3.

71 Ibid., p. 5.

72 UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, Confronting the Crisis ..., p. 25.

73 These efforts and their shortcomings are discussed in Human Rights Watch, Deadly Delay: South Africa's Efforts to Prevent HIV in Survivors of Sexual Violence (March 2004, Vol. 16, No. 3 (A)), pp. 58 et seq. <http://www.hrw.org/reports/2004/southafrica0304/southafrica0304.pdf>

74 WHO, Integrating Gender into HIV/AIDS Programme: a Review Paper (2003), pp. 27-41, especially p. 33.