

Mujeres, VIH/sida y derechos humanos

RESUMEN

Fecha: 24 de noviembre de 2004

Índice AI:ACT 77/084/2004

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLACT770842004>

Mujeres, VIH/sida y derechos humanos

Amnistía Internacional pide una acción coordinada para hacer frente al riesgo del VIH en el contexto de la violencia contra las mujeres. Este documento examina los riesgos actuales a los que deben hacer frente las mujeres en el contexto de la pandemia, así como las normas de derechos humanos que deberían proteger a las mujeres de la exposición al virus y garantizar el acceso a servicios médicos y asistencia social en caso de contraerlo.

La pandemia de VIH/sida y sus efectos sobre las mujeres se exponen con toda su crudeza en los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Las mujeres representan aproximadamente la mitad de las personas que viven con VIH/sida en el mundo, aunque en el África subsahariana, que es la región donde viven más personas afectadas por el VIH/sida, las mujeres son mayoría.

Las mujeres tienen vulnerabilidades múltiples y entrecruzadas al VIH. La violencia en el *ámbito familiar* incluye las palizas propinadas por los compañeros íntimos, los abusos sexuales contra niñas en el seno de la familia, la violencia relacionada con la dote, la violación conyugal y la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para las mujeres. Las trabajadoras domésticas también pueden experimentar muchos de estos abusos. Las mujeres también pueden ser víctimas de violencia en la *comunidad*. Esto incluye la violencia sexual, la trata y el trabajo forzoso. La violencia por motivos de género perpetrada o aprobada por la policía, el ejército u otros agentes estatales incluye la violación por integrantes de fuerzas gubernamentales en situaciones de conflicto armado, la esterilización forzada, la

tortura bajo custodia y la violencia perpetrada por funcionarios contra refugiadas.

Muchos de estos actos llevan consigo un aumento del riesgo de transmisión del VIH. La violación, que es por definición no consentida, eleva el riesgo de lesiones para la mujer agredida y es, en consecuencia, una posible vía de infección con el VIH.

La violencia en la convivencia íntima puede contribuir directamente a la transmisión del virus, y cuanto más se prolongue dicha violencia, mayor será el riesgo de que esto suceda. En las relaciones violentas, las mujeres pueden no tener la posibilidad de negociar la utilización del preservativo o de otras prácticas sexuales más seguras y pueden comenzar a abusar del alcohol o de otras drogas ilegales, lo que puede llevarlas a emprender un comportamiento sexual o de inyección de drogas de más riesgo.

Los conflictos y las guerras están contribuyendo a impulsar la pandemia de VIH. La violación es generalizada, el “matrimonio” forzado habitual, y el acceso a métodos de prevención y a atención médica muy limitado o imposible. El papel de la mujer en el seno de la familia, por ejemplo como responsable de la recolección de alimentos o agua, puede entrañar para ellas el riesgo de ser atacadas por los soldados. Las que son violadas deben hacer frente al estigma y el rechazo, una experiencia que se agrava en el caso de que se revele que son portadoras del VIH.

El conflicto también afecta a la infraestructura de salud de los países. En la República Democrática del Congo, por ejemplo, sólo una pequeña proporción de la sangre donada se somete a pruebas adecuadas, lo que lleva a un gran aumento del riesgo de transmisión del virus a través de la transfusión de sangre.

Prácticas tradicionales como el matrimonio prematuro, la herencia de esposa o la mutilación genital femenina pueden entrañar un riesgo para las niñas y las mujeres debido a la violencia, a la exposición a un hombre de más edad y con más probabilidades de ser portador del virus, a la exclusión de los recursos económicos para sobrevivir (lo que lleva a presiones para que practiquen el sexo transaccional para sobrevivir) y al uso de utensilios cortantes no esterilizados.

Los derechos de la mujer en relación con su sexualidad se ignoran ampliamente. En el año 2001, la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el periodo extraordinario de sesiones sobre el VIH/sida, establecía para los gobiernos el compromiso de “[p]ara 2005, [...] elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que: promuevan el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar unas relaciones sexuales seguras; capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección del VIH”. Este pequeño paso no se ha hecho realidad todavía.

Cientos de millones de mujeres carecen de independencia económica. Para muchas, la dependencia económica, material o social de los hombres significa que no pueden controlar cuándo, con quién y en qué circunstancias mantienen relaciones sexuales. Tampoco pueden plantear a los hombres exigencias para reducir al mínimo el comportamiento de riesgo.

En algunas áreas concretas de la vida de la mujer, el género se entrecruza con la sexualidad, la raza, el origen étnico, la edad, la ocupación y la posición social para aumentar los riesgos a los que las mujeres deben hacer frente debido al VIH. Estas áreas incluyen el ejercicio del sexo como profesión y la inyección de drogas. La salud de las mujeres que ejercen el sexo como profesión –y en particular las que son objeto de trata a través de fronteras internacionales– está en peligro. Varios estudios han documentado los riesgos que para la salud y el bienestar de las mujeres representa la trata. Las mujeres que se inyectan drogas corren el riesgo de contraer el VIH debido al uso compartido de agujas y al recurso al sexo pagado para poder adquirir las drogas. Las mujeres pertenecientes a minorías étnicas o de otro tipo, incluidas las mujeres que mantienen relaciones sexuales con otras mujeres, pueden tener que hacer frente a múltiples niveles de prejuicios y exclusión de los servicios de información y de salud. Asimismo, las niñas pueden verse privadas de los beneficios que las familias y la sociedad ponen a disposición de los niños. Las niñas están expuestas en particular a prácticas tradicionales perjudiciales como

la mutilación genital femenina, la prueba de la virginidad, la explotación sexual y el matrimonio prematuro.

La prevención del VIH/sida exige un enfoque en múltiples flancos que mezcle la educación básica, la educación en materia de salud, la capacitación social, la disposición de medidas de protección como preservativos, la aplicación de un programa de suministro de antirretrovirales, la prevención de la violencia contra las mujeres y la promoción y protección de los derechos humanos en general. Incluye la educación sobre sexo, salud y VIH; provisión de preservativos; pruebas y tratamiento que incluyan medicación antirretroviral; tratamiento del estigma y la discriminación; prevención de la transmisión de madre a hijo y profilaxis posterior a la exposición después de una agresión sexual; y desarrollo de microbicidas que las mujeres puedan utilizar sin que ello implique la intervención o la autorización de un hombre.

Las mujeres que cuidan de otras personas en el hogar necesitan formación y apoyo para combatir el aislamiento y la carga de trabajo que supone. Los hombres que atienden a otras personas también necesitan apoyo.

El informe concluye con recomendaciones para que los gobiernos emprendan acciones que:

- aborden la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar y en la comunidad;
- aborden la violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto armado;
- combatan el estigma y la discriminación;
- garanticen la prevención, el tratamiento y la atención;
- ofrezcan asistencia y cooperación internacionales en la lucha contra el VIH/sida.

Mujeres, VIH/sida y derechos humanos

La magnitud de la pandemia y sus efectos sobre la mujer.....	2
Vulnerabilidad específica de la mujer ante el virus a consecuencia de su género	3
<i>Violencia por motivos de género.....</i>	3
<i>Violación</i>	4
Violencia contra las mujeres en el ámbito familiar y en la comunidad.....	5
<i>Violencia a manos del compañero íntimo.....</i>	5
<i>Prácticas tradicionales nocivas.....</i>	5
<i>Matrimonio precoz.....</i>	6
<i>La herencia de esposa.....</i>	6
<i>Mutilación genital femenina.....</i>	7
Violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto	7
Falta de independencia económica	9
Ejercicio del sexo como profesión.....	10
Inyección de drogas	11
Discriminaciones entrecruzadas: origen étnico, orientación sexual y edad.....	12
<i>Mujeres bisexuales y lesbianas.....</i>	12
<i>Las niñas</i>	13
Prevención y tratamiento	14
<i>Educación sobre sexo, salud y VIH.....</i>	14
<i>Preservativos</i>	15
<i>Preservativo femenino.....</i>	16
<i>El enfoque ABC.....</i>	16
<i>Pruebas y tratamiento</i>	17
<i>Medicación antirretroviral.....</i>	18
<i>Discriminación y estigma</i>	19
<i>Prevención de la transmisión maternoinfantil (TMI)</i>	21
<i>Profilaxis después de la exposición.....</i>	22
<i>Microbicidas.....</i>	23
Las mujeres y el cuidado de personas en el hogar	23
Un enfoque del VIH/sida basado en los derechos humanos y la protección y potenciación de las mujeres y niñas.....	24
Normas de derechos humanos y VIH	24
<i>Normas relativas al derecho a la salud de la mujer.....</i>	24
<i>Normas relativas al derecho a la salud sexual y reproductiva de la mujer</i>	25
<i>Normas relativas a la violencia contra las mujeres</i>	26
<i>Normas relativas a la discriminación contra la mujer.....</i>	26
<i>Normas relativas a los derechos del niño.....</i>	27
<i>Normas relativas a la cooperación internacional.....</i>	27
<i>Acuerdos, declaraciones y directrices sobre derechos humanos en relación con el VIH/sida</i>	28
Recomendaciones	30
<i>Abordar la violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto armado ..</i>	31
<i>Combatir el estigma y la discriminación.....</i>	31
<i>Prevención, tratamiento y asistencia.....</i>	32
<i>Asistencia y cooperación internacionales.....</i>	33
<i>La comunidad internacional.....</i>	33
Enlaces.....	33

Amnistía Internacional

Amnistía Internacional
Secretariado Internacional
Peter Benenson House
1 Easton Street
Londres WC1X 0DW
Reino Unido
www.amnesty.org

Mujeres, VIH/sida y derechos humanos

Mujeres, VIH/sida y derechos humanos

Las mujeres no deben ser consideradas como víctimas. En muchos lugares, son ellas quienes marcan el camino a seguir. En comunidades diseminadas por todo el planeta, mujeres y hombres actúan para aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, ampliar el acceso a la salud sexual y reproductiva y a los servicios educativos, aumentar la capacidad de las mujeres para negociar unas relaciones sexuales más seguras, combatir la discriminación y la violencia por motivos de género y aumentar el acceso a métodos de prevención controlados por la mujer como el preservativo femenino. Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis.¹

A la hora de intentar superar la amenaza del VIH/sida, las mujeres luchan contra un virus y contra la discriminación sistémica. En todo el mundo, deben hacer frente a una serie de circunstancias que aumentan de manera específicamente relacionada con el género su riesgo de infectarse con el VIH. Muchas mujeres están expuestas a la violencia sexual y al sexo bajo coacción dentro y fuera del matrimonio, así como a prácticas tradicionales nocivas como la mutilación genital, el matrimonio precoz y la herencia de esposa. Con frecuencia carecen de información sobre medidas de prevención del VIH, acceso a esas medidas y a asistencia médica y apoyo y medicación después de la infección. Se les niega el derecho a la propiedad y la herencia, al empleo y al acceso a medios económicos —negaciones que las obligan a depender de los hombres— y con frecuencia se las excluye de la elaboración y aplicación de políticas, incluidas las relativas a cuestiones que las afectan principalmente a ellas.

Sin embargo, son cada día más las mujeres que luchan de manera eficaz por sus derechos. El activismo de base de las mujeres, incluidas en particular las que viven con el VIH/sida, se intensifica desde hace años y ha obtenido algunos éxitos notables, a pesar de los múltiples impedimentos.

La pandemia de VIH se considera cada vez más una cuestión de salud, desarrollo y derechos humanos muy marcada por el género.² Aunque es una enfermedad evitable, unos 40 millones de personas viven con el virus, y la proporción de mujeres afectadas aumenta. Este documento ofrece un análisis, desde el punto de vista de los derechos humanos, de los factores específicos de género que ponen a las mujeres en riesgo de contraer el VIH/sida y de las consecuencias derivadas de esta infección a las que las mujeres deben hacer frente. Los datos que se reseñan *infra* dejan en claro que:

- la violencia contra las mujeres y otras formas de discriminación por motivos de género hacen aumentar las probabilidades de que las mujeres contraigan el VIH;
- la discriminación por motivos de género también dificulta el acceso de las mujeres a métodos de prevención y a tratamiento;
- es necesario un enfoque integral basado en los derechos para abordar de manera eficaz la pandemia, sus causas y consecuencias;

¹ ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*, Ginebra y Nueva York, 2004. Puede consultarse en: <http://www.unfpa.org/hiv/women/>. La traducción de la cita es de EDAL.

² Véase, por ejemplo, UNIFEM, *Turning the Tide: CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic*, Nueva York, 2001; puede consultarse en: http://www.unifem.org/index.php?f_page_pid=33. UNFPA, *Estado de la población mundial 2004*, Nueva York, 2004; puede consultarse en: <http://www.unfpa.org/sitemap/sitemap-esp.htm>

- aún no se han aplicado con eficacia los programas para una respuesta eficaz al VIH/sida acordados por la comunidad internacional, como las directrices sobre derechos humanos de ONUSIDA, el Programa de Acción de El Cairo, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros;
- es necesaria la cooperación internacional para abordar las injusticias que rodean en todo el mundo la incidencia del VIH y la falta de acceso a tratamiento.

El informe subraya en su conclusión la necesidad de que los gobiernos emprendan acciones con un enfoque basado en los derechos sobre los aspectos relacionados con el género de la prevención y el tratamiento del VIH/sida y del apoyo a quienes lo padecen.

La magnitud de la pandemia y sus efectos sobre la mujer

De acuerdo con los cálculos de ONUSIDA, el número de personas afectadas por el VIH/sida en 2003 era de 35,7 millones de adultos (de los que 17 millones eran mujeres) y 2,1 millones de niños.³ En 2003 se infectaron más de 4 millones de adultos y 630.000 niños, y 2,9 millones de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida, lo que elevaba a 20 millones el número de muertes por esta causa desde que comenzó la epidemia en 1981. En el África subsahariana, 12 millones de niños se habían quedado huérfanos debido al sida hasta el final de 2003.

En el África subsahariana, el 57 por ciento de los adultos afectados por el virus son mujeres, y dos tercios de las personas jóvenes portadoras del VIH son mujeres y niñas.⁴ La proporción mundial de mujeres afectadas por el VIH/sida asciende a casi el

³ ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*, Ginebra, 2004. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>. Para los fines del informe de ONUSIDA, el término “adultos” designa a las personas de edades comprendidas entre 15 y 49 años, que es el principal periodo de actividad sexual y reproductiva del ser humano. Para ONUSIDA, “niños” son los menores de 15 años. Los índices más elevados de incidencia del VIH se encuentran en África austral: Botsuana (37,3 por ciento), Suazilandia (38,8 por ciento), Lesoto (28,9 por ciento), Zimbabue (24,6 por ciento), Sudáfrica (21,5 por ciento), Namibia (21,3 por ciento) y Zambia (16,5 por ciento). Los índices de incidencia pueden descender cuando se toman medidas preventivas, como se comprueba en el caso de Uganda, donde la incidencia nacional descendió del 12 por ciento a principios de la década de 1990 al 4,1 por ciento en el año 2003.

⁴ *Ibid.*

50 por ciento.⁵ En el mundo, las mujeres jóvenes tienen 1,6 veces más de probabilidades de estar afectadas por el VIH/sida que los hombres jóvenes.⁶ Un examen de los niveles de infección del VIH entre personas de edades comprendidas entre 15 y 24 años, en el que se comparaba la proporción de mujeres jóvenes con respecto a la de hombres jóvenes afectados, reveló que en el África austral el doble de mujeres que de hombres eran portadoras del virus, mientras que en Kenia y Malí la proporción de mujeres jóvenes portadoras del VIH con respecto a la de hombres jóvenes era de 4,5 a 1.⁷

Entre 5 y 6 millones de personas residentes en países de rentas bajas y medias no tienen acceso a los necesarios fármacos antirretrovirales que pueden salvar vidas.⁸

El VIH afecta no sólo a las personas que viven con el virus, sino también a otras que dependen de ellas o están relacionadas con ellas. Afecta a:

- las mujeres que viven con el virus, que deben hacer frente al estigma, la discriminación, la violencia y la desigualdad en el acceso a medicación;
- las mujeres que están en situaciones especiales de riesgo, debido a la violencia por motivos de género, la práctica del sexo inseguro, el consumo de drogas mediante inyección o la convivencia con personas que se inyectan drogas, el ejercer el sexo como profesión⁹ y las prácticas tradicionales discriminatorias;
- las mujeres que cuidan a familiares u otras personas afectadas;
- las mujeres en su papel de activistas, miembros activos de ONG, defensoras de los derechos humanos y proveedoras de servicios.

⁵ ONUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002*, Ginebra, 2002, p. 6. Puede consultarse en: <http://www.who.int/VIH/pub/epidemiology/pubepidemic2002/en/>

⁶ ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, *Confronting the Crisis*, 2004, p. 1.

⁷ ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*, Ginebra, 2004, p. 32.

⁸ ONUSIDA, *ibid.*, p. 103.

⁹ En el presente informe, a las personas que venden servicios sexuales se las designa “personas que ejercen el sexo como profesión”. Los medios de comunicación y otros agentes utilizan ampliamente términos como “prostituta” o “mujer [u hombre] que trabaja en la prostitución”. Las personas que trabajan para combatir el VIH/sida consideran que los términos “personas que ejercen el sexo como profesión” o “trabajadores de la industria del sexo” son menos estigmatizadores que otros términos con una mayor carga moral.

Vulnerabilidad específica de la mujer ante el virus a consecuencia de su género

Las mujeres deben hacer frente de diversas maneras a los riesgos derivados del VIH específicamente relacionados con el género. La creciente proporción de mujeres afectadas por el VIH tiene su origen en una mezcla de factores fisiológicos, sociales y de derechos humanos. Las mujeres y las niñas parecen tener un riesgo inherente más elevado de infectarse a través de la actividad heterosexual (en comparación con los hombres) porque el semen contiene niveles más elevados de VIH que los fluidos vaginales. Además, la vagina ofrece una superficie mayor de tejido mucoso susceptible de sufrir microlesiones a través de las cuales el virus puede penetrar en el torrente sanguíneo. Así pues, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de contraer el VIH a través de una sola relación heterosexual.¹⁰

Sin embargo, las diferencias en los niveles de infección que se observan en el África austral y otras regiones, donde cada año se infectan entre cuatro y cinco veces más mujeres jóvenes que hombres jóvenes del mismo grupo de edad, no reflejan únicamente, ni siquiera principalmente, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, sino más bien factores sociales y de derechos humanos. Para muchas mujeres, el factor de riesgo más común al que deben enfrentarse es la convivencia con un esposo o compañero portador del VIH (tanto si es consciente de su situación como si no lo es). Otros factores de riesgo son el nivel de violencia que sufren las mujeres, las prácticas tradicionales que entrañan en un riesgo mayor para la mujer y los factores que limitan la capacidad de la mujer para protegerse.

Aunque la fisiología influye en el mayor riesgo de transmisión del VIH a la mujer, es la relativa falta de poder de las mujeres y las niñas sobre su propio cuerpo y su vida sexual, respaldada y reforzada por la desigualdad social y económica, lo que las convierte en un grupo tan vulnerable a la hora de contraer el VIH/sida y de vivir con él. [...] Las normas sociales, culturales y religiosas confirman y reproducen los roles de género estereotipados que sustentan la desigualdad y la violencia sexuales. Esto confiere una aureola de “naturalidad” e

¹⁰ El sexo anal sin protección, tanto heterosexual como homosexual, entraña un riesgo muy superior de infección de VIH para la persona receptora.

inevitabilidad a estos roles y puede hacer especialmente difícil su refutación y modificación.¹¹

Violencia por motivos de género

Las mujeres hacen frente todos los días a una epidemia de violencia. La violencia contra las mujeres presenta, entre otras, las siguientes modalidades:

- violencia contra las mujeres en el ámbito familiar. Incluye palizas propinadas por los compañeros íntimos, abusos sexuales contra niñas en el hogar, violencia relacionada con la dote, violación conyugal y mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer. Los abusos contra las trabajadoras domésticas – incluidos el confinamiento involuntario, la brutalidad física, las condiciones de cuasi esclavitud y la agresión sexual– también pueden incluirse esta categoría;
- violencia contra las mujeres en la comunidad. Incluye la violación, los abusos sexuales y el acoso y la agresión sexuales en el trabajo, en las instituciones educativas y en otros lugares. La trata de mujeres, la prostitución forzada y el trabajo forzado se inscriben en esta categoría, que también abarca la violación y otros abusos cometidos por grupos armados;
- violencia por motivos de género perpetrada o tolerada por el Estado, o por “agentes estatales”: policías, guardias de prisiones, soldados, guardias de fronteras, funcionarios de inmigración, etc. Esta modalidad incluye, por ejemplo, la violación por integrantes de fuerzas gubernamentales en situaciones de conflicto armado, la esterilización forzada, la

¹¹ Albertyn, C., “Prevention, Treatment and Care in the Context of Human Rights”, ponencia presentada en la Reunión del Grupo de Expertos de las Naciones Unidas sobre “La pandemia del VIH/sida y sus implicaciones de género” (Windhoek, Namibia), Doc. ONU: EGM/HIV-AIDS/2000/WP 1, 2000.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/hivaids/albertyn.html>

tortura bajo custodia y la violencia cometida por funcionarios contra mujeres refugiadas.¹²

La violencia es un factor fundamental en el aumento del riesgo de las mujeres de contraer el virus. Los estudios indican que, en muchos casos, la primera experiencia sexual de una niña será forzada.¹³ Las mujeres tienen entre dos y cuatro veces más de probabilidades que los hombres de contraer el VIH durante el coito vaginal sin protección,¹⁴ tanto porque su fisiología sexual entraña un mayor riesgo de sufrir lesiones (sobre todo en el caso de las mujeres jóvenes) como porque es más probable que sean objeto de una relación sexual violenta o bajo coacción.¹⁵

Hay otros factores que también pueden entrar en juego. Yakin Ertürk, relatora especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, ha afirmado que “muchos de los factores asociados a la posición subordinada de la mujer aumentan el riesgo de infección por el VIH. Entre esos factores se encuentran los siguientes: el analfabetismo y la pobreza, las situaciones de conflicto, la falta de autonomía sexual, la violación por el propio compañero o por desconocidos, la multiplicidad de compañeros sexuales, la trata destinada a la explotación sexual, la mutilación genital y otras prácticas nocivas, la prostitución y el matrimonio precoz”.¹⁶

Violación

Una de las formas más omnipresentes y nocivas de violencia por motivos de género es la violación. El trauma psicológico y físico que inflige la violación está bien documentado.¹⁷ Sin embargo, la transmisión del VIH es cada vez más una consecuencia adicional de la violación. Dado que es por definición no consentida, la violación entraña un riesgo mayor de

¹² Amnistía Internacional, *Está en nuestras manos: No más violencia contra las mujeres*, Londres, 2003. Puede consultarse en:

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLACT770012004>.

Véase también: Amnistía Internacional, *Hacer los derechos realidad. El deber de los Estados de abordar la violencia contra las mujeres*, Índice AI: ACT 77/049/2004, 2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/eslACT770492004>

¹³ García-Moreno, C., “Sexual Violence”, *IPPF Medical Bulletin*, diciembre de 2003. Puede consultarse en: http://www.ippf.org/medical/bulletin/pdf/37_no6_Dec2003_EN.pdf

¹⁴ ONUSIDA, *Gender and AIDS Almanac*, Ginebra, 2001, p. 11

¹⁵ ONUSIDA, *ibid.*, pp. 2-3.

¹⁶ Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: La violencia contra la mujer. Hacia una aplicación efectiva de las normas internacionales para poner fin a la violencia contra la mujer. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk, Doc. ONU: E/CN.4/2004/66, de 26 de diciembre de 2003

http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/d4e447a6_9a850ee2c1256e610040cbe2?Opendocument

¹⁷ Peel, M. (ed.), *Rape as a Method of Torture*, Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres, 2004.

propiciar la infección con el VIH debido a lesiones físicas en los genitales o el ano de la mujer. Incluso en ausencia de lesiones físicas aparentes, la violación puede causar microlesiones en la vagina que pueden ser una vía de infección para el virus.

La protección de las mujeres (y los hombres) contra la violación, y en consecuencia contra la posibilidad de exposición al VIH causada por la violación, requiere la adopción de diversas medidas. Amnistía Internacional ha documentado casos de violación bajo custodia policial, en prisiones, en la comunidad y en zonas de conflicto o de guerra. Aunque cada situación requiere alguna reforma concreta, todas tienen en común que es necesaria una voluntad política para dejar en claro que la violación es un delito inaceptable y que será castigado, que debe llevarse a cabo una labor de educación pública para fomentar una mayor sensibilización sobre cuestiones de género, que la policía y los profesionales de la medicina deben recibir más formación sobre técnicas de investigación y documentación de la violación que tengan en cuenta las cuestiones relativas al género, que los servicios médico-jurídicos y de tratamiento de traumas deben reforzarse y que deben reformarse las leyes relativas a la violación y otros delitos sexuales para abordar de forma adecuada la naturaleza y la gravedad de la violación. La gravedad de la violación ha sido reconocida en el máximo nivel internacional. La Corte Penal Internacional, en virtud del artículo 7.1.g del Estatuto de Roma, considera la violación (y otras formas igualmente graves de abuso sexual) como crímenes contra la humanidad cuando se cometen como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil. Cuando se cometen en el contexto de un conflicto armado, tanto internacional como no internacional, estos delitos también constituyen crímenes de guerra.¹⁸

Para hacer frente al delito de violación es necesario ofrecer apoyo y protección a los testigos antes, durante y después del juicio. Los obstáculos que se oponen a una justicia eficaz en los casos de violación son considerables, y el apoyo efectivo a las reclamantes es fundamental para que se haga justicia y para que sea evidente que se hace justicia.

¹⁸ La definición de violación varía según las distintas jurisdicciones nacionales. El Tribunal Penal Internacional para Ruanda, señalando la ausencia de una definición legal acordada, definió la violación como “invasión física de naturaleza sexual, cometida sobre una persona en circunstancias coactivas. La violencia sexual no se limita a la invasión física del cuerpo humano y puede incluir actos que no supongan penetración o incluso contacto físico”. (Tribunal Penal Internacional para Ruanda, Cámara de Apelaciones 1, *The Prosecutor Versus Jean-Paul Akayesu*, Causa núm. ICTR-96-4-T, 2 de septiembre de 1998. Puede consultarse en: <http://www.ictor.org/ENGLISH/cases/Akayesu/judgement/akay001.htm>)

En Suazilandia, las mujeres y las niñas padecen niveles altísimos de violencia sexual y doméstica, así como una discriminación económica, social y jurídica generalizada. La pandemia de VIH/sida ha tenido devastadoras consecuencias para ellas. La tasa de infección por VIH entre mujeres asistentes a clínicas para embarazadas fue del 38,6 por ciento en el año 2002. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) llegó ese mismo año a la conclusión de que, en Suazilandia, la mayoría de las prácticas y expectativas sobre las mujeres contribuían a su vulnerabilidad al VIH/sida.

Amnistía Internacional, 2004¹⁹

Violencia contra las mujeres en el ámbito familiar y en la comunidad

Violencia a manos del compañero íntimo

La violencia doméstica contra las mujeres o violencia a manos del compañero íntimo impone una carga de salud importante a las mujeres y a la sociedad. La violencia a manos del compañero íntimo se produce en todos los países y en el seno de todos los grupos sociales, económicos, religiosos o culturales. La inmensa mayoría de la violencia a manos de la pareja proviene de los hombres y es soportada por las mujeres, aunque también los hombres pueden ser víctimas de la violencia a manos de sus compañeras; además, la violencia puede ser intergeneracional, y las relaciones entre personas del mismo sexo también pueden caracterizarse por la violencia. La violencia a manos del compañero íntimo abarca la violencia verbal o psicológica, física y sexual y afecta a millones de mujeres en todo el mundo.²⁰

Las mujeres que viven con compañeros violentos no sólo deben hacer frente a traumas psicológicos y lesiones físicas, sino que también experimentan dificultades para protegerse contra embarazos no deseados o contra enfermedades, incluidas las infecciones de transmisión sexual. La violencia física o sexual a manos de un hombre afectado por el VIH puede contribuir de manera directa a la transmisión del virus a su compañera, y cuanto más tiempo dure la violencia mayor será el riesgo de que esto suceda.

¹⁹ Amnistía Internacional, *No más violencia contra las mujeres. La violencia da pábulo a la pandemia del VIH/sida en Suazilandia*, AFR 55/003/2004, de abril de 2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAFR550032004>.

²⁰ Organización Mundial de la Salud, *World Report on Violence and Health*, Ginebra, 2002, capítulo 4. Puede consultarse en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.

Las mujeres también corren riesgos cuando mantienen relaciones sexuales con hombres portadores del VIH que no están dispuestos a tomar medidas preventivas como el uso de preservativos (tanto si conocen su condición de seropositivos como si la ignoran). Sin embargo, las mujeres también corren riesgos de manera más indirecta por:

- no poder negociar el uso de anticonceptivos, incluidos los preservativos;
- no poder llevar a cabo otras formas de conducta sexual más seguras con un compañero; o
- comenzar a abusar del alcohol o drogas ilegales que pueden conducir a conductas sexuales o de inyección de drogas que entrañan un riesgo mayor.²¹

La violencia infligida por el compañero íntimo, la agresión sexual a niños, una primera relación sexual forzada y la agresión sexual a adultos por personas distintas del compañero se asociaron generalmente al aumento de comportamientos de riesgo en cuanto al VIH, al igual que los valores medios o altos en la Escala de Poder en la Relación Sexual, que medía el poder de las mujeres en su relación. En general, el 21,1 por ciento de las participantes informaron sobre sexo transaccional, que definimos como la relación sexual con un compañero varón no primario a cambio de bienes materiales o dinero. Las mujeres que informaron sobre violencia del compañero íntimo, consumo de sustancias problemáticas, residencia urbana, [haber trabajado] alguna vez o vivir en viviendas que no cumplen los requisitos de habitabilidad tenían más probabilidades de informar sobre sexo transaccional, mientras que las mujeres que demoraban el primer coito, estaban casadas o tenían educación postsecundaria tenían menos probabilidades de hacerlo. El sexo transaccional se asociaba a un aumento del riesgo de VIH.

Sudáfrica, 2003²²

Prácticas tradicionales nocivas

Algunas prácticas que elevan el riesgo de infección de las mujeres con el VIH se justifican a menudo en nombre de valores y tradiciones culturales. Algunas

²¹ Ibid.

²² Dunkle, K., Jewkes, R., Brown, H., McIntyre, J., Gray G., Harlow, S., *Gender-Based Violence and HIV Infection among Pregnant Women in Soweto*, Medical Research Council of South Africa, Pretoria, 2003. Puede consultarse en: <http://www.mrc.ac.za/gender/women.pdf>

de ellas se examinan *infra* en este documento, en los apartados dedicados a los derechos sexuales y la independencia económica. Las tres prácticas que vamos a examinar aquí son: el matrimonio precoz, la herencia de esposa y la mutilación genital.

Matrimonio precoz

La Convención sobre los Derechos del Niño no establece una edad legal mínima fija para contraer matrimonio. Sin embargo, otros tratados sí especifican una edad legal mínima para el matrimonio. La Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar del Niño (1990) afirma que “el matrimonio infantil y el compromiso matrimonial de niñas y niños estarán prohibidos” y establece la edad mínima para el matrimonio en 18 años.²³ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer también ha recomendado que la edad mínima para el matrimonio tanto de los hombres como de las mujeres sea 18 años, y ha señalado: “Cuando el hombre y la mujer se casan, asumen importantes obligaciones. En consecuencia, no debería permitirse el matrimonio antes de que hayan alcanzado la madurez y la capacidad de obrar plenas”.²⁴ Organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) enuncian con claridad los riesgos del matrimonio a una edad inferior a 18 años.²⁵

Aunque los datos son incompletos, parece ser que en la práctica, en todo el mundo, las muchachas se casan antes que los muchachos.²⁶ El matrimonio infantil entraña varios factores que hacen aumentar el riesgo de infección con el VIH de las mujeres jóvenes.

²³ Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar del Niño, artículo 21.2. Puede consultarse en:

<http://www1.umn.edu/humanrts/africa/afchild.htm>

²⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 21, párr. 36 [a propósito del artículo 16.2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer]. Puede consultarse en:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom21>

²⁵ Véase, por ejemplo, el comunicado de prensa del UNFPA *Married Adolescents Ignored in Global Agenda, Says UNFPA*, en el que se señala que “la mayoría de los países han declarado los 18 años como edad legal mínima para el matrimonio” y se agrega que “el matrimonio infantil viola los derechos humanos de millones de niñas al poner en peligro su salud, restringir su educación y limitar su crecimiento social, económico y político”. Puede consultarse en:

<http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=456>

²⁶ Por ejemplo, en la República Democrática del Congo, el 74 por ciento de las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 19 años están casadas, en comparación con el 5 por ciento de hombres de la misma edad. En Uganda, las cifras equivalentes son 50 y 11 por ciento; en Nepal, 42 y 14 por ciento; y en Honduras, 30 y 7 por ciento. (Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *World Marriage Patterns, 2000*.) Debe señalarse asimismo que en muchos casos no existen leyes que regulen la edad mínima para contraer matrimonio.

Los siguientes factores incrementan la posible exposición al virus: el desconocimiento de las medidas necesarias para su autoprotección, la falta de poder en la relación matrimonial, la presión familiar para obedecer al esposo y la presión para fundar una familia, que actúa como factor en contra del uso de preservativos. Algunos estudios han revelado una mayor incidencia del VIH en mujeres jóvenes casadas en comparación con las mujeres no casadas del mismo grupo de edad, sobre todo cuando la edad del esposo es mucho mayor que la de la esposa. Los investigadores han indicado que el aumento del riesgo está vinculado a la mayor experiencia sexual y exposición al VIH del hombre de más edad, a la incapacidad de las esposas jóvenes para plantear demandas a cónyuges de más edad y al menor uso de medios de protección.²⁷

El matrimonio infantil dificulta el acceso de las niñas a la educación, con todo lo que ello implica para la gestión de sus relaciones, la consecución de empleo y la negociación del comportamiento sexual. En Etiopía, por ejemplo, aproximadamente el 80 por ciento de las mujeres jóvenes casadas no han recibido educación alguna y no saben leer.²⁸

Desde el punto de vista de las políticas, existe el riesgo de que las adolescentes casadas se queden fuera del ámbito de aplicación de los programas destinados a fomentar y proteger la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.²⁹

La herencia de esposa

La herencia de esposa es la práctica consistente en la transmisión de la viuda de un hombre fallecido al hermano de ese hombre; la mujer es “heredada”, a veces para integrarse en una familia polígama. La actividad sexual posterior se lleva a cabo en muchos casos bajo coacción y de forma no segura. La posibilidad de que la esposa o el nuevo esposo estén ya afectados por el VIH aumenta el riesgo de transmisión y, en consecuencia, facilita la propagación del virus. En algunas tradiciones, la mujer debe dar su consentimiento para el nuevo matrimonio, pero si se niega no recibirá ninguno de los bienes asociados a su

²⁷ Bankole, A., Singh, S., Woog, V. y Wulf, D., *Risk and Protection: Youth and VIH/ SIDA In Sub-Saharan Africa*, Allen Guttmacher Institute, Nueva York, 2004. Véase:

<http://www.guttmacher.org/pubs/riskandprotection.pdf>

véase también ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, *Confronting the Crisis*, Ginebra y Nueva York, 2004, p. 16.

²⁸ Population Council, *Child marriage briefing: Ethiopia*, julio de 2004. Puede consultarse en:

<http://www.popcouncil.org/pdfs/briefingsheets/ETHIOPIA.pdf>

²⁹ Véase Bruce, J. y Clark, S., *The implications of early marriage for HIV/AIDS policy*, informe basado en un documento de consulta preparado para la Consulta Técnica sobre Matrimonio de Adolescentes de la OMS, el UNFPA y Population Council, publicado por Population Council, Nueva York. Puede consultarse en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/CM.pdf>

anterior vida de casada y perderá su vivienda. Es probable que cualquiera de las dos decisiones tenga consecuencias no deseadas para la mujer.³⁰

Mutilación genital femenina

La mutilación de los genitales femeninos como práctica cultural está generalizada en algunas zonas de África y Oriente Medio y Próximo.³¹ La mutilación genital femenina puede implicar la escisión del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total del clítoris; escisión del clítoris con escisión parcial o total de los labios menores; o extirpación parcial o total de los genitales externos y cosido o estrechamiento de la abertura vaginal (infibulación), dejando sólo un pequeño orificio para permitir la salida de la orina y el flujo menstrual. Esta práctica pone a las niñas y a las mujeres en un riesgo mayor de infección con el VIH por varias vías. En primer lugar, la utilización de cuchillas de afeitar o cuchillos no esterilizados para llevar a cabo el procedimiento con varias niñas una tras otra entraña el riesgo de transmitir el virus de una niña a la siguiente en caso de que una de ellas sea portadora del VIH. En segundo lugar, la mutilación genital femenina hace que los genitales tengan más probabilidades de desgarrarse durante el acto sexual. En los casos de infibulación o cosido de la abertura vaginal, es indudable que la penetración causará una hemorragia, lo que a su vez hará mucho más probable la transmisión sexual del virus por parte de un compañero portador del VIH. En tercer lugar, las dificultades en el acto sexual pueden hacer que existan menos probabilidades de que una mujer reciba con agrado las insinuaciones del compañero y conduzcan a éste a un enfoque más violento del sexo, o a emprender prácticas sexuales con su esposa (como el coito anal sin protección) que puedan suponer para ella un mayor riesgo de infección con el VIH.³²

En el oeste de Sudán, en la región de Darfur, donde actualmente tiene lugar un conflicto y miles de mujeres han sido violadas, a la mayoría de las mujeres se las ha sometido a escisión de los labios menores y el clítoris y a muchas se las ha infibulado. Esto aumenta el riesgo de sufrir lesiones tanto durante la

³⁰ Un resumen de las violaciones de los derechos de propiedad contra las mujeres en el África subsahariana puede consultarse en la página web de Human Rights Watch: <http://www.hrw.org/campaigns/women/property/qna.htm#13>

³¹ Amnistía Internacional, *¿Qué es la mutilación genital femenina?*, Índice AI: ACT 77/006/1997.

³² Brady, M., "Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission", *AIDS Patient Care and STDs*, 1999; 13, pp. 709-716.

relación sexual consentida como, especialmente, durante la violación, y en consecuencia aumenta el riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. No hay actualmente instalaciones médicas adecuadas para ofrecer asistencia médica completa a las mujeres aquejadas de infecciones asociadas al VIH/sida entre la población refugiada en Chad o en campos para desplazados internos en Darfur, debido a que las organizaciones humanitarias están abrumadas por la emergencia alimentaria y las dificultades en cuanto a acceso, logística y capacidad.³³

Violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto

En muchas otras zonas del mundo, la violación y otros actos de violencia sexual que se producen en el contexto de conflictos están ayudando a impulsar la pandemia de VIH. La violación y la violencia sexual se han utilizado como arma de guerra a lo largo de la historia y han sido un rasgo muy habitual de los conflictos contemporáneos.

En la República Democrática del Congo, tanto las mujeres y niñas civiles como las mujeres obligadas a luchar como combatientes corren el riesgo de sufrir actos de violencia sexual y exposición al VIH. ONG locales e internacionales han tratado de interceder ante los grupos armados de la República Democrática del Congo para lograr la liberación de niños soldados. Después de una intervención a principios de 2004 que permitió la liberación de 36 niñas soldados, en su mayoría de unos 14 ó 15 años de edad, un activista congoleño informó de que más tarde se comprobó que 17 de esas niñas eran portadoras del VIH.³⁴

La violencia y la destrucción que se desencadenan en el contexto del conflicto tienen otras repercusiones para el sistema de salud. No más del 8 por ciento de la sangre que se utiliza para transfusiones se analiza para comprobar si está infectada con el VIH, ya sea porque las infraestructuras han sido destruidas o porque no se dispone de los recursos necesarios.³⁵ Según el

³³ Amnistía Internacional, *Sudán: Darfur. La violación como arma de guerra*, Índice AI: AFR 54/076/2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAFR540762004>

³⁴ Amnistía Internacional, *Democratic Republic of Congo: Mass rape - time for remedies*, Índice AI: AFR 62/018/2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAFR620182004>

³⁵ *Ibid.*, citando Elisabeth Rehn y Ellen Johnson Sirleaf, "Women, War, Peace" The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's role in Peace-building, 2002, *Progress on the World's Women 2002*, vol. 1, p. 36.

Programa Nacional de Lucha contra el Sida de la República Democrática del Congo, en el 80 por ciento de los centros de salud del país no se analiza la sangre antes de su utilización en transfusiones, lo que entraña un grave peligro para las personas que reciben tales transfusiones.³⁶

A mediados de 2004 se divulgaron informes según los cuales miembros de la Misión de las Naciones Unidas en la República Democrática del Congo (MONUC)³⁷ mantenían contactos sexuales con muchachas de corta edad que vivían en las proximidades del recinto de la ONU en un centro para desplazados internos en Bunia, República Democrática del Congo. Los comentarios realizados por las muchachas dejaron en claro que para ellas el sexo era una actividad “transaccional”: es decir, accedían a mantener relaciones sexuales a cambio de alimentos y otros productos básicos.³⁸

La función de las mujeres como responsables de la recogida de alimentos y agua puede exponerlas a actos de violencia sexual en zonas de conflicto. En la República Centroafricana, cientos de mujeres y niñas fueron violadas a finales de 2002 y principios de 2003, durante el conflicto interno. Amnistía Internacional informó sobre varios casos concretos, entre ellos el de una mujer a la que en el informe se llamaba “BEY”, de 24 años de edad, que fue violada por tres combatientes en diciembre de 2002 cuando iba a buscar agua. Los hombres la hirieron y después fue tratada con medicinas tradicionales. Más tarde se descubrió que era portadora del VIH aunque no se sabía con certeza cómo había contraído el virus. Es habitual que las mujeres que han sido violadas crean que han contraído la infección a través de la violación, y es seguro que en muchos casos esta afirmación es cierta.³⁹

³⁶ Citado en Amnistía Internacional, *ibíd.*

³⁷ La Misión se conoce por su acrónimo en francés, MONUC. Véase: <http://www.monuc.org/>

³⁸ Véase BBC online, 3 de junio de 2004, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/3769469.stm>

³⁹ Amnistía Internacional, *República Centroafricana. Cinco meses de guerra contra las mujeres*, AFR 19/001/2004. Puede consultarse <http://web.amnesty.org/library/index/eslafr190012004>

La mayoría de las mujeres tenían dificultades para recibir asistencia médica o denunciar la violación. Sin embargo, algunas mujeres en particular encontraban considerables obstáculos a la hora de buscar asistencia médica. Según la información de que dispone Amnistía Internacional, numerosas sobrevivientes de violación eran miembros de la comunidad musulmana, pero muy pocas de ellas se presentaban para ser sometidas a un examen médico o para recibir tratamiento. Una organización benéfica médica que prestó asistencia de emergencia a sobrevivientes de violación afirmó que sólo el 3 por ciento de las sobrevivientes, aproximadamente, a las que habían examinado eran musulmanas. Todas acudieron a la clínica acompañadas de sus esposos, cuya presencia se cree que limitó la amplitud de la descripción de sus experiencias y del grado del trauma físico y psicológico que habían sufrido.

La infección con el VIH puede agravar las consecuencias sociales, además de las de salud, para las mujeres que han sido violadas durante el conflicto. Una mujer que fue violada reiteradamente durante el periodo del genocidio en Ruanda dijo a Amnistía Internacional:

*Me enteré de que tenía el VIH cuando me hicieron pruebas antes del nacimiento de mi hija pequeña, en 1999. En cuanto supe que estaba infectada, mi esposo dijo que no podía vivir conmigo. Se divorció de mí y me abandonó con tres hijos, así que ahora no sé cómo pagar la comida, el alquiler, la escuela, etc.. No me queda familia. [...] Mi hija de seis años tiene muchos problemas de salud, y debe de tener el VIH. Parece que tiene tres años, tose, y los rayos X indican que tiene el pulmón izquierdo destruido, pero es alérgica a los antibióticos. Tenía que estar tratándose con antirretrovirales, pero no hay dinero, y es difícil que traten a los niños con antirretrovirales en Ruanda.*⁴⁰

Tanto en Ruanda como en Burundi sigue existiendo un estigma contra las sobrevivientes de violación y contra las mujeres afectadas por el VIH. Amnistía Internacional ha informado de que algunas mujeres de Burundi se abstienen de solicitar tratamiento médico después de ser violadas debido al riesgo de que se las identifique como víctimas de violación en su comunidad. La epidemia de violaciones y la incapacidad o la falta de disposición de las mujeres para encontrar tratamiento después de las agresiones sexuales están contribuyendo a la crisis del VIH en Burundi.⁴¹ El mismo panorama se repite en otras zonas de conflicto de África.

La Resolución 1325 (2000) del Consejo de Seguridad “se ocupa de la protección de las mujeres en situaciones de conflicto armado, y pide que se ponga fin a la impunidad para los abusos por motivos de género durante el conflicto y después de éste, que se integre una perspectiva de género en las operaciones de consolidación de la paz y de mantenimiento de la paz y que se incluya la participación de la mujer en todos los niveles de la toma de decisiones y en las cuestiones relacionadas con la prevención, gestión y solución de conflictos. Pide la actuación de una amplia variedad de partes interesadas, como los gobiernos, el Consejo de Seguridad de la ONU, el secretario general de la ONU y todas las partes en

⁴⁰ Amnistía Internacional, *Ruanda: “Marcadas para morir”*. *Sobrevivientes de violación afectadas de VIH/ sida*, Índice AI: AFR 47/007/2004, abril de 2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAFR470072004>

⁴¹ Amnistía Internacional, *Burundi. La violación, abuso oculto contra los derechos humanos*, Índice AI: AFR 16/006/2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAFR160062004>

⁴² Amnistía Internacional, *Fourth anniversary of Security Council Resolution 1325*, Índice AI: IOR 52/004/2004, octubre de 2004. Puede consultarse en: <http://news.amnesty.org/index/ENGEUR01520420042004>
La Resolución 1325 puede consultarse en: <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/782fd6623ee5c40dc1256a090030f6f4?Opendocument>

En Colombia, las mujeres que son víctimas de la violencia de género se cuentan entre las bajas del conflicto interno en curso. Un importante componente de la estrategia de los grupos armados para ejercer el control sobre la población es la imposición de rígidas normas y reglas de conducta que son de aplicación incluso en el seno de la unidad familiar. Este tipo de control a menudo va precedido o acompañado de lo que los grupos paramilitares llaman “limpieza social”: el homicidio de pequeños delincuentes, prostitutas y otras personas consideradas “socialmente indeseables”. La violencia por motivos de género se utiliza para imponer un código moral basado en papeles rígidamente diferenciados para hombres y mujeres. Amnistía Internacional ha recibido testimonios que hablan de la persecución, la desaparición y el homicidio de mujeres que incumplen estos códigos sociales, así como de personas pertenecientes a otros grupos estigmatizados, como aquellas que ejercen el sexo como profesión, las que son escogidas como víctimas debido a su orientación sexual y los presuntos portadores de infecciones de transmisión sexual, como el VIH/sida.⁴³

La violencia sexual y otras clases de violencia dirigida contra las mujeres que se observa en situaciones de conflicto en distintos continentes no sólo traumatiza a las mujeres y niñas, sino que las pone en peligro de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Falta de independencia económica

Para muchas mujeres, la dependencia económica, material o social de los hombres significa que no pueden controlar cuándo, con quién y en qué circunstancias mantienen relaciones sexuales. Tampoco pueden plantear exigencias a los hombres para reducir al mínimo los comportamientos de riesgo.

A las mujeres infectadas con VIH les resulta difícil compartir esta importante información con sus compañeros por temor a ser agredidas. Según una encuesta llevada a cabo en el año 2001 por el Consejo de Población de Kenia,

⁴³ Amnistía Internacional, Colombia: “Cuerpos marcados, crímenes silenciados”: Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado, AMR 23/040/2004, octubre de 2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAMR230402004>.

La pobreza absoluta o relativa puede presionar a las mujeres para que intercambien sexo por alimentos u otros favores materiales con el fin de asegurar su supervivencia diaria y la de su familia. El grupo especial del Secretario General de la ONU sobre el VIH/sida en África Austral señaló este punto con toda claridad:

La pobreza y la infección con el VIH están profundamente entrelazadas. Del mismo modo que la carga del cuidado de los enfermos, los moribundos y los huérfanos hunde aún más a millones de mujeres africanas en la pobreza y asesta un duro golpe a su energía y su autoestima, también aumenta la presión para recurrir al sexo “transaccional” de alto riesgo –sexo a cambio de dinero o mercancías– o al sexo con “amantes viejos y ricos” que ofrecen la ilusión de la seguridad material. Y a medida que un número cada vez mayor de mujeres sale a la calle por ser éste su único medio de supervivencia, la necesidad de hacer frente a la desigualdad de género se vuelve ineludible.⁴⁵

En algunas áreas concretas de la vida de las mujeres, el género se entrecruza con la sexualidad, la raza, el origen étnico, la ocupación y la posición social para aumentar los riesgos derivados del VIH a los que hacen frente las mujeres. Entre estas áreas se cuentan el ejercicio del sexo como profesión y la inyección de drogas.

Aspectos laborales y económicos de los efectos del VIH sobre las mujeres

Las mujeres deben hacer frente a problemas especiales, como:

- La discriminación, la desigualdad de las leyes que regulan la propiedad y la herencia y la falta de oportunidades educativas limitan las posibilidades de obtener ingresos de las mujeres y contribuyen a perpetuar la desigualdad entre los hombres y las

⁴⁴ Amnistía Internacional, Kenia. *La violación, el delito invisible*, Índice AI: AFR 32/001/2002, marzo de 2002. Puede consultarse en:

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAFR320012002>

⁴⁵ *Facing the future together. Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*, p. 6. Puede consultarse en:

<http://womenandaids.unaids.org/regional/default.html>. La traducción de la cita es de EDAI.

mujeres.

- Las mujeres que han perdido a sus parejas a causa del sida o que han sido abandonadas por ser seropositivas se ven privadas a menudo de seguridad y oportunidades económicas.
- Los efectos de la pobreza obligan a las mujeres a recurrir al sexo para sobrevivir o a continuar con relaciones con hombres que se niegan a practicar el sexo seguro.
- El desequilibrio de poder en el lugar de trabajo expone a las mujeres a la amenaza del acoso sexual.
- La doble carga de las mujeres se intensifica cuando la familia se ve afectada por el VIH porque tienen que prestar asistencia además de mantener o aumentar los ingresos familiares.
- Ciertos tipos de situaciones laborales pueden aumentar el riesgo de infección con el VIH:
 - las mujeres que viajan para desempeñar su trabajo o que migran en busca de trabajo, y las cónyuges de trabajadores migratorios o sometidos a movilidad;
 - las mujeres que representan una pequeña minoría en el lugar de trabajo;
 - las trabajadoras domésticas, especialmente las que viven en su lugar de trabajo;
 - las mujeres que ejercen el sexo como profesión.

OIT, 2004⁴⁶

Ejercicio del sexo como profesión

La experiencia de Sonagachi que se menciona *infra* – que ha conducido a un importante descenso de la incidencia del VIH entre las personas que ejercen el sexo como profesión– ofrece lecciones importantes. Sin embargo, es una excepción. Lo más habitual es que las personas que ejercen el sexo como profesión estén expuestas a un riesgo relativamente elevado de contraer el VIH. Trabajan en un sector informal y a menudo ilegal de la sociedad en el que ocupan una posición baja y marginada. Con frecuencia ejercen un control escaso sobre sus condiciones de trabajo y, en particular, están expuestas a un modo primario de

⁴⁶ Organización Internacional del Trabajo, *Women, HIV/AIDS and the world of work*, Ginebra, 2004. Puede consultarse en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/wd04en.pdf>

transmisión del VIH: el acto sexual. Su capacidad para negociar el uso de preservativos o de cuidar su salud por otros medios es muy limitada. Son víctimas de actos de violencia por parte de quienes las controlan o gestionan, así como de la violencia de los clientes.

La salud de la mujer y el VIH: experiencias de un proyecto de personas que ejercen el sexo como profesión en Calcuta

La tasa actual de infección con el VIH/sida en la India es muy elevada. Para la mayoría de las mujeres indias es casi imposible pensar siquiera en mostrar una conducta firme en una relación sexual con un hombre y negociar un sexo más seguro. Sin embargo, hay un movimiento de personas que ejercen el sexo como profesión en Sonagachi y que negocian con éxito unas relaciones sexuales más seguras con sus clientes, además de un trato mejor de la sociedad (incluida la policía). En 1992, el Proyecto de Intervención sobre ETS/VIH creó una clínica para enfermedades de transmisión sexual (ETS) destinada a personas que ejercían el sexo como profesión, para promover el control de enfermedades y el uso de preservativos. Sin embargo, el objeto de su atención no tardó en ampliarse para abarcar cuestiones estructurales de género, clase y sexualidad. Las propias personas que ejercen el sexo como profesión decidieron las estrategias del programa. El 25 por ciento de los puestos directivos están reservados a personas que ejercen el sexo como profesión, que ocupan muchos puestos claves. Desde muy pronto se invitó a las trabajadoras de la industria del sexo a actuar como educadoras de apoyo, ayudantes y auxiliares de clínica en las clínicas del proyecto sobre ETS. El Proyecto de Intervención sobre ETS/VIH tiene como objetivo fomentar la capacidad de acción de las personas que ejercen el sexo como profesión para cuestionar los estereotipos culturales de su sociedad y para hacerlas conscientes de su propio poder.

India, 2000⁴⁷

Los derechos de estas personas se ignoran con frecuencia.⁴⁸ Un estudio efectuado por Human Rights Watch reveló que personas que ejercían el sexo como profesión en Filipinas afirmaban que se las había sometido a pruebas del VIH en clínicas del gobierno sin su consentimiento informado, una práctica que según se ha demostrado disuade a la gente de acceder a los servicios de salud y de prevención y aumenta su riesgo de infección. Las trabajadoras de la industria del sexo también dijeron a Human Rights Watch que la policía utilizaba sistemáticamente la posesión de

⁴⁷ Bala Nath, M., “Women’s Health and HIV: Experiences from a Sex Workers’ Project in Calcutta”, *Gender and Development*, vol. 8, núm. 1. Puede consultarse un resumen en: <http://www.eldis.org/gender/dossiers/Indiasexworkers.htm>

⁴⁸ Véase Bindman, J., *Redefining Prostitution as Sex Work on the International Agenda*, Anti-Slavery International, con la participación de Jo Doezeema, Network of Sex Work Projects, 1997. Puede consultarse en: <http://www.walnet.org/csis/papers/redefining.html>

preservativos como prueba para detener y procesar a las mujeres por prostitución. Una trabajadora de la industria del sexo, de 19 años, dijo: “Me gusta llevar muchos preservativos en el bolso, pero si veo a la policía, arrojo lejos de mí el bolso”.⁴⁹

Entre los factores que parecen elevar la vulnerabilidad y el riesgo de infección con el VIH de las personas que ejercen el sexo como profesión figuran:

- la estigmatización y la marginación;
- la limitación de las opciones económicas, en particular para las mujeres;
- la limitación del acceso a servicios de salud, sociales y jurídicos;
- la limitación del acceso a información y medios de prevención;
- las diferencias y desigualdades relacionadas con el género;
- la explotación sexual y la trata;
- la legislación y las políticas nocivas o la ausencia de legislación protectora;
- la exposición a riesgos asociados a la forma de vida (por ejemplo, la violencia, el consumo de sustancias, la movilidad).⁵⁰

Cuando las mujeres ejercen el sexo como profesión por haber sido objeto de trata, pueden tener que hacer frente a dificultades aún mayores a la hora de protegerse. Una madre soltera de 21 años de edad procedente de Moldavia, que trabajaba en un bar de Kosovo, declaró a Amnistía Internacional:

Llegué finalmente a un bar de Kosovo, [y me] encerraron dentro y me obligaron a prostituirme. En el bar nunca me pagaron, no podía salir sola, el propietario se volvió cada vez más violento a medida que pasaban las semanas; me golpeaba y violaba, a mí y a las otras muchachas. Éramos

⁴⁹ Human Rights Watch, *The Philippines. Unprotected: Sex, Condoms and The Human Right To Health*, Nueva York, 2004. Puede consultarse en:

<http://www.hrw.org/reports/2004/philippines0504/>

⁵⁰ ONUSIDA, *Sex work and HIV/AIDS: Technical Update*, Ginebra, 2002 (UNAIDS Best Practice collection, Technical Update), http://www.dec.org/pdf_docs/PNACP800.pdf

“propiedad” suya, decía. Al comprarnos, había comprado el derecho a golpearnos, violarnos, matarnos de hambre, obligarnos a acostarnos con los clientes.”⁵¹

La salud de las mujeres que han sido objeto de trata con fines de explotación sexual en la industria del sexo corre un riesgo especial. Varios estudios han documentado los riesgos que para la salud y el bienestar de las mujeres representa la trata.⁵² La salud sexual de estas mujeres y su capacidad para protegerse del VIH se ve gravemente comprometida por el entorno coactivo en el que trabajan.

Inyección de drogas

Las mujeres (y los hombres) que se inyectan drogas como heroína o cocaína corren un gran riesgo cuando el acceso a agujas limpias no es posible o resulta difícil. El uso compartido de jeringuillas es una forma muy eficaz de transmisión del VIH (y otros virus transportados por la sangre, como la hepatitis B y C). Las poblaciones consumidoras de drogas tienden a presentar una tasa de infección más elevada que la tasa de incidencia del VIH en la comunidad de base. En Canadá, por ejemplo, la incidencia del VIH entre las personas de Montreal que se inyectaban drogas se multiplicó casi por cuatro desde 1988 para llegar al 19,5 por ciento de los consumidores de drogas en 1997.⁵³ Investigaciones realizadas en Vancouver revelaron que las tasas de incidencia del VIH entre las mujeres que se inyectaban drogas eran aproximadamente un 40 por ciento más elevadas que las de los hombres que se inyectaban esas sustancias. Los autores del estudio indicaban que era necesario comprender mejor los procesos y factores que causan daños relacionados con las drogas entre las mujeres y

⁵¹ Amnistía Internacional, “¿Significa eso que tengo derechos?” *Proteger los derechos humanos de las mujeres y niñas objeto de trata con fines de prostitución forzada en Kosovo*, Índice AI: EUR 70/010/2004, mayo de 2004. Puede consultarse en:

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLEUR700102004>.

⁵² Zimmerman, C., Yun, K., Shvab, I., Watts, C. et al., *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study*, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), Londres, 2003. Puede consultarse en:

<http://www.lshtm.ac.uk/hpu/docs/traffickingfinal.pdf>

⁵³ Jurgens, R., *Facing up to an epidemic: drug policy in Canada*, HIV/AIDS Legal Network, Montreal, octubre de 2004. Puede consultarse en:

<http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws.htm>

que era preciso poner en marcha con urgencia iniciativas de prevención específicas de sexo.⁵⁴

Debido a los costes que supone la drogadicción, tanto las mujeres como los hombres que tienen necesidad de drogas pueden recurrir al sexo transaccional o a la práctica habitual del sexo a cambio de dinero sin protección. La utilización de preservativos con compañeros habituales u ocasionales puede ser escasa⁵⁵ y, al igual que en otras circunstancias, las mujeres deseosas de ganar dinero para adquirir drogas pueden no sentirse en una posición negociadora fuerte para insistir en que un hombre utilice el preservativo. Por otra parte, el hombre puede ofrecer más dinero por una relación sexual sin preservativo, que las mujeres pueden aceptar por la necesidad económica percibida.

Las mujeres también están en situación de riesgo cuando son compañeras sexuales de hombres que se inyectan drogas, aunque ellas no lo hagan.

Discriminaciones entrecruzadas: origen étnico, orientación sexual y edad

Minorías étnicas

Las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, religiosas o culturales pueden correr un riesgo mayor de exposición a la infección con el VIH, sobre todo en países en conflicto o donde existen constantes de violencia contra grupos desfavorecidos. Pero también corren riesgo cuando no disponen de materiales educativos en su propio idioma, cuando no tienen posibilidades de buscar ayuda contra la violencia doméstica o cuando el sistema de salud les resulta inaccesible.

En el año 2001, la entonces relatora especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, Radhika Coomaraswamy, señaló que “[l]a discriminación por motivos de género interactúa con frecuencia con otras formas de discriminación, incluida la discriminación racial, para negar a las mujeres clasificadas según su raza el derecho a la salud. Diversos factores, como la discriminación racial, el neocolonialismo y la pobreza, impiden el acceso de las mujeres de grupos raciales desfavorecidos a la

⁵⁴ Spittal, P.M., Craib, K.J.P., Wood, E. *et al.*, “Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver”, *Canadian Medical Association Journal*, 2 de abril de 2002; vol. 166, núm. 7, pp. 894-899. Puede consultarse en: <http://www.cma.ca/cgi/content/abstract/166/7/894>.

⁵⁵ Véase, por ejemplo, Houlding C., Davidson R., “Beliefs as predictors of condom use by injecting drug users in treatment”, *Health Education Research*, vol. 18, núm. 2, pp. 145-155, abril de 2003; Pisani, E., Dadun, Suchaya, P.K., Kamil, O., Jazan, S., “Sexual behavior among injection drug users in 3 Indonesian cities carries a high potential for HIV spread to noninjectors”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 34, núm. 4, pp. 403-406, 2003.

asistencia médica adecuada”.⁵⁶ La relatora especial señalaba asimismo que en el informe sobre su misión a Sudáfrica en 1996, había “señalado que los indicadores seropositivos [en ese país] son del 5,55 por ciento para las mujeres negras y del 0,052 por ciento para las mujeres blancas”.⁵⁷ La señora Coomaraswamy citaba el ejemplo de los refugiados haitianos portadores del VIH que fueron “recluidos en la base naval de Estados Unidos en la bahía de Guantánamo, Cuba, en 1993, donde los médicos administraron Depo Provera a las detenidas y las (mal)informaron de que ese fármaco para el control de la natalidad las ayudaría a curarse el sida”.⁵⁸

Mujeres bisexuales y lesbianas

Las mujeres que mantienen relaciones homosexuales, tanto si se identifican como lesbianas como si no, constituyen una población relativamente desatendida en lo que se refiere a asistencia médica en general y a la salud sexual en particular.⁵⁹ Las mujeres lesbianas y bisexuales deben hacer frente a menudo a una doble capa de discriminación basada en su género y en su orientación sexual. La grave discriminación hace que a menudo sea más difícil para estas mujeres el acceso a información y materiales de asistencia médica. Aunque se pensaba que las mujeres sexualmente activas con otras mujeres tienen un riesgo menor de contraer el VIH, existen datos que indican que la transmisión por vía sexual de enfermedades de transmisión sexual también se produce entre mujeres,⁶⁰ y otros riesgos a los que deben hacer frente las mujeres —como la transmisión mediante el uso compartido de agujas— representan un riesgo común.⁶¹

Por otra parte, debido a las graves restricciones a que está sometida la expresión de la sexualidad de las mujeres en muchas culturas, las mujeres lesbianas y bisexuales no pueden expresar libremente su

⁵⁶ Radhika Coomaraswamy, relatora especial sobre la violencia contra la mujer, *Report to the Preparatory Committee of the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance*, Doc. ONU: A/CONF.189/PC.3/5, de 27 de julio de 2001, párr. 152. Puede consultarse en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.189.PC.3.5.En](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.189.PC.3.5.En). La traducción de las citas de este informe es de EDAI.

⁵⁷ *Ibid.*, párr. 155.

⁵⁸ *Ibid.*, párr. 162.

⁵⁹ Hughes, C., Evans, A., “Health needs of women who have sex with women”, *British Medical Journal*, vol. 327, 2003, pp. 939-940. Puede consultarse en:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7421/939>

⁶⁰ Bailey, J.V., Farquhar, C., Owen, C., Mangtani, P., “Sexually transmitted infections in women who have sex with women”, *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80, 2004, pp. 244-246. Puede consultarse en:

<http://sti.bmjournals.com/cgi/content/abstract/80/3/244>.

⁶¹ Centers for Disease Control, “HIV/AIDS & US Women Who Have Sex With Women (WSW)”, resumen de datos y estadísticas, julio de 2003. Puede consultarse en: <http://www.cdc.gov/VIH/pubs/facts/wws.htm>.

orientación sexual y a menudo se ven obligadas a contraer matrimonio y mantener relaciones sexuales con hombres. Las mujeres que se niegan a casarse son a menudo marginadas en su comunidad, y sin la “protección” del matrimonio con un hombre pueden convertirse en objeto de violencia y violación, lo que aumenta las probabilidades de infección con el VIH.

Las niñas

En algunos países, los servicios de salud receptivos a las circunstancias de los niños y los adolescentes, aun cuando existen, no son suficientemente accesibles a los discapacitados, los indígenas, los pertenecientes a minorías, los que viven en zonas rurales o en condiciones de extrema pobreza y los marginados sociales. En otros, donde la capacidad del sistema de salud ya está sometida a grandes presiones, se ha negado sistemáticamente a los niños con VIH el acceso a la atención básica de salud. Los Estados Partes deben velar por que se presten a todos los niños sin discriminación que residan en su territorio los mejores servicios posibles y por que tengan en cuenta suficientemente las diferencias de sexo, edad y contexto social, económico, cultural y político.⁶²

Las niñas corren riesgo de exposición al VIH en varios niveles. Se exponen a la violencia sexual en la familia, en la comunidad y en situaciones de conflicto. Con frecuencia no se les permite el mismo acceso que a los muchachos a las oportunidades educativas, la información, la asistencia médica y la nutrición, y en muchos países se les inculcan normas de género que prescriben un papel de supeditación para la mujer. Las niñas pueden verse atrapadas entre un estrato conservador de la sociedad que desea controlar su comportamiento –por ejemplo, fomentando la “prueba de la virginidad” y las promesas de castidad⁶³– y la explotación por hombres de más edad que buscan relaciones sexuales con muchachas más jóvenes.

También se ha denunciado un tipo habitual de abuso: hombres que tratan de tener relaciones sexuales con menores por creer que hay menos probabilidades de que sean seropositivos. Además, según los informes, hay hombres seropositivos o enfermos de sida que han violado a muchachas jóvenes por creer que mantener relaciones sexuales con una virgen los “limpiaría”.

Kenia, 2002⁶⁴

En algunas zonas de África, el matrimonio de niñas representa un aumento del riesgo que éstas corren, ya que es probable que se casen con hombres de más edad que tienen más probabilidades de ser seropositivos que los muchachos de la misma edad que la muchacha que se casa. Los datos indican que la demora del matrimonio, la demora de las relaciones sexuales y la educación formal guardan una relación directa con unas tasas más bajas de VIH entre las adolescentes. Según ONUSIDA, “los jóvenes de varios países están iniciando la actividad sexual a edades más tempranas y [...] están aumentando las relaciones sexuales prematrimoniales”,⁶⁵ y las mujeres se infectan con creciente frecuencia a edades más tempranas.⁶⁶

Los niños que viven con padres seropositivos o los que están afectados por el virus pueden sufrir varias formas de discriminación que ponen en peligro su integridad física y mental y los exponen a riesgos de salud.

Un informe de Human Rights Watch sobre el VIH y la infancia en la India documentó cuántos médicos se negaban a tratar o incluso a tocar a niños seropositivos.⁶⁷ Algunas escuelas expulsan o segregan a los niños porque ellos o sus padres son seropositivos, y muchos orfanatos y otras instituciones residenciales rechazan a los niños portadores del VIH o niegan que los acojan. Los niños pertenecientes a familias afectadas por el sida pueden ver cómo se les niega la educación, se los echa a la calle, se los obliga a realizar trabajo infantil o se los somete a otros tipos de explotación, todo lo

⁶² Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 3: El VIH/SIDA y los derechos del niño, párr. 21.

⁶³ Véase, por ejemplo, el sitio web del movimiento “Silver Ring Thing”: <http://www.silverringthing.com/about.html>

⁶⁴ Amnistía Internacional, Kenia. *La violación, el delito invisible*, Índice AI AFR 32/001/2002, marzo de 2002.

⁶⁵ ONUSIDA y OMS, *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA*. Diciembre de 2002, pp. 14-15. Puede consultarse en: http://www.who.int/hiv/facts/en/epiupdate_sp.pdf

⁶⁶ ONUSIDA, *Gender and AIDS Almanac*, Ginebra, 2001, p. 10, http://www.unaids.org/html/pub/topics/gender/genderandaidsalmanac_en.pdf.pdf

⁶⁷ Human Rights Watch, *Future Forsaken: Abuses Against Children Affected by HIV/AIDS in India*, Nueva York, julio de 2004, <http://hrw.org/reports/2004/india0704/>

cual supone para ellos un riesgo mayor de contraer el VIH.

Al examinar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño por la India en 2004, el Comité de los Derechos del Niño expresó su profunda preocupación “por la persistencia de las actitudes sociales discriminatorias y las prácticas tradicionales nocivas para las muchachas, incluida la baja tasa de escolaridad y la elevada tasa de deserción escolar, los matrimonios precoces y forzados, y las leyes sobre el estatuto personal basadas en la religión, que perpetúan las desigualdades entre géneros en cuestiones como el matrimonio, el divorcio, la tutela de hijos y las sucesiones”. El Comité también ha expresado preocupación por la discriminación por motivos de género y por el VIH/sida y ha señalado que las estrategias de los Estados en lo relativo al VIH/sida deben tener en cuenta el hecho de que la discriminación contra las personas afectadas por el VIH/sida “perjudica más a las muchachas que a los muchachos”.⁶⁸

Los niños que pierden a sus progenitores a causa del sida también corren el riesgo de sufrir privaciones o verse abocados a la indigencia. Los derechos básicos corren peligro. Stephen Lewis, enviado especial del secretario general de la ONU para el VIH/sida en África, afirmó en una conferencia de prensa, celebrada con ocasión de la XV Conferencia Internacional sobre el VIH/Sida que tuvo lugar en Bangkok en julio de 2004: “Permítanme recordarles, con especial énfasis en las muchachas, que una de las cosas que atormenta más profundamente las vidas de los niños huérfanos a causa del sida es la incapacidad de asistir a la escuela. Y esa incapacidad de asistir a la escuela se ve a menudo agravada porque los niños no pueden pagar las tasas escolares o los uniformes o los libros de texto o los costes de inscripción. Cabe preguntarse cuándo, si es que sucede alguna vez, habrá una movilización masiva, en el continente, para que se supriman las tasas escolares en todas partes. El mantenimiento de las tasas es una violación explícita de Convención sobre los Derechos del Niño”.⁶⁹

Prevención y tratamiento

La prevención del VIH/sida requiere un enfoque múltiple que combine la educación básica, la educación en salud, la potenciación de los derechos sociales, la aplicación de medidas de protección como preservativos, la aplicación de un programa de suministro de antirretrovirales, la prevención de la

⁶⁸ Citado en *Future Forsaken*, ibíd.

⁶⁹ Declaración de Stephen Lewis, enviado especial del secretario general de la ONU para el VIH/sida en África, pronunciada en una conferencia de prensa con ocasión de la XV Conferencia Internacional sobre el Sida celebrada en Bangkok, el 14 de julio de 2004. Puede consultarse en: http://www.planetwire.org/files.fcgi/4929_Stephen_LewisBangkokStatement.doc

violencia contra las mujeres y la promoción y protección de los derechos humanos en general. El grupo especial del secretario general de las Naciones Unidas sobre mujeres, niñas y VIH/sida en el África Austral⁷⁰ identificó tres factores fundamentales que contribuyen a la mayor vulnerabilidad de las mujeres y niñas de la subregión a la infección con el VIH: la cultura del silencio que rodea la sexualidad, la explotación en el sexo transaccional e intergeneracional y la violencia en las relaciones con muchachos y hombres. Esto indica que la prevención del VIH en el África austral (y sin duda en otras regiones) exige medidas educativas, la promoción económica y social de las mujeres y niñas y medidas para hacer frente a las diferentes formas de violencia por motivos de género.⁷¹

Educación sobre sexo, salud y VIH

*Los gobiernos deben tomar medidas para fomentar las buenas prácticas en materia de salud y para superar los prejuicios públicos, la información errónea y la discriminación. Sigue habiendo mucha ignorancia en relación con el VIH/sida, que exige un ingente esfuerzo para promover la sensibilización de la opinión pública. Una encuesta realizada en Asia central reveló que un tercio de las mujeres jóvenes ni siquiera habían oído hablar del sida, y sin embargo la tasa de infección de las mujeres aumenta inexorablemente en todo el mundo.*⁷²

Para proteger los derechos de las niñas y las mujeres y para prevenir la infección con el VIH es fundamental asegurar que reciben educación, especialmente en relación con su salud sexual y reproductiva y sus derechos. Los beneficios de la educación se manifiestan en un mayor conocimiento por parte de las mujeres y niñas del sexo, la salud y el VIH/sida. También es beneficiosa para ellas “la formación en habilidades de negociación y de vida y un aumento de su capacidad para pensar críticamente y para analizar las situaciones antes de actuar”.⁷³ En resumen, la educación capacita a las mujeres y niñas

⁷⁰ *Facing the future together: the final report of the Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*, julio de 2004. Puede consultarse en: <http://womenandaids.unaids.org/regional/docs/Report%20oP%20SG%27s%20Task%20Force.pdf>

⁷¹ Véase también Amnistía Internacional, *Swaziland: Human Rights at risk in a climate of political and legal uncertainty*, Índice AI: AFR 55/004/2004, p. 13. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAFR550042004>

⁷² Amnistía Internacional, *World AIDS Day: Human rights central to battle against AIDS*, Índice AI: POL 30/008/2002, diciembre de 2002. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGPOL300082002>

⁷³ *Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis*, p. 39 (véase nota 1).

para actuar con más eficacia en pro de sus propios intereses.⁷⁴

En su informe de 2004, la relatora especial de la ONU sobre el derecho a la educación resumió la obligación de los Estados de ofrecer educación en materia de sexo:

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer contiene una disposición concreta sobre educación sexual (párrafo b) del artículo 10), con arreglo a la cual los Estados Partes tienen la obligación de asegurar para las niñas y las mujeres el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha definido la planificación de la familia en su Recomendación general N° 21 de manera que incluya la educación sexual. El Comité de los Derechos del Niño, en su Observación general No. 3 sobre el VIH/ SIDA y los derechos del niño, ha interpretado que la Convención sobre los Derechos del Niño afirma el derecho del niño a la educación sexual [párrafo 6] para permitirle “abordar de manera positiva y responsable su sexualidad” y añade lo siguiente:

“El Comité quiere destacar que para que la prevención del VIH/SIDA sea efectiva los Estados están obligados a abstenerse de censurar, ocultar o tergiversar deliberadamente las informaciones relacionadas con la salud, incluidas la educación y la información sobre la sexualidad, y que [...] deben velar por que el niño tenga la posibilidad de adquirir conocimientos y aptitudes que le protejan a él y a otros desde el momento en que empiece a manifestarse su sexualidad (párr. 16).”⁷⁵

En un espíritu semejante, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Conferencia de El Cairo) recomienda

⁷⁴ Los datos indican que, entre las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad), el nivel de conocimiento sobre las ideas erróneas y los métodos de prevención del VIH es bajo, incluso en países con alta incidencia. El valor medio en los países estudiados de Europa oriental y Asia central era de sólo el 5 por ciento. En África, Asia y América Latina, las cifras oscilaban entre el 18 y el 30 por ciento. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*, Ginebra, 2004, p. 96.

⁷⁵ Consejo Económico y Social, El derecho a la educación, informe presentado por la relatora especial, Katarina Tomasevski, Doc. ONU: E/CN.4/2004/45, de 15 de enero de 2004, párr. 36, p. 19. Puede consultarse en: <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4ae57c3d96fddd45c1256e46003c3bd4?OpenDocument>

que “los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales”. El Programa de Acción reconoce “los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes de dar a éstos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los adolescentes, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas”, pero concluye que “los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes”.⁷⁶

Es fundamental asimismo que los conocimientos se transformen en un cambio de comportamiento. Un estudio efectuado recientemente en Sudáfrica, por ejemplo, reveló que los niveles de conocimiento sobre las causas y la propagación de las infecciones de transmisión sexual eran elevados. Las personas que participaron en el estudio también estaban bien informadas acerca de cuestiones relativas a la protección contra infecciones de transmisión sexual y la búsqueda de tratamiento. Sin embargo, había una contradicción importante entre este conocimiento y los comportamientos de los que se informó, que seguían poniendo a los jóvenes en situación de riesgo. Los autores del estudio pedían una reorientación de la educación en materia de sexualidad para hacer frente a las diferencias de género y promover las habilidades de comunicación.⁷⁷

Preservativos

El preservativo es una de las medidas más sencillas (salvo la de evitar el sexo con penetración) para proteger a los compañeros sexuales contra la

⁷⁶ Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, (Conferencia de El Cairo), Programa de Acción, 1994, párr. 7.45.]

⁷⁷ James, S., Reddy, S.P., Taylor, M., Jinabhai, C.C., “Young people, HIV/AIDS/STIs and sexuality in South Africa: the gap between awareness and behaviour”, *Acta Paediatrica*, vol. 93, núm. 2, pp. 264-269. febrero de 2004. Puede consultarse un resumen en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15046286

infección con el VIH⁷⁸. Sin embargo, la dependencia de los preservativos como única estrategia de prevención no carece de inconvenientes, y siguen escaseando los suministros de preservativos en los países en desarrollo. Por otra parte, siguen existiendo dudas acerca de si los efectos de los preservativos pueden verse limitados debido a su uso inconsecuente y escaso entre las personas que están en situación de mayor riesgo y a las interacciones negativas con otras estrategias.⁷⁹ Además, las personas que se oponen al uso de preservativos han sugerido, en contra de todos los datos científicos disponibles, que éstos permiten el paso del virus y, en consecuencia, ponen en peligro a sus usuarios. Esta concepción ha sido rechazada con firmeza por organismos autorizados como ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud.⁸⁰

Además de los problemas asociados a la disponibilidad de los preservativos, sigue siendo necesario abordar los factores siguientes:

- un obstáculo importante para la eficacia de los preservativos en la prevención del VIH es la dificultad a la que se enfrentan las mujeres para convencer a sus compañeros de que los utilicen. A muchos hombres no les agradan los preservativos y tampoco que su compañera sugiera que deben utilizarse;
- se sabe que las mujeres que ejercen el sexo como profesión reciben presiones de los hombres, que ofrecen pagar tarifas más altas por mantener relaciones sexuales sin preservativo. También existe el problema del uso inconsecuente, con mujeres que utilizan preservativos con los clientes de pago pero no con su pareja;
- las mujeres que se inyectan drogas utilizan el preservativo de manera esporádica e ineficaz, según los informes;

⁷⁸ National Institute of Allergy and Infectious Diseases, *Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention*, resumen de un taller patrocinado por el National Institute of Allergy and Infectious Diseases en Herndon, Virginia (Estados Unidos), junio de 2000. Puede consultarse en:

<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>. Los preservativos no son eficaces en un 100 por ciento, pero son muy eficaces si se utilizan con cuidado.

⁷⁹ Hearst, N., Chen, S., "Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working?", *Studies in Family Planning*, vol. 35, núm. 1, 2004, pp. 39-47. Puede consultarse el resumen en:

<http://www.popcouncil.org/publications/sfp/sfpabs/sfpabs351.html>

⁸⁰ Para un breve examen de la eficacia y los problemas del preservativo, véase: Foss, A.M., Watts, C.H., Vickerman, P., Heise, L., "Condoms and prevention of HIV", *BMJ*, vol. 329, 2004, pp. 185-186. Puede consultarse en:

<http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/329/7459/185>

- las mujeres que son víctimas de violencia sexual no tienen control alguno sobre el uso de preservativos y es improbable que los utilicen;
- los preservativos también representan una barrera para la concepción, y muchas parejas desean tener hijos.

Sin embargo, la ONU y otros organismos que trabajan en el campo del VIH/sida han subrayado que el preservativo sigue siendo un componente esencial de las estrategias de prevención actuales.⁸¹

Preservativo femenino

El preservativo femenino es una funda de poliuretano con sendos anillos en los extremos que puede insertarse en la vagina hasta ocho horas antes de la relación sexual. Proporciona protección contra el embarazo y contra las infecciones de transmisión sexual. No tiene efectos secundarios ni riesgos conocidos —aunque hay que tener cuidado al insertarlo y durante su uso—, y ha resultado aceptable para un gran número de mujeres. El preservativo femenino está disponible en Europa desde 1992 y fue aprobado por la Dirección de Productos Alimenticios y Farmacéuticos de Estados Unidos en 1993. Estudios efectuados entre diversos grupos de mujeres, incluidas mujeres jóvenes casadas y mujeres que ejercen el sexo como profesión en algunos países de África y en Tailandia, han indicado que la mayor ventaja para las mujeres del preservativo femenino era el control que les permitía sobre su salud sexual, ya que podían tomar la iniciativa en su uso y podían insertarlo mucho antes de la relación sexual. Sigue sin resolverse el problema del coste (actualmente es unas 20 veces más caro por unidad que el preservativo masculino) y se ha distribuido en cantidades relativamente limitadas.⁸²

El enfoque ABC

Los programas de prevención del VIH/sida deben ser prácticos y realistas. Sermonear a los jóvenes y las mujeres no los protege; las personas que de verdad necesitan oír el mensaje de la abstinencia y la fidelidad son más viejas, en su mayoría están

⁸¹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, *Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections including HIV*, declaración de prensa, Ginebra, 16 de agosto de 2001.

⁸² Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, *Basic Facts on the Female Condom*, sin fecha. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/html/pub/unaids_docs/gcwa_femalecondom_en.pdf.pdf

*casadas, son hombres. Pero no he oído decir todavía que el gobierno esté financiando tales programas.*⁸³

Uno de los enfoques de la prevención de la infección con el VIH es el llamado método “ABC”: por los términos ingleses “abstain”, abstenerse (de mantener relaciones sexuales), “be faithful”, ser fiel (a un solo compañero sexual) y utilizar “condoms”, preservativos. Aunque cada una de estas medidas puede contribuir a la protección contra la exposición al VIH (y el enfoque parece haber tenido cierto éxito en algunos países) el “enfoque ABC” tiene limitaciones importantes, en particular si se promueve como único medio de protección. La abstinencia apenas significa nada para las niñas y mujeres que se ven compelidas a ejercer la actividad sexual o son víctimas de violencia sexual. Asimismo, la fidelidad a un compañero ofrece escasa protección a las mujeres cuyos esposos tienen otras compañeras o se infectaron antes de contraer matrimonio. (En varios países africanos, entre las mujeres casadas jóvenes se registran tasas más elevadas de VIH que entre las mujeres de su misma edad que no están casadas, y el matrimonio de adolescentes es un indicador del aumento de la vulnerabilidad a la infección.) El uso de preservativos requiere la cooperación de los hombres (o su tolerancia en el caso del preservativo femenino). Con frecuencia los hombres no quieren usar preservativo o consideran el deseo de las mujeres de que los utilicen como una declaración de desconfianza o infidelidad.

*El enfoque ABC sólo presentará opciones viables para las niñas y mujeres si se aplica como parte de un conjunto múltiple de intervenciones que tomen en consideración los problemas específicos de las niñas y las mujeres. Estas intervenciones deben tener como objetivo capacitar a las niñas y mujeres mediante el fomento de la firmeza y la autoestima y el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal y liderazgo. Deben ir acompañadas de cambios en las leyes y de iniciativas para transformar las expectativas sociales con el fin de que permitan a las mujeres vivir una vida independiente tanto social como económicamente.*⁸⁴

⁸³ “Women, Poverty, and HIV in Asia: Dynamics of Emergent Epidemics”, declaración de Nafis Sadik, enviado especial del secretario general de la ONU para el VIH/sida en Asia y el Pacífico, University of California Women’s Global Health Imperative, 4th Annual International Women’s Day HIV Briefing, 8 de marzo de 2004. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org>

⁸⁴ UNIFEM, *Confronting the Crisis*, p. 17.

Pruebas y tratamiento

Las pruebas voluntarias para detectar la infección con el VIH, en el contexto de un programa de apoyo y asesoramiento antes y después de las pruebas (lo que se conoce como programas de asesoramiento y pruebas voluntarias – APV), son fundamentales en el diagnóstico, para permitir una intervención temprana como estrategia de gestión para la enfermedad y para reducir al mínimo la transmisión del VIH. La iniciativa “3 millones para 2005” de la OMS⁸⁵ –que 3 millones de personas reciban medicación antirretroviral para el año 2005– depende de la rápida expansión de la capacidad de los programas APV. Sin embargo, la realización de pruebas también es susceptible de abusos y de la negación de los derechos humanos. Los abusos incluyen la introducción de la selección preceptiva y las pruebas obligatorias, la realización de pruebas sin necesidad de que el afectado dé su consentimiento, la falta de asesoramiento adecuado antes y después de las pruebas, la ausencia de respeto por la confidencialidad, la falta de información a la persona que se somete a las pruebas sobre los resultados de éstas, y la realización de pruebas a determinadas personas por motivos discriminatorios.⁸⁶

Los propósitos de las pruebas son diversos. El Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos identificó al menos nueve propósitos posibles para las pruebas del VIH, entre ellos los siguientes: como condición previa para el acceso a asistencia relacionada con el sida; para reducir la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH; en las donaciones de sangre, como parte del proceso de selección.⁸⁷ Aunque la mayoría de estos propósitos

⁸⁵ Organización Mundial de la Salud, *Tratar a 3 millones de personas para 2005. Cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS*, Ginebra, 2003. Puede consultarse en: <http://www.who.int/3by5/publications/en/3by5strategyspanish.pdf>

⁸⁶ Véase, por ejemplo, la recomendación de la Asamblea Mundial de la Salud de 1992. La resolución de la Asamblea sobre la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual afirmaba: “La 45 Asamblea Mundial de la Salud [reconoce] que no existen razones de salud pública para medidas que limiten los derechos del individuo, especialmente medidas que establezcan la selección preceptiva”. Resolución WHA 45.35.

⁸⁷ Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos. Segunda reunión, Ginebra, 25-27 de agosto de 2003. Documento: *Review of Human Rights Implications of HIV Testing in Identified Purposes and Settings*. Pueden consultarlo en

tienen metas legítimas, la aplicación de las pruebas puede ser discriminatoria. ONUSIDA reconoce la importancia de encarar el estigma y la discriminación y hace hincapié en que las pruebas deben ser confidenciales, deben ir acompañadas de asesoramiento y sólo deben llevarse a cabo previo consentimiento informado, es decir, informado y voluntario. La información mínima que las pacientes necesitan para poder dar su consentimiento informado es la siguiente:

- el beneficio clínico y los beneficios en cuanto a prevención de las pruebas;
- explicación del derecho a negarse;
- los servicios de seguimiento que se ofrecerán;
- en caso de resultado positivo en las pruebas, la importancia de prever la necesidad de informar a toda persona en situación de riesgo que de otro modo no sospecharía que está expuesta a la infección con el VIH.⁸⁸

La primera [área que necesita la más pronta reforma] es la discriminación contra la mujer en el lugar de trabajo, en particular a través de pruebas de VIH involuntarias a mujeres que trabajan y que buscan empleo. Nuestra investigación demuestra que las mujeres que buscaron empleo en la industria del turismo o en las zonas francas —los dos principales empleadores de mujeres— son obligadas a someterse a pruebas de VIH como condición para acceder al empleo, violándose así su derecho a la no discriminación en el acceso al empleo y en el lugar de trabajo. Ninguno de los mecanismos gubernamentales diseñados para hacer respetar los derechos laborales ha tratado de manera adecuada este abuso, permitiéndose así que los empleadores den curso a sus abusos con impunidad.

República Dominicana, 2004⁸⁹

http://www.unaids.org/html/pub/topics/human-rights/hr_refgroup2_02_en.pdf.pdf. Los otros propósitos de las pruebas identificados en el informe son: cuando una persona quiera conocer voluntariamente su situación respecto al VIH; por las actitudes y prejuicios sociales respecto a ciertos individuos y grupos de población; para determinar si un individuo es apto para realizar ciertas actividades o recibir ciertos servicios y bienes; para reunir y analizar la información necesaria para los estudios epidemiológicos; y para llevar a cabo trabajo de investigación.

⁸⁸ ONUSIDA y OMS, *Policy Statement on HIV Testing*, Ginebra, junio de 2004. Puede consultarse en:

<http://www.unaids.org/en/default.asp>

⁸⁹ Human Rights Watch, *Una prueba de desigualdad: Discriminación contra mujeres viviendo con VIH en la República Dominicana*, Nueva York, 2004. Puede consultarse en:

<http://www.hrw.org/spanish/informes/2004/dr0704/>

Medicación antirretroviral

Aunque no existe actualmente ninguna cura para la infección con el VIH, el uso a largo plazo de medicación antirretroviral es la única medida que previene las consecuencias negativas y la amenaza para la vida que supone la infección en las personas afectadas por el virus.

Los fármacos antirretrovirales funcionan a través de diferentes mecanismos,⁹⁰ pero todos tienen el efecto de bloquear la reproducción del virus que mata las células que forman parte del sistema inmunitario humano. La toma regular de estos fármacos de por vida puede prevenir los efectos nocivos a largo plazo del VIH. Sin embargo, los antirretrovirales son muy caros y, aunque su precio disminuye de manera significativa, sigue estando fuera del alcance de millones de personas que lo necesitan.

Naturalmente, el estado de salud de una persona afectada de VIH/sida depende de mucho más que del acceso a los medicamentos: una alimentación adecuada, bienestar psicológico, una vivienda decente y seguridad personal y económica pueden afectar de forma decisiva a la salud física de esa persona. El producto interno bruto anual per cápita de Ruanda es de 252 dólares estadounidenses y, según documentos del gobierno ruandés, se calcula que el 60 por ciento de la población vive por debajo del umbral de la pobreza. Más de la mitad de los ruandeses carecen de acceso a agua potable, y un 40 por ciento sufre de desnutrición. Se calcula que sólo un 28 por ciento de los hogares ruandeses afectados por el VIH/sida pueden costearse la asistencia médica, siquiera la más básica; numerosas familias piden dinero prestado, venden sus bienes —incluida la tierra— o deciden renunciar a la asistencia médica. En estas condiciones, está claro que es necesario un enfoque holístico para que el tratamiento con agentes antirretrovirales sea eficaz; enfoque que debe incluir, entre otras cosas, la mejora de las condiciones de vida de las personas afectadas de VIH/sida y la reducción de la carga para sus familias o cuidadores.

Ruanda, 2004⁹¹

La iniciativa “3 millones para 2005” de la OMS pretende ampliar el acceso a los antirretrovirales,⁹²

⁹⁰ Los tres tipos principales de fármacos son: los análogos de nucleósidos (que interfieren en la capacidad del virus para fabricar una enzima clave llamada “transcriptasa inversa”); los análogos no nucleósidos (que se adhieren a la transcriptasa inversa y la inhiben) y los inhibidores de la proteasa (que impiden que las células infectadas con VIH produzcan nuevas copias del virus).

⁹¹ Amnistía Internacional, *Ruanda: “Marcadas para morir”*. *Sobrevivientes de violación afectadas de VIH/sida*, Índice AI: AFR 47/007/2004, abril de 2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAFR470072004>.

aunque algunos comentaristas han hecho hincapié en el desafío de respetar al mismo tiempo los derechos humanos y la ética, incluso en relación con el asesoramiento y las pruebas voluntarias y el mantenimiento de la confidencialidad.⁹³ En Sudáfrica, la introducción de antirretrovirales tiene lugar lentamente y “el nivel de atención cambia constantemente y difiere de una provincia a otra, y dentro de las provincias de un distrito a otro”.⁹⁴ En otros países prácticamente no existe una dispensación sistemática de antirretrovirales.

Aún quedan por hacer importantes investigaciones sobre los antirretrovirales, incluso en relación con la dispensación eficaz de la terapia antirretroviral para las mujeres. Aunque estos fármacos protegen la vida de las mujeres y los hombres afectados por el VIH, no se ha investigado lo suficiente sobre las diferencias de género en cuanto a dosificación y reacción a los antirretrovirales, ni sobre los efectos de los cambios en los niveles hormonales, los efectos del embarazo y los niveles y la implicación de los antirretrovirales en la leche materna. Es necesario seguir investigando sobre la mujer y los antirretrovirales, aunque hay datos claros de que las mujeres se benefician del tratamiento con esa clase de medicación.

Los niños también tienen necesidades especiales. Varias organizaciones han señalado el limitado número y el elevado coste de las formulaciones pediátricas.⁹⁵

⁹² Organización Mundial de la Salud, *Tratar a 3 millones de personas para 2005. Cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS*, Ginebra, 2003. Puede consultarse en: <http://www.who.int/3by5/publications/en/3by5strategyspanish.pdf>

⁹³ Véase, por ejemplo, Heywood, M., “Human rights and HIV/AIDS in the context of 3 by 5: time for new directions?”, *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 9, núm. 2, agosto de 2004, pp. 7-12. Puede consultarse en: [http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/3by5_MHeywood\(9\)2.pdf](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/3by5_MHeywood(9)2.pdf). Véase también *Consultation on Ethics and Equitable Access to Treatment and Care for HIV/AIDS*, 26-27 January 2004, Geneva: Summary of Issues and Discussion, Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, 2004. Puede consultarse en: http://www.who.int/entity/ethics/en/equity_art_meeting_report_e.pdf

⁹⁴ Singh, J.A., “Standards of care in the antiretroviral rollout world”, *The Lancet*, vol. 364, núm. 9.438, 11-17 de septiembre de 2004, pp. 920-922.

⁹⁵ Véase, por ejemplo, Médicos sin Fronteras, *Children and AIDS: Neglected patients*, 15 de julio de 2004. Puede consultarse en: <http://www.msf.org/>

*En Zambia [...] el gobierno pudo reducir de manera espectacular el coste mensual de [la terapia antirretroviral] de 64 dólares a 8 dólares al mes después de recibir apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Dado que mucho más de la mitad –según algunos informes, hasta el 70 por ciento– de los 870.000 zambianos afectados por el VIH/sida son mujeres, las autoridades esperaban que una mayoría de mujeres recibieran antirretrovirales. En cambio, comenzaron a presentarse hombres en número muy superior. En una población rural, de las 40 personas tratadas con antirretrovirales, sólo tres eran mujeres.*⁹⁶

Aunque los fármacos antirretrovirales se desarrollaron a principios de la década de 1990, el acceso a ellos fue difícil debido a la producción limitada y, lo cual es más significativo, al coste del tratamiento, que impedía su adquisición por la inmensa mayoría de las personas afectadas por el VIH/sida. En los últimos años, la comunidad internacional –y en particular las ONG– ha intensificado la presión para que se relaje la protección sobre las patentes con el fin de permitir la producción de medicamentos genéricos más baratos. Como respuesta, la conferencia ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) firmó en Doha, Qatar, la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que prometía suavizar las restricciones sobre patentes con el fin de promover el acceso a los antirretrovirales en todo el mundo.⁹⁷ En los últimos tres años ha aumentado el acceso, si bien sigue siendo gravemente insuficiente, a los antirretrovirales, pero las cuestiones relativas a costes y capacidad y el gran número de personas que no conocen su situación en cuanto al VIH significan que una minoría de personas reciben la medicación que necesitan.

Discriminación y estigma

El estigma asociado con el VIH/SIDA viene a añadirse y a reforzar los prejuicios fundados en el género, la pobreza, la sexualidad, la raza y otros factores. Los temores de la enfermedad y la muerte; la relación que se establece entre el VIH y los trabajadores sexuales, la relación sexual entre varones y la drogadicción por vía intravenosa; las creencias que achacan culpa moral a quienes viven con el

⁹⁶ *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*, p. 23

⁹⁷ ADPIC significa ‘Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio’. El texto de la declaración, firmada el 14 de noviembre de 2001, puede consultarse en: http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm

VIH/SIDA, son todos factores que refuerzan los estigmas y suscitan a menudo intolerancia y discriminación. Los estigmas y la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA repercuten en la propagación y efectos de la enfermedad de varias maneras. Por ejemplo, el temor a la identificación con el VIH/SIDA impide pedir asesoramiento y someterse a pruebas de manera voluntaria, cuando sería necesario para la prevención, la atención y el tratamiento.⁹⁸

Los orígenes del estigma son de fácil comprensión, pero su tratamiento es más difícil. El estigma conduce a menudo a una discriminación activa que estigmatiza aún más a las personas afectadas, o a las que se cree afectadas, por el VIH o el sida. Esta sinergia negativa actúa como barrera para un tratamiento abierto y eficaz del VIH/sida. La realidad del estigma y la discriminación hace que el principio del consentimiento informado y la confidencialidad de los historiales médicos y de la información sean aún más importantes de lo habitual. Sin embargo, mantener la confidencialidad es difícil, sobre todo para quienes carecen de medios económicos, ya que pueden no disponer de acceso individual a un trabajador de la salud para conocer los resultados de las pruebas. Aunque se mantenga la confidencialidad en el momento del diagnóstico, puede resultar difícil seguir manteniéndola si la persona comienza a tomar medicación, ya que a menudo esto resulta visible para los demás miembros de su familia o comunidad.

Un estudio llevado a cabo en tres países de África reveló que tanto los hombres como las mujeres son estigmatizados por quebrantar las normas sexuales, pero las dinámicas de poder basadas en el género conducen a que se culpe más fácilmente a las mujeres. Los autores del estudio descubrieron que las consecuencias de la infección, la revelación, el estigma y la carga del cuidado del VIH eran mayores para las mujeres que para los hombres.⁹⁹

Diferencias en la discriminación contra las mujeres

Un estudio realizado por la Asia Pacific Network of People Living with HIV (APN+) identificó las siguientes cuestiones relacionadas con el VIH en las que las mujeres se enfrentaban a niveles mucho más elevados de discriminación

⁹⁸ Relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, Doc. ONU: E/CN.4/2003/58, 13 de febrero de 2003, párr. 68. Puede consultarse

[http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4bc1d63406259b69c1256cec005b4768/\\$FILE/G0310982.pdf](http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4bc1d63406259b69c1256cec005b4768/$FILE/G0310982.pdf)

⁹⁹ Nyblade, L. et al., *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, International Center for Research on Women (ICRW), Estados Unidos, 2003. Puede consultarse en:

<http://www.icrw.org/docs/stigmareport093003.pdf>

que los hombres:

- *ridiculización, insultos o acoso;*
- *agresión física;*
- *negación de la entrada en un establecimiento público o ser sacadas o pedirseles que salgan de él;*
- *obligación de cambiar de lugar de residencia;*
- *exclusión de funciones sociales;*
- *exclusión por parte de miembros de la familia;*
- *pérdida del apoyo económico de miembros de la familia;*
- *recomendación de no tener un hijo tras ser diagnosticadas como seropositivas.¹⁰⁰*

El estigma y la discriminación también siguen siendo consideraciones importantes en zonas de conflicto. En la región de Darfur, Sudán, al parecer miles de mujeres han sido violadas. Sin embargo, al igual que en otros lugares, el estigma asociado a la violación hace que las mujeres no se muestren dispuestas a informar sobre los hechos a los escasos trabajadores médicos presentes en los campos de refugiados, lo cual puede llevar a complicaciones médicas adicionales de las lesiones que puedan haber sufrido durante la violación.¹⁰¹ Las mujeres que se quedan embarazadas como consecuencia de la violación a menudo sufren complicaciones antes, durante y después del parto, debido a las lesiones físicas derivadas de la agresión. El trauma de la violación da origen a la posibilidad de transmisión del VIH. Aun en el caso de que las mujeres violadas no hayan sufrido lesiones físicas graves, la aparente falta de acceso a medios de higiene y la no disponibilidad de productos higiénicos en el contexto de la escasez de ayuda material en Darfur (y también en el vecino Chad) contribuyen al riesgo de infecciones.

¹⁰⁰ Citado en Paxton, S., con Welbourn, A., Kousalya, P., Yuvaraj, A., Pradhan Malla, S., Seko, M., "Ob this one is infected!": *Women, HIV and Human Rights in the Asia-Pacific Region*, Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, marzo de 2004. Puede consultarse en: http://www.icw.org/tiki-read_article.php?articleId=83

¹⁰¹ Amnistía Internacional. *Sudan, Darfur. La violación como arma de guerra*, Índice AI: AFR 54/076/2004. Puede consultarse en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAFR540762004?open&of=ESL-SDN>

Prevención de la transmisión maternoinfantil (TMI)

En ausencia de toda intervención, los niños que nacen de mujeres afectadas por el VIH tienen un riesgo de entre el 15 y el 30 por ciento de adquirir el virus durante el embarazo y el parto y de nacer seropositivos. Existe un riesgo de entre el 10 y el 20 por ciento de transmisión del virus a través de la leche materna.¹⁰²

La prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH exige, pues, abordar estas vías de infección. Se han formulado tres recomendaciones generales: alumbramiento del niño mediante cesárea, aplicación de un tratamiento con antirretrovirales a la madre y al hijo y sustitución de la leche materna por leche infantil artificial. Sin embargo, en los escenarios donde los recursos son limitados, el parto mediante cesárea optativo rara vez está disponible o es seguro, y abstenerse de la lactancia materna a menudo no es aceptable o viable para la mujer, o seguro para el recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que las mujeres embarazadas seropositivas que necesiten tratamiento con antirretrovirales para su propia salud deben recibirlo de acuerdo con las directrices de la OMS sobre tratamiento con antirretrovirales. El uso de ese tratamiento —en aquellos casos en que está indicado— durante el embarazo beneficiará a la salud de la mujer y reducirá el riesgo de transmisión del VIH al recién nacido. Cuando en las mujeres embarazadas seropositivas no está indicado el tratamiento con antirretrovirales, o cuando no tienen acceso al tratamiento, debe ofrecérseles profilaxis con antirretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo, por ejemplo utilizando zidovudine a partir de las 28 semanas de embarazo además de una dosis única de nevirapine durante el parto y una dosis única de nevirapine y un ciclo de una semana de zidovudine para el recién nacido. También se recomiendan los regímenes alternativos basados exclusivamente en zidovudine, o en la dosis única de nevirapine solamente.¹⁰³

¹⁰² EngenderHealth, *HIV and AIDS, Module 3: Transmission and risk: MTCT*, Puede consultarse en:

<http://www.engenderhealth.org/res/onc/VIH/transmission/VIH3p4.html>

¹⁰³ Organización Mundial de la Salud, *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and their Children in Resource-Constrained Settings*, Ginebra, 2004. Puede consultarse en:

En el contexto del tratamiento de la transmisión maternoinfantil, se plantean varias cuestiones de derechos humanos. Son las siguientes:

- asesoramiento antes de las pruebas e información que ayude a la mujer a tomar decisiones informadas;
- consentimiento informado para las pruebas durante el embarazo y después de éste, para el tratamiento propiamente dicho y para la toma de decisiones en relación con el embarazo;
- protección de la confidencialidad;
- acceso a métodos anticonceptivos después del embarazo;
- posibles efectos negativos de la toma de antirretrovirales, especialmente en los embarazos reiterados de mujeres infectadas con el VIH;
- acceso de las mujeres a asistencia y tratamiento aparte de la intervención relacionada con la transmisión maternoinfantil;
- no discriminación en el suministro de antirretrovirales a las mujeres embarazadas.

En la demanda presentada por Campaña de Acceso a Tratamientos y otros, el Tribunal Constitucional de Sudáfrica examinó las obligaciones del gobierno en relación con el suministro de nevirapine para prevenir la transmisión maternoinfantil. En su sentencia de 2002, el Tribunal afirmaba:

No subestimamos la naturaleza y la extensión del problema al que hace frente el gobierno en su lucha para combatir el VIH/sida y, en particular, para reducir la transmisión maternoinfantil del VIH. También comprendemos la necesidad de ser cautelosos cuando se trata con un fármaco potente y relativamente desconocido. Pero la naturaleza del problema es tal que exige atención urgente. El nevirapine es un medicamento que puede salvar vidas. Su seguridad y eficacia han sido establecidas. Es necesario evaluar los desafíos operativos para el mejor uso posible del nevirapine a escala total con el fin de reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

<http://www.who.int/reproductive-health/rtis/docs/arvdrugsguidelines.pdf>

*del VIH. Existe la necesidad añadida de supervisar cuestiones pertinente para la seguridad y eficacia del uso de nevirapine y de la resistencia al uso para tal fin. También existe, sin embargo, la apremiante necesidad de asegurar que cuando sea posible se impide la pérdida de vidas mientras tanto.*¹⁰⁴

El Tribunal declaraba después que la Constitución de Sudáfrica “exige al gobierno que elabore y aplique, dentro de los recursos de que dispone, un programa global y coordinado para realizar progresivamente los derechos de las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos a tener acceso a servicios de salud para combatir la transmisión materno-infantil del VIH”.¹⁰⁵

Profilaxis después de la exposición

La profilaxis después de la exposición es una respuesta de emergencia a la posible exposición al VIH.¹⁰⁶ Consiste en medicación, pruebas diagnósticas en laboratorio y asesoramiento. Debe iniciarse antes de cumplirse 72 horas de la posible exposición al VIH, y continuar durante unas cuatro semanas. Si una mujer cree que ha estado expuesta al virus, es necesario que hable con un médico dentro del plazo de posible tratamiento. El médico y la mujer evalúan el riesgo y debaten si es necesaria la profilaxis después de la exposición. La mujer posiblemente expuesta debe dar su consentimiento para someterse a pruebas y tratamiento. Las pruebas para detectar el VIH son necesarias, ya que si la mujer ya es seropositiva la medicación no sería eficaz. Si el resultado de las pruebas es negativo, se le aplicaría el ciclo de medicación con asesoramiento sobre los procedimientos. Se le harían pruebas periódicamente durante el año siguiente para determinar si la medicación ha sido eficaz.

Aunque no se ha demostrado de forma concluyente que la profilaxis después de la exposición

prevenga la transmisión de la infección con el VIH,¹⁰⁷ estudios de investigación indican que, si la medicación se inicia rápidamente después de la posible exposición (antes de 72 horas), puede ser eficaz. La eficacia de la profilaxis después de la exposición es probablemente mayor si el tratamiento comienza en las primeras horas siguientes a la exposición, y probablemente se reduce de manera progresiva si comienza más tarde. Después de 48-72 horas, es probable que los beneficios sean mínimos o inexistentes y el riesgo y los efectos secundarios asociados al tratamiento con antirretrovirales serán mayores que cualquier posible efecto preventivo.

Gracias a la intervención de las organizaciones humanitarias, las mujeres de algunas zonas han podido recibir atención médica [...] incluido tratamiento profiláctico gratuito para evitar la infección por el VIH. No obstante, en la práctica en muchas provincias no se dispone de estos servicios, especialmente en el caso de las mujeres que viven lejos de los centros de salud o en zonas de conflicto. A veces, simplemente no hay medicamentos, y en muchos casos lo que ocurre es que se sigue desconociendo la existencia de tales servicios médicos o medicamentos. Además, en ocasiones el estigma asociado todavía a la violencia sexual y el temor a darse a conocer disuade a las víctimas de acceder a estos servicios.

*Burundi, 2004*¹⁰⁸

Dados los niveles relativamente bajos de incidencia en algunas comunidades y las bajas tasas de transmisión a través del sexo sin protección en ciertos contextos, algunos médicos han afirmado que la profilaxis sistemática después de la exposición no está recomendada de forma general, aunque debe tomarse en consideración en casos concretos.¹⁰⁹ En los países con incidencia elevada, las razones a favor de la oferta sistemática de profilaxis después de la exposición adquieren mayor peso.¹¹⁰

¹⁰⁴ Tribunal Constitucional de Sudáfrica, *Minister of Health & Others, Appellants, versus Treatment Action Campaign & Others, Respondents* (Case CCT 8/02), párr. 27, pp. 57-58. Puede consultarse en: <http://www.concourt.gov.za/files/tac/tac.pdf>

¹⁰⁵ *Ibid.*, párr. 38, p. 59. El éxito de Campaña de Acceso a Tratamientos en este caso subrayó la importancia de la acción de las ONG en apoyo al acceso al tratamiento. En diciembre de 2003, en una demanda presentada por Campaña de Acceso a Tratamientos y otros 11 reclamantes, se llegó a un acuerdo con las empresas farmacéuticas en el que las compañías decían que concederían más licencias para que empresas fabricantes de genéricos produjeran e importaran fármacos antirretrovirales a bajo coste. El acuerdo puede consultarse en: <http://www.cptech.org/ip/health/sa/settlement12092003.pdf>

¹⁰⁶ La exposición al virus se divide habitualmente en “exposición ocupacional”, causada generalmente por el pinchazo con una aguja en escenarios clínicos, y “exposición no ocupacional”, que puede referirse, entre otras vías de infección, a la exposición a través de la actividad sexual consentida o no consentida.

¹⁰⁷ Faltan investigaciones sobre la eficacia de la profilaxis después de la exposición como consecuencia de una agresión sexual, pero la opinión profesional sugiere cada vez más que la aplicación de la profilaxis después de la exposición está justificada, habida cuenta de la eficacia documentada en el caso de exposición ocupacional al VIH y en ausencia de pruebas de que suponga riesgos inaceptables después de la agresión sexual.

¹⁰⁸ Amnistía Internacional, *Burundi. La violación, abuso oculto contra los derechos humanos*, Índice AI: AFR 16/006/2004.

¹⁰⁹ Mein, J.K., Palmer, C.M., Shand, M.C. et al., “Management of acute adult sexual assault”, *Medical Journal of Australia*, vol. 178, 2003, pp. 226–230. Puede consultarse en: http://www.mja.com.au/public/issues/178_05_030303/mei10448_fm.html

¹¹⁰ Véase el examen en: Amnistía Internacional, *Protecting the Human Rights of Women and Girls: A medico-legal Workshop on the Care, Treatment and Forensic Medical Examination of Rape Survivors in Southern and East Africa*, Londres, 2002.

El preservativo femenino es una forma de protección controlada por la mujer y potencialmente importante que ya está disponible, aunque a precios relativamente altos y con accesibilidad limitada (véase *supra*). Es necesario aumentar su desarrollo y promoción para asegurar que más mujeres tienen acceso a esta opción. Por otra parte, un método de protección muy importante que está en fase de desarrollo podría tener una repercusión importante sobre la protección de las mujeres en los próximos 10 años: los microbicidas.

Microbicidas

Un microbicida es un preparado dotado de capacidad para prevenir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual cuando se aplica por vía tópica dentro del aparato genital de la mujer. Estos nuevos productos pueden adoptar varias formas, como geles, cremas, supositorios, films, esponjas o anillos. Los ingredientes activos pueden actuar inmediatamente después de la aplicación o liberarse lentamente de un excipiente como una esponja o un anillo vaginal de tal modo que estén activos durante un periodo prolongado. Se están probando decenas de candidatos, y cinco han entrado en las últimas fases de las pruebas de eficacia. Si cuentan con respaldo público suficiente para su desarrollo, los primeros microbicidas pueden estar a disposición del público antes de terminar la década actual.¹¹¹

Importancia de los microbicidas. La característica fundamental de los microbicidas que los hace importantes para las mujeres es que la mujer puede aplicarlo antes del contacto sexual y no requiere el consentimiento ni la actuación del compañero. Es el control por parte del hombre lo que hace que otros métodos como el preservativo sean tan problemáticos para muchas mujeres. Las investigaciones sobre los microbicidas continúan en dos formas: un preparado microbicida que impida la transmisión de infecciones pero permita la concepción, y otro que impida la infección y la concepción. Aun cuando los microbicidas no sean eficaces al 100 por ciento, podrían impedir que muchas mujeres contraigan el virus.

¹¹¹ Véase el sitio web de Global Campaign for Microbicidas: <http://www.global-campaign.org>

Las mujeres de más edad [en Botsuana] se veían abrumadas por la magnitud y multiplicidad de las tareas que tenían que desempeñar. Estaban agotadas, a menudo desnutridas, deprimidas y desatendían su propia salud. Aunque las habían enseñado a utilizar precauciones universales, eran muy pocas las que seguían este régimen. Cuando los miembros de la familia estaban demasiado enfermos para cuidar de sí mismos, a menudo recurrían a su madre, y llevaban con ellos a su familia inmediata. A la inversa, otras madres tenían que acudir a cuidar de sus hijos en casa de éstos, dejando a su familia inmediata y sus medios de apoyo psicosocial.¹¹²

En muchos países, el cuidado de las personas afectadas por enfermedades asociadas al sida recae en la madre, las abuelas y las hijas que trabajan en el hogar. Es una tarea no remunerada y subestimada. Puede suponer una amenaza para la salud de la persona que cuida, y agrava el sufrimiento causado por la infección al dificultar gradualmente la participación de esa persona en la generación de ingresos. La inmensa mayoría de las mujeres y niñas que soportan la carga del VIH/sida reciben escaso apoyo material o moral y ninguna formación.

Los programas de formación y apoyo deben ocuparse de las circunstancias de las personas que se encargan del cuidado: mujeres de edad que deben hacer frente a la depresión y el aislamiento, o cuidadoras jóvenes que necesitan apoyo para continuar con su educación y tener oportunidades de empleo. Los hombres que cuidan de otras personas también necesitan apoyo. Los gobiernos deben abordar las tres dimensiones de las familias de huérfanos: la pérdida de salarios y otros ingresos debido a las obligaciones derivadas de la asistencia; las enfermedades y la muerte; y los costes que para las familias supone la asistencia médica.¹¹³

¹¹² *Community home-based care: family caregiving. Caring for family members with HIV/AIDS and other chronic illnesses. The impact on older women and girls. A Botswana case-study*, OMS, 2000. Puede consultarse en:

http://www.who.int/chronic_conditions/en/community_home-based_care_family_caregiving.pdf

¹¹³ UNIFEM, *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*, cap. 4.

Una estrategia impulsada por el miedo a la infección no puede tener éxito. A largo plazo, el éxito sólo puede llegar mediante un enfoque basado en los valores, en los valores de los derechos humanos y la dignidad humana. No olvidemos que la Declaración Universal de Derechos Humanos comienza situando en primer lugar la dignidad.¹¹⁴

[Un] “enfoque basado en los derechos humanos” de la salud pública en general, y del VIH/sida en particular, respalda una práctica de la salud pública adecuada al proporcionar herramientas adicionales para motivar a los gobiernos a actuar para alcanzar metas de salud pública. Las consideraciones de derechos pueden ayudar a facilitar la fijación y la vigilancia de los objetivos de salud pública y proporcionar un lenguaje complementario para identificar los fallos, o los fallos incipientes, de los programas de salud pública. El enfoque basado en los derechos también proporciona vínculos con otros movimientos sociales que utilizan el mismo lenguaje, por ejemplo, el movimiento de mujeres, las luchas de los pueblos indígenas y el movimiento de personas que trabajan para proteger el medio ambiente.¹¹⁵

Los derechos humanos son fundamentales para todos los aspectos de una respuesta eficaz al VIH y al sida y han sido subrayados en programas internacionales y nacionales desde la creación del Programa Mundial sobre el Sida de la Organización Mundial de la Salud en la década de 1980.

Un enfoque basado en los derechos humanos parte de la premisa de que el respeto de los derechos humanos constituye una base coherente para los programas que se ocupan de la pandemia y que los abusos contra los derechos humanos contribuyen a la propagación del virus y menoscaban los intentos de contenerla. Como ha señalado Red Legal Canadiense de VIH/sida, “cuando los derechos humanos no se promueven y protegen, es más difícil prevenir la transmisión del VIH. Cuando estos derechos no se promueven y protegen, los efectos de la epidemia sobre los individuos y las comunidades son más graves.”¹¹⁶

¹¹⁴ Irene Khan, secretaria general de Amnistía Internacional, discurso pronunciado en la 15 Conferencia Internacional sobre el VIH/SIDA, Bangkok, julio de 2004.

¹¹⁵ Patterson, D., London, L., “International law, human rights and HIV/AIDS”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, 2002, pp. 964-969. Puede consultarse en: [http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-12-E-2002/80\(12\)964-969.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-12-E-2002/80(12)964-969.pdf)

¹¹⁶ Canadian HIV/AIDS Legal Network, *A human rights approach to HIV/AIDS*, Montreal. Puede consultarse en: http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/discrimination/rights_approach_description.pdf

La importancia de los derechos humanos para la protección y promoción de la salud también ha sido reconocida en el sistema de la ONU mediante el trabajo de los órganos de vigilancia de los tratados, el trabajo basado en los derechos de los organismos de la ONU relacionados con la salud, como la OMS, ONUSIDA, UNIFEM y UNFPA, y la creación de puestos de relatores especiales sobre el derecho a la salud y sobre la violencia contra la mujer

Normas de derechos humanos y VIH

Diversas normas internacionales de derechos humanos —incluidas las acordadas por los gobiernos y que son vinculantes para éstos— son pertinentes para la protección de los derechos de la mujer en el contexto del VIH/sida, tanto en términos de prevención como de respuesta al VIH/sida. El derecho internacional en materia de derechos humanos exige a los gobiernos que tomen una serie de medidas para proteger el derecho al nivel más alto posible de salud (también denominado “derecho a la salud”) y el derecho a no sufrir discriminación, entre otros. Hay otros derechos que también son importantes para la consideración del VIH, incluidos el derecho a la información, a la educación, al trabajo, a fundar una familia, a disfrutar de los beneficios del conocimiento científico y otros derechos. La importancia de las normas de derechos humanos para la prevención, el tratamiento y el apoyo del VIH/sida han sido explicadas por consultas internacionales sobre esta cuestión, y expertos independientes del sistema de derechos humanos de la ONU también han formulado observaciones sobre los derechos humanos de la mujer y el VIH/sida.

Normas relativas al derecho a la salud de la mujer

El derecho a la salud para todas las personas fue proclamado como valor fundamental de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en el momento de su creación en 1946: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Este derecho se articuló después en varios tratados internacionales.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, afirma que los Estados Partes “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Los gobiernos también han adquirido importantes compromisos políticos para velar por el derecho a la salud de la mujer, incluida la Declaración y Programa de Acción de Viena, que se aprobó en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos el 25

de junio de 1993 y que reconoce la importancia del derecho de la mujer al disfrute del “más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida”.¹¹⁷

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer proclama en su artículo 12: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”, y añade que: “los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”.¹¹⁸

Normas relativas al derecho a la salud sexual y reproductiva de la mujer

Varios acuerdos y normas internacionales se ocupan del derecho a la salud sexual y reproductiva de la mujer. El Programa de Acción de El Cairo, aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Conferencia de El Cairo) en 1994, se ocupaba de las enfermedades de transmisión sexual y de la prevención del VIH desde la perspectiva de la vulnerabilidad de la mujer a la epidemia. También formulaba recomendaciones fundamentales para hacer frente al VIH mediante los servicios de salud reproductiva.¹¹⁹

Entre las medidas recomendadas figuraban: intensificar los esfuerzos de los programas de salud reproductiva para prevenir, detectar y tratar las enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones del aparato reproductivo; proporcionar a todas las personas que prestan servicios de salud formación especializada en la prevención y detección de las enfermedades de transmisión sexual y en el asesoramiento sobre ellas, en particular las infecciones en mujeres y jóvenes; hacer de la

¹¹⁷ Véase el artículo 41, que reafirma “sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles”. La Declaración y Programa de Acción puede consultarse en: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument)

¹¹⁸ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12. Puede consultarse en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

¹¹⁹ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, capítulo 7, sección C, párrs. 7.27-7.33. Puede consultarse en: http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm

información y el asesoramiento componentes esenciales de todos los servicios de salud reproductiva y sexual; y promover y distribuir preservativos de buena calidad como elementos esenciales de todos los servicios de atención de la salud reproductiva.

*[...] la sexualidad es una característica que comparten todos los seres humanos. Es un aspecto fundamental de la dignidad del individuo y ayuda a definir a la persona. [...] al Relator Especial no le cabe duda de que una comprensión correcta de los principios fundamentales de los derechos humanos, así como de las normas existentes en esta materia, conduce inevitablemente al reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos.*¹²⁰

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, afirmaba: “Es preciso examinar desde la perspectiva de género los efectos del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en la sociedad, el desarrollo y la salud”, y manifestaba que se deben “[t]omar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva”.¹²¹

Los derechos sexuales abarcan los derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, los documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso. Entre ellos figuran el derecho de todas las personas – libres de coacción, discriminación y violencia– al máximo nivel posible de salud en relación con la sexualidad, incluido el acceso a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva; el derecho a buscar, recibir y difundir información en relación con la sexualidad; el derecho a tener acceso a educación en materia de sexualidad; y otros derechos

¹²⁰ Paul Hunt, Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, informe al 60 período de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos, E/CN.4/2004/49, 16 febrero de 2004, párr. 54. Puede consultarse <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/ba7209312a7728cfc1256e5b003d24ce?OpenDocument>

¹²¹ Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 15 de septiembre de 1995, A/CONF.177/20 (1995) y A/CONF.177/20/Add.1 (1995), párr. 98] y objetivo estratégico C.3. (Ténganse en cuenta en particular las recomendaciones detalladas del párrafo 109); puede consultarse en: http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/pla_tesp.htm

relacionados.¹²² En lo que se refiere a los derechos sexuales, como en todos los derechos, el ejercicio responsable de los derechos humanos exige que todas las personas respeten los derechos de los demás. En realidad, con frecuencia se priva a las mujeres de la realización de muchos o la mayoría de estos derechos.

La Declaración de Compromiso, aprobada en la Asamblea General de la ONU en el periodo extraordinario de sesiones de 2001 sobre el VIH/sida, dio un pequeño paso adelante al pedir a los gobiernos que actúen para capacitar “a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH”.¹²³

Normas relativas a la violencia contra las mujeres

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) exige a los Estados, en el artículo 4, que condenen la violencia contra las mujeres y no invoquen costumbres, tradiciones o consideraciones religiosas para eludir sus obligaciones con respecto a su eliminación. Los Estados deben seguir por todos los medios apropiados y sin demora una política de eliminación de la violencia contra las mujeres.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada en 1979, estipula la realización de la igualdad entre el hombre y la mujer asegurando la igualdad de acceso de la mujer a la vida política y pública así como a la educación, la salud y el empleo. Los artículos 2, 5, 11, 12 y 16 de la Convención exigen a los Estados Partes que actúen para proteger a las mujeres contra la violencia de cualquier clase que tenga lugar en el seno de la familia, en el lugar de trabajo o en cualquier otra área de la vida social. La recomendación general 19 del comité que vigila la aplicación del tratado (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) señala que “[l]a violencia contra la mujer [...] menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos” y constituye una forma de discriminación.¹²⁴

¹²² Organización Mundial de la Salud, *Draft working definition of sexual rights*, Ginebra, 2002, <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>

¹²³ Naciones Unidas, Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA, Doc. ONU: A/S-26/L.2, Nueva York, 2001, párr. 60. Puede consultarse en: <http://www.un.org/spanish/ag/sida/index.html>

¹²⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general N° 19, 1992, párr. 7. Puede consultarse en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

Normas relativas a la discriminación contra la mujer

El principio de no discriminación contemplado en el derecho internacional en materia de derechos humanos se refiere a la ausencia de “distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.¹²⁵ Se ha interpretado que “cualquier otra condición” incluye factores que puedan afectar a la capacidad de los individuos para ejercer sus derechos, como por ejemplo su estado de salud (VIH/sida).¹²⁶ El Comité de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU han afirmado que la “orientación sexual” puede interpretarse como incluida en las disposiciones sobre no discriminación de los Pactos.¹²⁷

En virtud de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Estados Partes se comprometen a “[a]doptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer” (artículo 2.f) y a “[m]odificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres” (artículo 5.a).¹²⁸

El artículo 5 de la Convención exige a los Estados “la eliminación de los prejuicios y las prácticas [...] que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”, el artículo 10, la adopción de “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la

¹²⁵ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 2.

¹²⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Doc. ONU: E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Puede consultarse en:

[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument). Véanse las resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos: 1994/49, 1995/44, 1996/43, 1999/49, 2001/51.

¹²⁷ Por ejemplo, en *Toonen vs. Australia*, el Comité de Derechos Humanos manifestó su opinión de que la referencia al sexo en los artículos 2, párrafo 1, y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos debe incluir la orientación sexual. CCPR/C/50/D/488/1992 (Australia), 4 de abril de 1994, párr. 8.7. Puede consultarse en:

<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/d22a00bcd1320c9c80256724005e60d5>.

¹²⁸ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada en 1979 por la Asamblea General de la ONU. Puede consultarse en: http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/1cedaw_sp.htm.

mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación”, y el artículo 12, la eliminación de “la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica”.

El relator especial sobre el derecho a la salud, Paul Hunt, ha subrayado los efectos de la discriminación por motivos de género al tratar del derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva:

La discriminación por razones de género limita la capacidad de la mujer de protegerse contra la infección del VIH y responder a sus consecuencias. La vulnerabilidad de mujeres y jóvenes al VIH y al SIDA se complica con otros problemas de los derechos humanos como son el acceso inadecuado a la información, la educación y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual; la violencia sexual; las prácticas tradicionales o consuetudinarias nocivas que afectan a la salud de mujeres y niños (como el matrimonio precoz y el matrimonio forzoso), y la falta de capacidad jurídica e igualdad en cuestiones tales como el matrimonio y el divorcio.¹²⁹

Normas relativas a los derechos del niño

En virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados Partes “reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (artículo 24).

El Comité de los Derechos del Niño emitió dos observaciones generales. La observación general núm. 3, sobre el VIH/sida y los derechos del niño, tenía los siguientes objetivos: profundizar en la definición y fortalecer la comprensión de todos los derechos humanos del niño en el contexto del VIH/sida; promover la realización de los derechos humanos del niño en el contexto del VIH/sida; determinar las medidas y las mejores prácticas para que los Estados hagan efectivos en mayor medida los derechos relacionados con la prevención del VIH/sida y el apoyo, la atención y la protección de los niños infectados por esta pandemia o afectados por ella; y contribuir a la formulación y promoción de acciones

¹²⁹ Relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, Informe a la Comisión de Derechos Humanos, Doc. ONU: E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004, párr. 34.

y políticas orientadas a los niños en los planos nacional e internacional.¹³⁰

La segunda observación general —número 4, sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes— instaba a los Estados Partes, en un párrafo sobre el VIH y los adolescentes, a:

a) elaborar programas de prevención efectiva, entre ellas medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de contracepción y de prevención de estas infecciones y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes; b) adoptar normas legislativas para luchar contra las prácticas que o bien aumentan el riesgo de infección de los adolescentes o contribuyen a la marginalización de los adolescentes que tienen ya una ETS, con inclusión del VIH; y c) adoptar medidas para eliminar todos los obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a la información y a las medidas preventivas, como los preservativos y la adopción de precauciones.¹³¹

El Comité afirmaba también que no es aceptable la discriminación contra los adolescentes sobre la base de la orientación sexual o la condición relativa al VIH.¹³²

Normas relativas a la cooperación internacional

Todos los Estados miembros de la ONU están obligados a actuar conjunta o separadamente para lograr el respeto y la observancia universales de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todas las personas, sin distinción.¹³³

La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho [...] a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre

¹³⁰ Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño, apartado II. Puede consultarse en: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.3.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.3.Sp?OpenDocument)

¹³¹ Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, párr. 30. Puede consultarse en: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.Sp?OpenDocument)

¹³² Ibid., párr. 6.

¹³³ Artículos 55 y 56 de la Carta de las Naciones Unidas.

desarrollo de su personalidad”.¹³⁴ El artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirma: “Cada uno de los Estados Partes [...] se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”.¹³⁵

La Declaración de Compromiso de la Asamblea General de la ONU en su periodo extraordinario de sesiones sobre el VIH/sida, la Declaración y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y el establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria¹³⁶ reflejan el compromiso con la implicación internacional en la salud, y en particular el VIH/sida.

Acuerdos, declaraciones y directrices sobre derechos humanos en relación con el VIH/sida

Varios acuerdos, declaraciones y normas internacionales están relacionados específicamente con los derechos humanos en el contexto del VIH/sida.

ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) convocaron la Consulta Internacional sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos en Ginebra en 1996. Esta reunión aprobó las Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos,¹³⁷ que fueron respaldadas por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en 1997 (véase recuadro *supra*). En 2002, después de una nueva

¹³⁴ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 22. Puede consultarse en:

<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/spn.htm>

¹³⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2.1.

¹³⁶ El Fondo Mundial se creó durante el periodo 2000-2002: los dirigentes de los países integrantes del G-8 reconocieron la necesidad de recursos en su reunión de 2000, en Japón. En 2001, el secretario general de la ONU, Kofi Annan, pidió la creación de un fondo mundial para canalizar recursos adicionales. La Asamblea General de la ONU, en su periodo extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA (2001), concluyó con el compromiso de crear ese fondo, refrendado un mes después por el G-8. En enero de 2002 se estableció una secretaría permanente, que comenzó a conceder subvenciones unos meses más tarde. Véase:

<http://www.theglobalfund.org/en/about/road/history/default.asp>

¹³⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), ONUSIDA, *Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*, Ginebra, 1998. Puede consultarse en: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.1997.37.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.1997.37.Sp?Opendocument)

consulta, se aprobó la Directriz 6 revisada: Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo,¹³⁸ que disponía una orientación de política actualizada basada en el derecho internacional en vigor y en la mejor práctica en cada país.

La Declaración del Milenio¹³⁹ y los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹⁴⁰ (2000), que representan una “guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio”, exponen ocho objetivos mensurables que la comunidad internacional debe alcanzar antes de 2015 e instan a los Estados, entre otras cosas, a “promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer” (objetivo 3) y “combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades” (objetivo 6).¹⁴¹

La Declaración de Compromiso, aprobada en la Asamblea General de la ONU en el periodo extraordinario de sesiones de 2001 sobre el VIH/sida, hacía referencia a anteriores compromisos internacionales y regionales en relación con el VIH/sida. La Declaración afirmaba que “la igualdad de género y la potenciación de la mujer son elementos fundamentales para que las mujeres y las niñas sean menos vulnerables al VIH/SIDA” (párrafo 14), y pedía la introducción de estrategias nacionales que “capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH” (párrafo 60).¹⁴²

Las observaciones y las interpretaciones de los expertos sobre las normas internacionales también son importantes en la lucha contra el VIH/sida. El Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos suministra comentarios y recomendaciones de expertos a ONUSIDA;¹⁴³ muchas ONG, incluidas las que unen a mujeres y hombres afectados por el VIH/sida, aportan con asiduidad mejoras de expertos sobre el

¹³⁸ *Sexta directriz revisada: Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo*, Ginebra, 2002. Puede consultarse en:

http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc905-guideline6_en.pdf.pdf

¹³⁹ Declaración del Milenio, Resolución de la Asamblea General (55/2), 8 de septiembre de 2000; véase:

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>

¹⁴⁰ Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio –con objetivos que deben alcanzarse antes de 2015, así como indicadores– se expusieron en un informe del secretario general de la ONU en septiembre de 2001. Véase:

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

¹⁴¹ *Ibíd.*, Anexo.

¹⁴² Naciones Unidas, Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA: “Crisis mundial, acción mundial”. 27 de junio de 2001. Puede consultarse en:

<http://www.un.org/spanish/ag/sida/index.html>

¹⁴³ Si desean más información sobre el Grupo de Referencia del ONUSIDA, consulten:

http://www.unaids.org/en/in+focus/VIH_aids_human_right/s/reference+group.asp

análisis de los derechos humanos;¹⁴⁴ los relatores especiales de la ONU sobre el derecho a la salud y sobre la violencia contra la mujer se han referido de manera específica a la dimensión de género del VIH/sida;¹⁴⁵ y otras fuentes destacadas de interpretación de las normas de la ONU han hecho observaciones importantes para la protección de los derechos de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH/sida.¹⁴⁶

Las Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos constituyen una base sólida para asegurar que el conjunto de derechos humanos, incluidos los expuestos *supra*, ocupan un lugar central de una respuesta eficaz y responsable al VIH/sida.

Directrices internacionales sobre el VIH/sida y los derechos humanos¹⁴⁷

Los Estados deberían:

- *establecer un marco nacional [...] que permita una actuación coordinada, participatoria, transparente y responsable [...] de todas las ramas del gobierno;*
- *procurar que se consulte a las comunidades [...] y que las organizaciones de la comunidad puedan realizar*

¹⁴⁴ Al final de este informe encontrarán la lista de organizaciones.

¹⁴⁵ Pueden consultar las declaraciones de estos relatores especiales en: <http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/> y <http://www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/mujeres/index.htm> 1, respectivamente.

¹⁴⁶ Véase, por ejemplo, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Doc. ONU: E/C.12/2000/4 (2000); Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 3, El VIH/SIDA y los derechos del niño, CRC/GC/2003/3, de 17 de marzo de 2003; Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, de 1 de julio de 2003 (obsérvese en particular la petición a todos los Estados Partes de “elaborar programas de prevención efectiva, entre ellas medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de contracepción y de prevención de estas infecciones y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes”); y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, artículo 12, La mujer y la salud (párrs.18 y 31(b), 1999)

¹⁴⁷ Pueden consultarse en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.1997.37.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.1997.37.Sp?Opendocument)

sus actividades [...];

- *analizar y reformar la legislación sanitaria para que se preste suficiente atención a las cuestiones de salud pública planteadas por el VIH/SIDA, para que las disposiciones sobre las enfermedades de transmisión casual no se apliquen indebidamente al VIH/SIDA y que estas disposiciones concuerden con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos;*
- *reexaminar y reformar las leyes penales y los sistemas penitenciarios para que concuerden con las obligaciones internacionales de derechos humanos y que no se apliquen indebidamente [...] ni se utilicen contra los grupos vulnerables;*
- *promulgar o robustecer las leyes que combaten la discriminación u otras leyes que protegen contra la discriminación [...] [y] velar por el respeto de la vida privada, la confidencialidad y la ética en la investigación [...];*
- *adoptar medidas [...] que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles; [esta directriz fue ampliada posteriormente]¹⁴⁸*
- *proporcionar y apoyar los servicios de asistencia jurídica que enseñen sus derechos a las personas con el VIH/SIDA, facilitar asistencia jurídica gratuita para ejercer esos derechos, ampliar el conocimiento de las cuestiones jurídicas que plantea el VIH [...];*
- *fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los niños u otros grupos vulnerables [...];*
- *fomentar la difusión amplia y constante de programas creativos de educación, capacitación y comunicación diseñados explícitamente para convertir las actitudes de discriminación y estigmatización contra el VIH/SIDA en actitudes de comprensión y aceptación;*
- *velar por que los sectores público y privado generen códigos de conducta sobre las cuestiones del VIH/SIDA que concierten los principios de derechos humanos en códigos de deontología profesional, dotados de procedimientos para aplicar y*

¹⁴⁸ Puede consultarse en: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc905-guideline6_en_pdf.pdf]

hacer cumplir esos códigos;

- *crear instituciones de vigilancia y aplicación que garanticen la protección de los derechos humanos en lo que respecta al VIH [...];*
- *cooperar a través [...] del sistema de las Naciones Unidas [...] para intercambiar conocimientos y experiencias sobre las cuestiones de los derechos humanos en esta materia y establecer procedimientos eficaces para proteger los derechos humanos de los afectados por el VIH/SIDA en el plano internacional.*

Recomendaciones

Las recomendaciones siguientes se derivan del contenido de este informe. Sin embargo, también repiten recomendaciones y observaciones incluidas en numerosos documentos internacionales sobre el VIH/sida y los derechos de la mujer. Los temas centrales de estos documentos y de este informe son:

- Poner fin a la violencia contra las mujeres
- Abordar la falta de capacitación social y económica de la mujer
- Eliminar el estigma y la discriminación contra las personas afectadas por el VIH/sida
- Permitir a las personas afectadas por el VIH/sida el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención
- Aumentar la cooperación internacional para cumplir los objetivos fijados por la comunidad internacional y permitir que todos los Estados cumplan sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos

Amnistía Internacional insta a los gobiernos a que aborden las recomendaciones concretas que se exponen *infra*.

En todos los aspectos de los objetivos que se exponen a continuación, los gobiernos deben basarse en la capacidad y la experiencia de las mujeres y los hombres afectados por el VIH/sida

- **Escuchar** y apoyar a las organizaciones de mujeres afectadas por el VIH/sida y a las redes de apoyo asociadas. Responder a las políticas y recomendaciones relativas al VIH que se les sugieran en lo referente a

estrategias, campañas y leyes que aborden el VIH/sida. Asegurar que disponen fondos con este fin.

- **Apoyar** activamente el principio de mayor implicación de las personas que viven con el VIH en el desarrollo y la aplicación de programas contra el VIH, incluyendo la educación, el trabajo sectorial, la prevención y la prestación de servicios.

Abordar la violencia contra las mujeres en el hogar y en la comunidad

- **Promover** una cultura de oposición a todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas, utilizando los medios de comunicación e involucrando a los hombres a la hora de abordar los estereotipos de género y los valores y normas discriminatorios que aumentan los riesgos a los que hacen frente tanto las mujeres como los hombres.
- **Organizar** campañas de educación pública sobre los derechos de las mujeres y las niñas y animar al público para que denuncie los casos de violencia sexual a la policía.
- **Proporcionar** servicios de asesoramiento para las niñas y las mujeres que han sufrido violación y otras formas de violencia sexual para que se trate su trauma y se mitiguen las consecuencias físicas y mentales a largo plazo. Cuando sea necesario, asegurar que a las supervivientes de violación se les proporciona profilaxis gratuita y accesible después de la exposición, en un plazo de 72 horas a partir de la agresión.
- **Revisar** la legislación vigente en materia de delitos sexuales para asegurar que cumple las normas internacionales y que ofrece una protección adecuada a las mujeres y niñas.
- **Reclutar** y formar a más mujeres para la policía y la judicatura, para que aumente el número de mujeres capaces de ejercer una función profesional en casos de violencia contra las mujeres y las niñas.
- **Asegurar** que todas las denuncias de abusos sexuales se tratan con seriedad y se investigan adecuadamente, entre otras cosas mediante programas forenses competentes.
- **Desarrollar** mecanismos en los procesos de investigación y judiciales para asegurar la protección plena de las víctimas y los

testigos contra actos de intimidación y represalias.

- **Procesar** a los hombres que violen a mujeres o niñas o cometan abusos sexuales contra ellas y castigar a los culpables de acuerdo con la gravedad del delito. Asegurar que los tribunales dejan claro que la violencia sexual es siempre inaceptable
- **Asegurar** que las mujeres que corren un riesgo mayor de violencia, como las mujeres de las que se sabe que viven en relaciones violentas y las mujeres que pueden sufrir violencia sexual en su trabajo, como por ejemplo las que ejercen el sexo como profesión, reciben una protección adecuada.

Abordar la violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto armado

Fuerzas militares

- **Asegurar** que las fuerzas militares conocen las normas internacionales pertinentes que rigen el desarrollo de las hostilidades, como los Convenios de Ginebra, y que reciben instrucción especial sobre la prohibición de la violencia por motivos de género.
- **Impartir** formación que tenga en cuenta el género a los miembros de todas las fuerzas armadas, en todos los rangos, para asegurar que no cometen, toleran ni consienten actos de violencia sexual, incluida la violación.
- **Hacer** responsables a los comandantes militares de que se investiguen exhaustivamente las denuncias de abusos sexuales cometidos por personal bajo su mando, hacer públicos los resultados de las investigaciones y asegurar que se proporcionan las reparaciones adecuadas a las supervivientes.
- **Procesar** a los combatientes presuntamente responsables de tales abusos y castigar judicialmente a quienes resulten culpables, de acuerdo con la gravedad del delito.

Poner fin al apoyo a grupos armados responsables de violencia contra las mujeres

- **Condenar** públicamente todas las formas de violencia contra las mujeres cometidas por tales grupos armados.

- **Poner fin** a la prestación de toda asistencia logística, económica o militar a los gobiernos o grupos armados responsables de actos de violencia contra las mujeres y utilizar su influencia sobre los grupos armados para poner fin a nuevos abusos.

Prevenir la violencia cometida por fuerzas de mantenimiento de la paz de la ONU

- **Tomar** todas las medidas necesarias para asegurar que todas las denuncias de actos de violencia sexual cometidos por personal civil o militar de la ONU se investigan y sancionan, y que se proporcionan reparaciones a las víctimas.
- **Asegurar** que el personal de la ONU se forma y actúa de conformidad con las normas de la ONU y los principios internacionales de derechos humanos.

Combatir el estigma y la discriminación

Ratificar y aplicar los tratados básicos de derechos humanos para proteger a todos los ciudadanos, incluidos los afectados por el VIH

- **Ratificar** la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y su Protocolo Facultativo, así como otros instrumentos básicos.
- **Asegurar** que las políticas, los programas y las leyes son compatibles con las directrices de ONUSIDA sobre el VIH/sida y los derechos humanos. El VIH no debe utilizarse como excusa para restringir derechos como el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia.

Abordar la pobreza y la falta de independencia económica de las mujeres y potenciar sus derechos

- **Asegurar** que las estrategias para la reducción de la pobreza se ocupan de la discriminación económica y social de las mujeres, una discriminación que menoscaba el logro de los factores determinantes de salud subyacentes, dificulta la aplicación de una política de salud pública eficaz y hace más difícil la lucha contra el VIH.

- **Proteger** y promover el derecho de la mujer a la propiedad y a la herencia a la muerte del padre o cónyuge. Introducir reformas legislativas y comunitarias de las costumbres tradicionales nocivas para la mujer, como la herencia de esposa.
- **Asegurar** que se toman medidas para poner fin a la práctica de la mutilación genital femenina. Tales medidas incluirán educación pública, debate con las comunidades afectadas, garantías de disponibilidad de asistencia de salud adecuada y de educación, y reformas legislativas.
- **Revisar** las leyes que regulan el matrimonio para asegurar que no contribuyen a la violación de los derechos de las niñas ni a exponerlas a un riesgo mayor de infección con el VIH.

Fortalecer los programas de educación para niñas y mujeres

- **Promover** la educación de las niñas y la alfabetización de las mujeres a través de medidas que aseguren la permanencia de las niñas en la escuela.
- **Establecer** como prioridad la igualdad de acceso de las niñas a la educación primaria y secundaria.
- **Asegurar** que los planes de estudios cuestionan los estereotipos de género; apoyar la alfabetización de mujeres adultas.
- **Aplicar** un programa de educación en salud para las mujeres marginadas que puedan no tener acceso a las fuentes generales de información.

Prevención, tratamiento y asistencia

Promover el uso de preservativos como protección contra el VIH

- **Promover** el conocimiento y la educación sobre los preservativos masculinos y femeninos y su disponibilidad para su uso efectivo por hombres y mujeres.
- **Aumentar** el acceso a los preservativos masculinos y femeninos y las habilidades de negociación para utilizarlos de manera eficaz. Subvencionar los gastos de preservativos.
- **Fomentar** una producción más barata de preservativos masculinos y femeninos.

Tomar medidas para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres

- **Tomar medidas** para poner fin a los matrimonios infantiles y los matrimonios bajo coacción u otras formas de relación sexual desigual entre muchachas jóvenes y hombres mucho mayores por medio de la educación, el diálogo comunitario y medios legislativos.
- **Permitir** a las mujeres y los hombres el uso de preservativos en las relaciones sexuales asegurando su disponibilidad y animando a hombres y mujeres a debatir sobre el uso del preservativo.
- **Asegurar** que las adolescentes y las mujeres tienen los conocimientos y los medios para prevenir la infección con el VIH mediante la promoción activa de información sobre salud básica en relación con el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, abordando los estereotipos despotenciadores del comportamiento femenino y aumentando el acceso de las mujeres a ayuda e independencia económicas.
- **Ampliar** los servicios de salud sexual y reproductiva. Aumentar la formación de las personas que prestan asistencia médica para que dispensen tratamiento y prevención contra el VIH/sida.
- **Involucrar** a las mujeres y los hombres afectados por el VIH/sida en la educación de apoyo sexual y reproductiva en relación con el VIH.

Asegurar la financiación para un enfoque integral del VIH/sida

- **Asegurar** la financiación y el apoyo de los programas que se centren en la prevención, el tratamiento, la asistencia basada en la comunidad y los aspectos educativos del VIH/sida. También deben fomentarse las iniciativas para prevenir la violencia por motivos de género y fortalecer el respeto de los derechos humanos de la mujer.

Asegurar la incorporación de las dimensiones de género del VIH a todas las políticas

- **Revisar** las políticas relativas al VIH/sida desde la perspectiva del género para asegurar la eliminación de todas las formas de discriminación y garantizar la protección y promoción de los derechos humanos de la mujer.

Introducir medidas para limitar los daños que sufren las personas que se inyectan drogas

- **Aumentar** el conocimiento de los riesgos asociados al uso compartido de agujas y asegurar la aplicación de una política de reducción de los daños para proteger a las mujeres y los hombres que consumen drogas. Esto podría implicar el asegurar el acceso de las personas que consumen drogas a agujas limpias y a un entorno en el que puedan inyectarse con seguridad.

Ampliar los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y proteger la confidencialidad

- **Asegurar** el acceso universal a asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales para detectar el VIH, de tal forma que se proteja la confidencialidad, se reduzcan al mínimo el estigma y la discriminación y se evite dar origen a violencia por motivos de género.

Apoyar a las personas que cuidan de otras en el hogar

- **Proporcionar** formación, asesoramiento y apoyo psicológico a las personas que cuidan de otras en el hogar y a los voluntarios. Proteger a las personas que hacen frente a la pesada carga de atender a familiares enfermos o moribundos debido a enfermedades relacionadas con el sida o que se hacen cargo de niños que han quedado huérfanos a causa del sida.

Asistencia y cooperación internacionales

Iniciativas de financiación globales en relación con el VIH/sida

- **Apoyar** al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria asegurando que las contribuciones gubernamentales se ajustan a las necesidades.
- **Incluir** los proyectos sobre el VIH/sida dentro del ámbito de financiación de los programas de ayuda nacionales bilaterales.
- **Teniendo** en cuenta los vínculos existentes entre la pobreza y la mala salud, asegurar el cumplimiento de los compromisos adquiridos por los gobiernos a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en relación con la pobreza.

La comunidad internacional

Además, la comunidad internacional debe:

- **Presionar** a todas las partes en los conflictos armados para asegurar el cese inmediato de la violencia sexual contra las mujeres y las niñas.
- **Interrumpir** todas las transferencias de armas y suministros de material o de formación militar, policial y de seguridad, así como toda ayuda logística o económica, a los gobiernos o grupos armados responsables de actos de violencia contra las mujeres y niñas.
- **Proporcionar** un firme apoyo político y económico al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
- **Proporcionar** financiación y apoyo técnico para medidas que contribuyan a la protección y realización del derecho a la salud, la alimentación y la educación de las personas afectadas por el VIH/sida y sus familias.
- **Aliviar** la carga de la deuda, que desvía los escasos recursos de los países empobrecidos, con planes transparentes y responsables para hacer frente a la pobreza y combatir el sida.
- **Apoyar** el trabajo de los medios de comunicación y de los defensores y activistas de los derechos humanos locales independientes que trabajan para fomentar un clima en el que puedan florecer los derechos humanos.

Enlaces

- AIDSLaw Project: <http://www.alp.org.za/>
- Canadian VIH/SIDA legal network: <http://www.aidslaw.ca>
- Global Campaign for Microbicides: <http://www.global-campaign.org/>
- Global Coalition on Women and VIH/SIDA: <http://womenandaids.unaids.org/>
- GNP+: Global Network of People Living with HIV/AIDS: <http://www.gnpplus.net/>

- ICASO: International Council of AIDS Service Organizations: <http://www.icaso.org/>
- International Community of Women Living with VIH/SIDA: <http://www.icw.org/>
- International HIV/AIDS Alliance: <http://www.aidsalliance.org/>
- International Partnership for Microbicides: <http://www.ipm-microbicides.org/>
- Physicians for Human Rights Action on AIDS: <http://www.phrusa.org/campaigns/aids/index.html>
- ONUSIDA: <http://www.unaids.org>
- Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos http://www.unaids.org/en/in+focus/VIH_aids_human_rights/reference+group.asp
- Programa de UNIFEM sobre el VIH/sida: <http://www.genderandaids.org/>
- UNFPA: Prevención del VIH: <http://www.unfpa.org/HIV/index.htm>
- Programa de la OMS sobre el VIH/sida: <http://www.who.int/HIV/en/>

Encontrarán una herramienta para buscar organizaciones relacionadas con el VIH/sida en todo el mundo, clasificadas por regiones, países y actividades, en: <http://www.aidsmap.org/en/orgs/ux/default.asp>