



Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres

Development Connections, UNIFEM, Comisión Interamericana de Mujeres y Organización Panamericana de la Salud

The Multiple Faces of the Intersections Between HIV and Violence Against Women

Development Connections, UNIFEM, Inter-American Commission of Women and Pan American Health Organization



Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres

Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Interamericana de Mujeres y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe

The Multiple Faces of the Intersections between HIV and Violence Against Women

Development Connections, UNIFEM, Pan American Health Organization, Inter-American Commission of Women and the Latin American and Caribbean Women's Health Network.



Índice - Contents

Presentación	v
Presentation	vii
Sección I: Aproximaciones conceptuales	1
Section I: Conceptual Approaches	
• Explorando las implicaciones económicas y sociales del VIH y la VCM – María Antonia Remenyi	3
Exploring the Economic and Social Implications of HIV and VAW	
• Lack of Empowerment: A Driving Force Behind the HIV and VAW Epidemics – Anda Samson	13
La falta de empoderamiento: El factor impulsor de las epidemias del VIH y la VCM	
• Interpretando la violencia desde las experiencias de las mujeres viviendo con el VIH – Nizarindandi Picasso	17
Interpreting VAW from the Experiences of Women Living with HIV/AIDS	
Sección II: Grupos específicos, necesidades específicas	23
Section II: Specific Groups, Specific Needs	
• Intersecciones entre el VIH y la violencia contra las adolescentes y jóvenes - Florencia Aranda	25
Intersections between HIV and Violence against Adolescent and Young Women	
• La violencia y el VIH en las mujeres privadas de libertad - Carlos Güida Leskevicius	29
HIV and VAW in Women in Prisons	
• El VIH y la violencia contra las mujeres indígenas - Silvia Galán	34
HIV and Violence against Indigenous Women	
• El VIH y la violencia: Implicaciones para las mujeres envejecientes - Liliana Bilevich de Gastrón	39
HIV and Violence: Implications for Elderly Women	
Sección III: Contextos y prioridades	45
Section III: Context and Priorities	
• Migración, VIH y VCM – Jenny López	47
Migration, HIV and VAW	
• El VIH, la VCM y los desastres naturales: El caso del terremoto de 2007 en el Perú – Teresa Ojeda	53
HIV, VAW, and Natural Disasters: The Case of the 2007 Earthquake in Peru	

Abreviaturas y acrónimos

AI	Amnistía Internacional
ALC	América Latina y el Caribe
ART	Tratamiento antirretroviral
IDG	Índice de Desarrollo de Género
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MVVS	Mujeres viviendo con el VIH/sida
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONGs	Organizaciones no gubernamentales
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PVVS	Personas viviendo con el VIH
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
VCM	Violencia contra las mujeres

Nota: En esta publicación se utiliza el término “VIH” para referirse al virus y a la epidemia, y se emplea la expresión “personas con VIH” para describir a aquéllos que viven con el virus en todas las etapas de la enfermedad. Se utiliza el término “sida” solo cuando resulta necesario para referirse a la etapa avanzada de la enfermedad del VIH. **Fuente:** OPS/OMS. 2005. Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015. Washington D.C.

Presentación

La integración de las políticas y programas de atención integral a la violencia contra las mujeres (VCM) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una estrategia impostergable para detener ambas epidemias y avanzar hacia la igualdad de género. Development Connections, con el apoyo del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) está ejecutando una iniciativa para el desarrollo de capacidades dirigidas a lograr este fin a través de: a) la creación de una Comunidad de Prácticas sobre el tema, y b) el diseño de un manual que incorpora la evidencia científica disponible, mejores prácticas y herramientas para la integración de políticas y programas sobre ambos temas. En este contexto, autores de distintas disciplinas redactaron los documentos incluidos en esta publicación y que analizan aspectos conceptuales así como las especificidades de las intersecciones entre el VIH y la VCM en grupos de población y en contextos específicos.

Diversas organizaciones nacionales e internacionales han impulsado acciones dirigidas a promover una respuesta intersectorial e integrada frente a estos dos graves problemas de desarrollo y salud. UNIFEM tiene una línea de trabajo permanente sobre VIH y VCM centrada en el desarrollo de capacidades entre los actores vinculados a ambos temas a nivel mundial y, cuenta además, con una Ventana de VIH/sida dentro del Fondo Fiduciario de la ONU en Apoyo a las Actividades para Eliminar la Violencia contra la Mujer.¹ Asimismo, cabe destacar la priorización otorgada por la OPS/OMS al VIH y la VCM en sus estrategias de cooperación, asumiendo un liderazgo regional importante en términos de asistencia técnica a los países para enfrentar los desafíos que las dos epidemias imponen. En la actualidad la Oficina de Género, Etnia y Salud de la OPS/OMS, en consonancia con los principios de igualdad de género y el compromiso de asegurar el abordaje integral a la VCM, sigue promoviendo la sensibilización de distintas audiencias para apoyar la integración por sus Estados Miembros de una perspectiva de igualdad de género en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, programas, proyectos e investigación. Dado que la VCM y el VIH constituyen dos trazadores importantes de inequidad de género en salud, la presente publicación constituirá uno de los instrumentos a utilizar en el proceso de transversalización del enfoque de igualdad en las políticas y programas de salud en congruencia con los compromisos establecidos en la Política de Igualdad de Género de la Organización (2005).² Por su parte, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA) aprobó la “Declaración de San Salvador: Género, violencia y VIH”³ y, acorde con sus mandatos, está desarrollando un proyecto de formación de recursos humanos sobre el tema en el Caribe e implementará la iniciativa: “Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujeres desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica” durante el período 2008 -2010. La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe realiza actividades permanentes de abogacía y diseminación de información sobre ambos temas.

La presente compilación intenta contribuir al diálogo intersectorial para avanzar en la integración de las políticas, programas y proyectos sobre ambos temas en los niveles local, nacional y regional. El documento ha sido dividido en tres secciones. En la **Sección I** se presentan tres artículos que abordan distintos aspectos del marco conceptual. **Maria Antonia Remenyi** explora las implicaciones económicas y sociales del VIH y la VCM, analizando la relación entre el Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Género y la prevalencia de ambos problemas. También analiza los costos de la atención de ambas epidemias relativos al cuidado y tratamiento, la atención a las y los huérfanos, la disminución de la productividad y los ingresos individuales y familiares, los costos institucionales y para la sociedad en su conjunto. También examina cómo la eliminación de la VCM podría ser un medio para detener la transmisión del VIH. **Anda Samson** aborda la feminización del VIH, el papel potencial de la VCM en este proceso y cómo la falta de empoderamiento femenino es una fuerza impulsora detrás de ambas epidemias. Usando el marco ecológico desarrollado por Lori Heise et al, la autora señala los distintos factores asociados a la falta de empoderamiento de las mujeres en los niveles macro, institucional, comunitario e individual que sustentan el vínculo entre el VIH y la VCM. **Nizarindandi Picasso**, como mujer que vive con el VIH, amplía la discusión sobre las formas de VCM y plantea algunos temas para interpretar la VCM desde las experiencias de las mujeres viviendo con el VIH (MVVS). Explora cómo la violencia está presente en todas las etapas del ciclo de vida de las mujeres expresándose en la cotidianidad de las MVVS en las relaciones de pareja, la familia, la comunidad, los servicios de salud, los centros de trabajo y con los hombres y las mujeres en general, y su relación consigo mismas.

¹ Disponible en: http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/trust_fund_grantees.php#hiv

² Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/ad/ge/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf>

³ Disponible en: <http://www.oas.org/cim/spanish/Asamblea%20XXXIII.Resoluciones%20aprobadas.htm>

En la **Sección II** se abordan las condiciones y necesidades específicas de algunos grupos de población. **Florencia Aranda** analiza las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres adolescentes y jóvenes, centrándose en las dimensiones de ambas epidemias en este grupo etéreo. Examina los riesgos específicos frente al VIH debido a la alta prevalencia de violencia sexual, la explotación y tráfico sexual de niñas y jóvenes, las uniones tempranas, la mutilación genital y la falta de acceso a la educación. **Carlos Guida** analiza el incremento de mujeres encarceladas y el alto nivel de violencia sexual en las prisiones como factor de riesgo para la transmisión del VIH. Presenta otras situaciones de riesgo tales como la prostitución, la violencia institucional y la carencia de servicios para las mujeres que viven con el VIH en prisiones. **Silvia Galán** plantea cómo la etnia puede ser un determinante social importante de la vulnerabilidad frente al VIH y la VCM. Señala las dificultades actuales para dimensionar ambos problemas en las poblaciones indígenas debido a la falta de producción de evidencia científica sobre el tema. También examina la necesidad de tratar los valores y la cosmovisión prevalecientes en las comunidades indígenas para establecer políticas coherentes sobre ambos problemas. **Liliana Bilevich de Gastrón** examina la ausencia del análisis sobre la situación de mujeres mayores de cincuenta años en los debates actuales sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM. La autora presenta datos sobre las dimensiones de ambas epidemias en este grupo de edad y sus implicaciones para la integración de políticas y programas. Aborda el trabajo no remunerado realizado por las abuelas y mujeres mayores como las cuidadoras de las personas viviendo con el VIH (PVVS) y de las sobrevivientes de la VCM; así como la necesidad de políticas urgentes para tratar las necesidades sociales y de salud creadas por el VIH y la VCM y para reducir la carga de trabajo que enfrentan las mujeres mayores al atender las secuelas físicas, psicológicas y sociales de estos dos problemas.

En la **Sección III** se abordan dos contextos específicos en que el VIH y la VCM se vinculan: las migraciones y los desastres naturales. **Jenny López** presenta las distintas dimensiones de la migración en el contexto actual y sus implicaciones para la violencia y la transmisión del VIH en las mujeres. La situación de las y los refugiados, la explotación sexual, y la trata y tráfico de mujeres y niñas se convierten en las caras de la migración que exacerban los riesgos de las mujeres frente a estas dos epidemias. **Teresa Ojeda** presenta los testimonios de víctimas de la violencia sexual después del terremoto de 2007 en Perú. Cada una de ellas grafica las características que asume la violencia en las etapas posteriores a un desastre natural: la desprotección, el bajo nivel de la respuesta institucional, y el desconocimiento por parte de la comunidad y las familias sobre mecanismos apropiados para enfrentar los desafíos que pueden producirse en situaciones de emergencia.

Esta publicación constituye una aproximación al análisis de estos temas y se ampliará con la creación de espacios de diálogo y el intercambio intersectorial centrados en la puesta en práctica de políticas y programas de VIH y VCM integrados. De esta manera se aumentará el acceso de las mujeres a servicios integrales de atención y prevención, disminuirán los riesgos de salud y vida para las MVVS y las VCM; y se incrementará la eficacia y el impacto de las intervenciones actuales sobre el VIH y la VCM.

Presentation

The integration of the policies and programs on comprehensive care for violence against women (VAW) and HIV is an urgently necessary strategy for halting both epidemics and advancing toward gender equality. Development Connections, with the support of the United Nations Development Fund for Women (UNIFEM), is implementing an initiative focused on strengthening capacities to reach this goal through: a) the creation of a community of practices regarding this subject, and b) the design of a manual that incorporates the scientific evidence available, best practices and tools for the integration of policies and programs on both issues. In this context, authors from different disciplines produced the articles included in this publication, which analyze some conceptual and specific aspects of the linkages between HIV and VAW in various population groups and contexts.

Various national and international organizations have promoted actions directed toward stimulating inter-sectoral and integrated responses to these two profound problems for development and health. UNIFEM has an on-going work strategy on HIV and VAW centered on capacity building among the actors involved with both issues on a global level and, also has an HIV/AIDS Window within the UN Trust Fund in Support of Actions to Eliminate Violence Against Women.¹ It should also be recognized that PAHO/WHO prioritizes HIV and VAW in its cooperation strategies, and assumes an important regional leadership role in terms of technical assistance to the countries to confront the challenges presented by these two epidemics. Currently, the PAHO/WHO Office of Gender, Ethnicity and Health, in consonance with the principles of gender equality and the commitment to ensure a comprehensive approach to VAW, promotes the sensitization of various audiences to support the integration, within the Member States, of a gender equality perspective in the planning, execution, monitoring and evaluation of policies, programs, projects and research. Given the fact that VAW and HIV constitute two important cross-cutting problems of gender inequality in health, the present publication will serve as one of the instruments to be used in the process of mainstreaming gender equality in the health policies and programs in congruence with the commitments established in the Organization's Gender Equality Policy (2005).² For its part, the Inter-American Commission of Women (CIM/OAS) approved the "Declaration of San Salvador: Gender, violence and HIV"³ and, in accordance with its mandates, is developing a human resource training project on the subject in the Caribbean and will implement the initiative: "Integration of policies and programs of HIV and violence against women from a perspective of Human Rights in Central America" during the period 2008-2010. The Latin American and Caribbean Women's Health Network carries out on-going activities on advocacy and dissemination of information on both issues.

The present compilation of articles aspires to contribute to the inter-sectoral dialogue to advance the integration of policies, programs and projects on both issues on the local, national, and regional levels. The document is divided into three sections. **Section I** presents three articles addressing different aspects of the conceptual framework on the intersections between HIV and VAW. **Maria Antonia Remenyi** explores the economic and social implications of these linkages, analyzing the relation between the Human Development Index, the Gender Index, and the prevalence of both problems. She also analyzes the costs of both epidemics relative to care and treatment, care for orphans, the decrease in productivity and income for the individual and the family, the institutional costs and the cost for society as a whole. She also examines how the elimination of VAW could be a means for halting the transmission of HIV. **Anda Samson** addresses the feminization of HIV, the potential role of VAW in this process and how the lack of empowerment is a driving force behind both epidemics. Using the ecological framework developed by Lori Heise et al, the author calls attention to the different factors associated with women's lack of empowerment at the macro, institutional, community, and individual levels that sustain the linkages between HIV and VAW. **Nizarindandi Picasso**, as a woman living with HIV, extends the discussion on the forms of VAW and raises some issues for seeing the problem from the experience of women living with the virus. The author explores how violence is present at every stage of women's life span and manifests in the daily life of women living with HIV/AIDS in their relations with: family, community, health services, workplace, men and women in general, peers, and with themselves.

¹ Available at: http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/trust_fund_grantees.php#hiv

² Available at: <http://www.paho.org/Spanish/ad/ge/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf>

³ Available at: <http://www.oas.org/cim/spanish/Asamblea%20XXXIII.Resoluciones%20aprobadas.htm>

Section II touches on the conditions and specific needs of some population groups. **Florencia Aranda** analyzes the intersections between HIV and violence against adolescent and young women, focusing on the dimensions of both epidemics in this age group. She examines the specific risks for HIV transmission due to the high prevalence of sexual violence, trafficking and sexual exploitation of children and young girls, early marriage, genital mutilation and the lack of access to education. **Carlos Güida** analyzes the increase of jailed women and the high level of sexual violence in prisons as a risk factor for the transmission of HIV. He presents other risk situations such as prostitution, institutional violence and the deficiency of services for women living with HIV/AIDS in prisons. **Silvia Galán** discusses how ethnicity can be an important social determinant of vulnerability to HIV and VAW. She indicates the current difficulties to determine the dimensions of both problems within indigenous populations due to the lack of production of scientific evidence on the subject. She also examines the need to address the prevailing values and world view within the indigenous communities to establish coherent policies on both problems. **Liliana Bilevich de Gastrón** examines the absence, in the current debates on the intersections between HIV and VAW, of analysis on the situation of women over fifty years. The author presents data on the dimensions of both epidemics in this age group and their implications for integrating policies and programs. She mentions the unpaid work performed by grandmothers and elderly women as caregivers of people living with HIV and survivors of VAW, as well as the urgent need for policies to address the social and health needs generated by these epidemics, and to reduce the workload carried by elderly women as they attend to the physical, social, and psychological consequences of these two problems.

In **Section III** two specific contexts are examined in which HIV and VAW are linked: migration and natural disasters. **Jenny Lopez** presents the different dimensions of migration in the current context and their implications for VAW and the transmission of HIV in women. The situations of refugees, sexual exploitation, and trafficked women and children, have become the faces of migration which exacerbate the risks of women to these two epidemics. **Teresa Ojeda** shares the testimonies of victims of sexual violence in the aftermath of the 2007 earthquake in Peru. Each of these testimonies describes the characteristics of the violence after a natural disaster: the lack of protection, the low level of institutional response, and the lack of knowledge, on the part of families and the community, about appropriate mechanisms for facing the challenges that can occur in emergency situations.

This compilation of articles constitutes an approach to the analysis of these subjects, which will be expanded upon with future policy dialogues and inter-sectoral interchange all aimed to put in practice integrated policies and programs on HIV and VAW. Integration will increase women's access to comprehensive services of care and prevention, will decrease risks to the life and health of women living with HIV and survivors of violence, and will increase the effectiveness and impact of the present interventions on HIV and VAW.

Sección I: Aproximaciones Conceptuales

Section I: Conceptual Approaches

Explorando las implicaciones económicas y sociales de la violencia contra las mujeres y su relación con el VIH

María Antonia Remenyi¹

Introducción

En el presente informe se muestran evidencias de la relación que hay entre la violencia y la transmisión del VIH a las mujeres. Se reseñan los determinantes de la violencia contra las mujeres (VCM), su relación con la transmisión heterosexual del VIH y el posible impacto económico de ambas epidemias. Finalmente, se proponen argumentos económicos para la utilización de estrategias de prevención de la VCM como un mecanismo para lograr la disminución de la transmisión del VIH. La gran limitación del estudio ha sido la disponibilidad de datos; tanto de aquellos que se refieren a la magnitud de la VCM como a la prevalencia del VIH en mujeres. En ambos casos la información existente demuestra notificación incompleta y los estudios disponibles son limitados. Se estima, por ejemplo, que en América Latina las cifras de SIDA tienen una subestimación del 30% y los casos del VIH del 40%². La violencia sexual en contra de las mujeres ocurre en todos los niveles socioeconómicos y culturales. Sin embargo, en muchas sociedades, la cultura y la falta de políticas eficaces se convierten en los principales cómplices del silencio frente a este grave problema de desarrollo humano.³

I. Violencia contra las mujeres y la transmisión del VIH

Si bien en sus inicios el VIH afectaba principalmente a hombres adultos, la feminización de esta epidemia ha llevado a que en su informe sobre la Situación del SIDA, ONUSIDA/OMS estime que de 30,8 millones de adultos que en el año 2007 vivían con el VIH, 50% sean mujeres⁴. En Centro América la razón hombre/mujer de la población que vive con VIH ha disminuido de 23:1 en 1982 a 1,8:1 en 2004⁵. Es importante señalar que el proceso de feminización del VIH no se ha desarrollado de manera homogénea a nivel mundial, estimándose que en África al sur del Sahara aproximadamente el 61% de adultos que vivían con VIH en 2007 eran mujeres, en el Caribe este porcentaje fue del 43%, en Asia del 29% y en Europa Oriental y Asia Central la proporción de mujeres era de sólo 26%⁶.

En este proceso de feminización de la epidemia, las jóvenes han sido particularmente afectadas estimándose que en el rango de edad entre los 15 y 24 años de las personas viviendo con el VIH, el 60% son mujeres⁷. Entre los factores que explican la feminización de la epidemia se encuentran:

- El mayor riesgo biológico de las mujeres debido a la mayor concentración del virus en el líquido seminal y a la mayor fragilidad de la mucosa genital femenina.
- Factores culturales relacionados a los roles sociales diferenciales que generan:
 - iniciación sexual temprana en las niñas y cortes genitales.
 - una falta de control de las mujeres sobre su sexualidad ya que con frecuencia son forzadas a tener sexo sin consentimiento y sin poder negociar el uso de preservativos.
 - leyes discriminatorias de propiedad y herencia en contra de las mujeres que propician su vulnerabilidad económica y aceptación de relaciones sexuales riesgosas.
 - aceptación y expectativas de que los hombres tengan varias parejas sexuales.
- La falta de educación en las mujeres, ya que existe evidencia de que son las mujeres educadas las que tienen una mayor probabilidad de saber cómo prevenir la infección del VIH y tomar medidas para protegerse a sí mismas.
- La violencia contra las mujeres o el temor a ella, impiden que muchas mujeres soliciten a sus parejas que practiquen el sexo

¹ María Antonia Remenyi. Economista, consultora independiente en temas de economía de la salud. Correo electrónico: remenyi_antonia@yahoo.com

² García Abreu, A; Nogueira, I; Cowgill, K. "HIV/AIDS in Latin America: The Challenges Ahead". Human Development Network, Banco Mundial, citado en ²World Bank (2003), página 4.

³ The World Bank (2008).

⁴ ONUSIDA/OMS (2007), página 8.

⁵ The World Bank (2003), página 5.

⁶ ONUSIDA/OMS (2007).

⁷ UNICEF (2005), página 1.

seguro. Hay evidencia también de que las mujeres que han sido forzadas al coito o han sido violadas, están más expuestas a infectarse con el VIH ya que este tipo de relación causa mayores lesiones en el tejido vaginal y anal.⁸

Una publicación reciente del Banco Mundial⁹ reseña cifras obtenidas de otros estudios sobre la magnitud de la asociación entre la VCM y la transmisión del VIH:

- En Soweto, África del Sur, la violencia (física y sexual) por parte de la pareja ha sido identificada con una prevalencia de VIH 1,4 veces más elevada.
- En Rakai, Uganda, la prevalencia del VIH incrementó significativamente cuando las mujeres reportaron coerción sexual y uso del alcohol antes de tener relaciones sexuales.
- En Kigali, Rwanda, mujeres en relaciones de pareja estables con VIH tenían mayores probabilidades de reportar historia de violencia física o coerción sexual.

El estudio multi país sobre la violencia en contra de las mujeres de la Organización Mundial de la Salud, plantea que el hogar no constituye el refugio seguro para las mujeres porque ellas están en riesgo de experimentar mayor violencia en sus relaciones íntimas con la pareja que en ningún otro lugar¹⁰.

II. VIH, VCM, pobreza, el Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Desarrollo de Género

En esta sección se ha tratado de analizar si existe alguna correlación entre la VCM, el VIH y los índices de Desarrollo Humano y de Desarrollo de Género, respectivamente. La hipótesis es que en países de menor desarrollo humano y de género la prevalencia de la VCM y el VIH en las mujeres es mayor. Esta hipótesis, sin embargo, no pretende establecer relaciones de causalidad entre VCM y nivel socioeconómico de las mujeres ya que se sabe que la VCM afecta a las mujeres de todas las clases sociales y en todos los países del mundo. No obstante, los indicadores que se incluyen en el IDG (educación, ingreso y EVN) son posibles proxies de empoderamiento que deben ser considerados al momento de establecer estrategias para la prevención y atención integrada del VIH y la VCM. Lamentablemente, limitaciones en la disponibilidad de información no permitieron hacer este análisis para el VIH¹¹. Alternativamente se ha analizado la prevalencia del VIH con el nivel de ingreso per cápita (como una aproximación a la pobreza) de las regiones más afectadas por la enfermedad.

El análisis de correlación se utiliza para describir la relación que hay entre dos o más variables. Mientras que el análisis de regresión es utilizado para describir *la naturaleza* de la relación, el análisis de correlación se utiliza para describir *la fuerza* de esa relación, sin ninguna implicación de casualidad. Coeficientes de correlación cercanos a 1 muestran una relación fuerte entre las variables mientras que valores cercanos a cero indican que no hay relación definida entre las mismas. Signos positivos del coeficiente de correlación indican una relación directa, es decir, cuando aumenta (disminuye) el valor de una variable, aumenta (disminuye) también el valor de la otra. Por el contrario, signos negativos del coeficiente de correlación indican una relación inversa, cuando el valor de una aumenta, el de la otra disminuye y viceversa.

La información sobre la VCM se ha obtenido del estudio sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica de las mujeres, realizado en varios países por la Organización Mundial de la Salud en 2005¹². Este estudio provee información de 10 países: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y Tanzania. El indicador de violencia utilizado ha sido la prevalencia de la tasa de violencia sexual durante la vida de una mujer ejercida por un compañero íntimo entre mujeres que han tenido alguna vez un compañero. Para algunos países la información corresponde a una ciudad principal o a la capital. Para otros países el estudio provee información para una provincia y en otros países la información se da tanto para una ciudad principal como para una provincia. En este último caso y con la finalidad de tener una cifra única, se tomó un promedio simple de los dos datos¹³ tal y como se puede observar en el cuadro 1. Dado que las Naciones Unidas no reporta información sobre los

⁸ Luciano Dinys (2007), página 4.

⁹ The World Bank (2008), página 56.

¹⁰ WHO (2005), Foreword.

¹¹ Se ha tratado de estimar la correlación entre la prevalencia de VIH en mujeres 15+ y el Índice de Desarrollo Humano pero la calidad de la información ha impedido llegar a resultados consistentes.

¹² OMS (2005).

¹³ La falta de información nos llevó a considerar un promedio simple pero reconocemos que éste puede estar sesgado. Lo ideal hubiese sido estimar un promedio ponderado por la importancia de la población que vive en las ciudades y la que vive en la provincia.

Índices de Desarrollo Humano ni de Desarrollo de Género para Serbia y Montenegro, en la estimación del coeficiente de correlación se consideró solamente a 9 países.

Cuadro 1

Correlación entre Violencia Sexual y el Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Desarrollo de Género

País	Prevalencia De alguna vez haber experimentado violencia sexual por una pareja íntima	Prevalencia promedio entre la ciudad y la provincia	Índice de Desarrollo Humano 2005	Índice de Desarrollo de Género 2005
Bangladesh, ciudad	37,4	43,6	0,547	0,539
Bangladesh, provincia	49,7			
Brasil, ciudad	10,1	12,2	0,800	0,798
Brasil, provincia	14,3			
Etiopía, provincia	58,6		0,406	0,393
Japón, ciudad	6,2		0,953	0,942
Namibia, ciudad	16,5		0,650	0,645
Perú, ciudad	22,5	34,6	0,773	0,769
Perú, provincia	46,7			
Samoa, todo el país	19,5		0,785	0,776
Serbia y Montenegro, ciudad	6,3		s.i.	s.i.
Tailandia, ciudad	29,9	29,4	0,781	0,779
Tailandia, provincia	28,9			
Tanzania, ciudad	23,0	26,9	0,467	0,464
Tanzania, provincia	30,7			
Coefficiente de correlación			-0.758	-0.762

Fuente: Elaboración propia en base a la información del estudio de la OMS (2005).

Tanto el coeficiente de correlación entre la VCM y el Índice de Desarrollo Humano como el de la VCM y el Índice de Desarrollo de Género muestran una relación inversa (signo -) entre estos índices y la VCM del orden de -0.758 y -0.762, respectivamente. Es decir, a menor desarrollo humano y menor desarrollo de género, mayor es la VCM. Sin embargo, la relación no es muy fuerte ya que, como se señalara líneas arriba, la VCM afecta a las mujeres de todas las clases sociales y en todos los países del mundo.

La epidemia del VIH no ha afectado por igual a todas las regiones del mundo. El cuadro 2 muestra no sólo que más del 68% de adultos infectados por el VIH viven en el África al sur del Sahara, y que el 76% de las defunciones por SIDA se produjeron en esta región sino también que es aquí donde la prevalencia en adultos es la más alta (5%). Es justamente en esta región, según información publicada por el Banco Mundial¹⁴, donde se encuentra el 63% de los países de ingreso per cápita más bajo a nivel mundial (US\$875 o menos). Más aún, de un total de 48 países ubicados en África al sur del Sahara, 34 de ellos (70,8%) están clasificados como países de ingreso bajo. Es decir, que es justamente la región más pobre del mundo la más afectada por la epidemia.

¹⁴ Banco Mundial (2007), página 287.

Cuadro 2

Estadísticas Regionales del VIH 2007

Región	Adultos y niños que viven con el VIH (millones)	Prevalencia en adultos	Defunciones de niños y adultos (millones)
África al sur del Sahara	22,5	5,0%	1,6
Oriente Medio y África del Norte	380.000	0,3%	25.000
Asia meridional y sudoriental	4,0 millones	0,3%	270.000
Asia oriental	800.000	0,3%	32.000
Oceanía	75.000	0,4%	1.200
América Latina	1,6 millones	0,5%	58.000
Caribe	230.000	1,0%	11.000
Europa oriental y Asia central	1,6 millones	0,9%	55.000
Europa Occidental y central	760.000	0,3%	12.000
América del Norte	1,3 millones	0,6%	21.000
Total	33,2	0,8%	2,1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de ONUSIDA.¹⁵

La carga de la mortalidad y morbilidad del VIH/sida, medida ésta como los años de vida saludables perdidos por muerte prematura y/o enfermedad (los AVISA o DALY, por sus siglas en inglés) ha sido estimada en el estudio de las Prioridades de Salud¹⁶. Estas estimaciones muestran que entre 1990 y 2001 hay una carga desproporcionadamente mayor en los países de ingreso bajo y medio (70,796 AVISA) que en los países de ingreso alto (665 AVISA).

III. El posible impacto económico de la VCM, el VIH, la Pobreza y el Desarrollo Humano

Estudios sobre el tema señalan que la VCM se encuentra en todos los niveles socioeconómicos y que ésta ocasiona una gran pérdida de bienestar. El bienestar perdido puede ser emocional y ser causante de sufrimiento psicológico pero también puede ser material al provocar pérdida de la salud y de recursos económicos. No hay duda que la pérdida de bienestar emocional es una de las mayores consecuencias de la VCM. Sin embargo, la estimación de su magnitud y sus costos son difíciles de medir y por ello se les llama costos intangibles. Estimar el sufrimiento de una mujer que ha sido víctima de violencia es muy difícil aunque todos podamos reconocer el impacto psicológico que esto puede tener en ella y en los otros integrantes del hogar, principalmente en los niños.

El impacto negativo de la VCM va más allá del daño psicológico que se le causa a la víctima. Este impacto tiene un costo material muy alto no sólo para la mujer y su familia y para las instituciones de salud sino también para la sociedad en su conjunto. Este costo es aún más alto si se considera la relación que hay entre la VCM y la transmisión del VIH. Hay varias maneras de clasificar los costos de la violencia¹⁷ y la que a continuación se presenta descompone el costo para la sociedad en su conjunto, en el costo para la víctima y sus familiares, el costo para las instituciones de salud y el costo indirecto en términos de productividad y de años perdidos por muerte prematura o por discapacidad.

¹⁵ ONUSIDA/OMS (2007), página 7.

¹⁶ Alan D. Lopez, Colin D. Mathers, Majid Ezzati, Dean T. Jamison, y Christopher J. L. Murray (2006), Cuadro.1.1

¹⁷ Ver al respecto José Luis Bobadilla, Víctor Cárdenas, Bernardo Couttolenc, Rodrigo Guerrero y María Antonia Remenyi (1996).

El costo de la VCM para la víctima y sus familiares incluye:

- Los costos asociados a las medicinas y materiales de curación del daño físico.
- El costo del tiempo invertido por la víctima y por los familiares que la atienden en la recuperación de la salud a consecuencia del daño físico.
- Los costos de la recuperación de daño psicológico para la víctima y para los miembros de su entorno familiar, en especial los niños.
- Si la víctima contrae el VIH, el costo se incrementa por su propio tratamiento y porque en el nacimiento y con la lactancia de sus hijos, se les puede transmitir el virus a éstos.
- Si la madre muere, los niños huérfanos generalmente pasan a ser cuidados por otros miembros de la familia, generándose un costo adicional en términos del tiempo dedicado al cuidado de estos niños.
- Disminución del ingreso familiar por ausencia laboral.

El costo para las instituciones de salud está asociado a:

La recuperación de la salud a consecuencia del daño físico de la agresión.

- El tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y el VIH.
- El tratamiento psicológico para madres y niños.
- Los programas de control y prevención de la VCM.

El costo directo e indirecto para la sociedad en su conjunto se relaciona a:

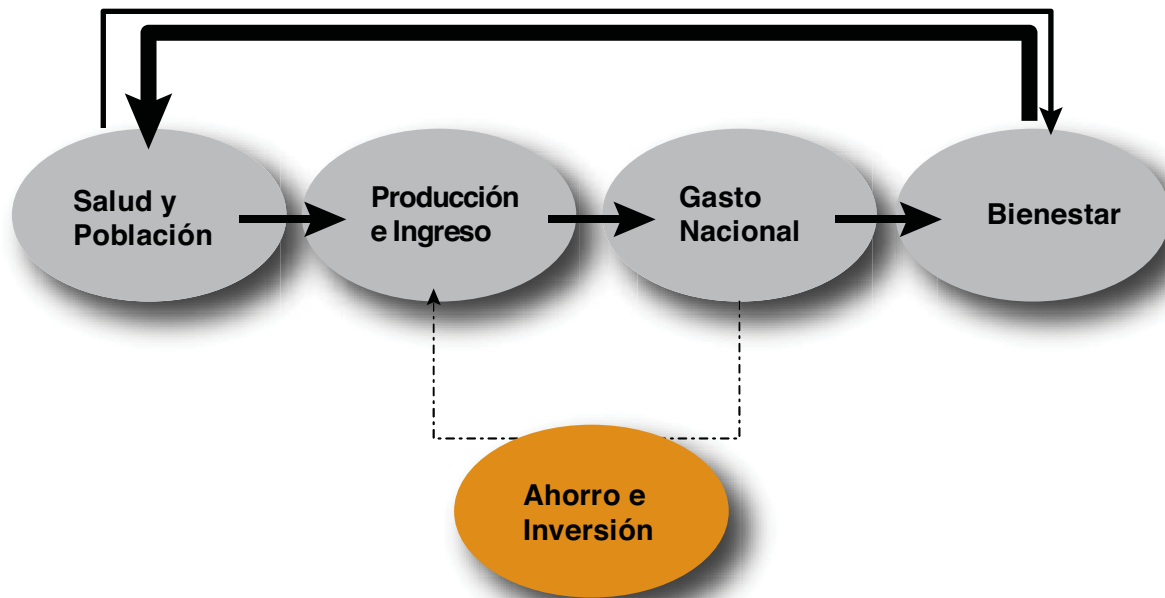
- Provisión de servicios para los niños huérfanos.
- Provisión de servicios policiales y judiciales para atender las denuncias de las mujeres
- Falta de educación en las niñas/adolescentes que son víctimas de abuso sexual pues ellas tienden a abandonar las escuelas.
- Años de vida perdidos por muertes prematuras por violencia y/o VIH.
- Años de vida perdidos por muertes prematuras por abortos en condiciones riesgosas de embarazos no deseados a consecuencia de violaciones y/o actos sexuales violentos que impiden el uso del condón.
- Pérdidas de producción relacionadas a lo que se deja de producir cuando una mujer víctima de violencia y/o VIH interrumpe su labor productiva temporal o permanentemente.

Además del costo económico inmediato para la sociedad en su conjunto, es importante tener en cuenta el efecto que la VCM y su asociación con la transmisión del VIH tiene en el largo plazo para la economía en su conjunto. Las mujeres participan en la economía como agentes económicos, consumidores o productores de bienes y/o servicios. El estado de salud de las mujeres juega un rol importante en la economía por sus efectos directos sobre la producción ya que la salud y la educación de los agentes económicos, sean hombres o mujeres, determinan la productividad laboral.

En términos generales la relación entre la salud y el resto de la economía se puede esquematizar con el siguiente diagrama. Los círculos representan los componentes básicos de la economía nacional y las flechas indican las relaciones causales entre estos sectores. Dobles flechas implican que la relación es en ambos sentidos; es decir, que los componentes de la economía se afectan los unos a los otros. Flechas sólidas indican un impacto inmediato de un sector en el otro. Flechas punteadas indican un impacto más lento, donde los efectos se manifiestan después de algún tiempo (un año o más).

Diagrama 1

Salud y economía



Fuente: Mead Over (1991), página 6.

La producción de bienes y servicios genera el ingreso nacional de un país. Este ingreso se gasta a su vez en bienes y servicios o se ahorra e invierte. El ahorro de la economía sirve para financiar las inversiones y las inversiones, a diferencia del gasto corriente, sirven para incrementar la capacidad futura de la economía para producir bienes y servicios y por ello la flecha que va del consumo (gasto nacional) a la producción, a través de las inversiones, es una línea punteada.

La manera como se gasta el ingreso nacional de un país tiene efectos sobre el bienestar de la población ya que el bienestar de la población no se incrementa si el ingreso nacional no se gasta en los bienes y servicios que la sociedad desea o necesita. ¿Cuál es la relación de la salud y la población con la producción de la economía? Si consideramos dentro del sector salud y población aspectos como la mortalidad, la fertilidad, la morbilidad y la nutrición de la población, vemos que estos factores inciden en la producción de un país a través del tamaño de la fuerza laboral y su productividad. También hay un efecto directo de la mejora o recuperación de la salud sobre el bienestar de las personas (línea delgada). Sin embargo, esta relación va en ambos sentidos pues el bienestar de la población tiene asimismo un efecto en la economía (línea gruesa) a través de un efecto directo sobre la salud de la población y el número de hijos que se decida tener. Elaborar un indicador del nivel de bienestar de una población es algo complejo porque involucra aspectos de valorización individual. Sin embargo, se puede considerar el grado de desarrollo humano, donde se incluyen aspectos de ingreso, educación y salud, como una aproximación del mismo.

De esto se deriva que existe un círculo vicioso entre enfermedad, pobreza y nivel de bienestar de los países. Esta situación que se empeora con la prevalencia de la VCM y su asociación con el VIH. La relación entre niveles bajos de ingresos de las familias, violencia y transmisión del VIH va en dos sentidos y se refuerzan una a la otra a través de un círculo vicioso de pobreza y enfermedad¹⁸, como se puede observar en el diagrama 2. Los bajos niveles de ingreso conllevan a la desnutrición y enfermedad ya que las familias pobres tienden a tener mala alimentación, son proclives a enfermedades infecciosas, realizan trabajos físicos exigentes y presentan tasas de fertilidad altas; esto a su vez incrementa la desnutrición y las enfermedades en general.

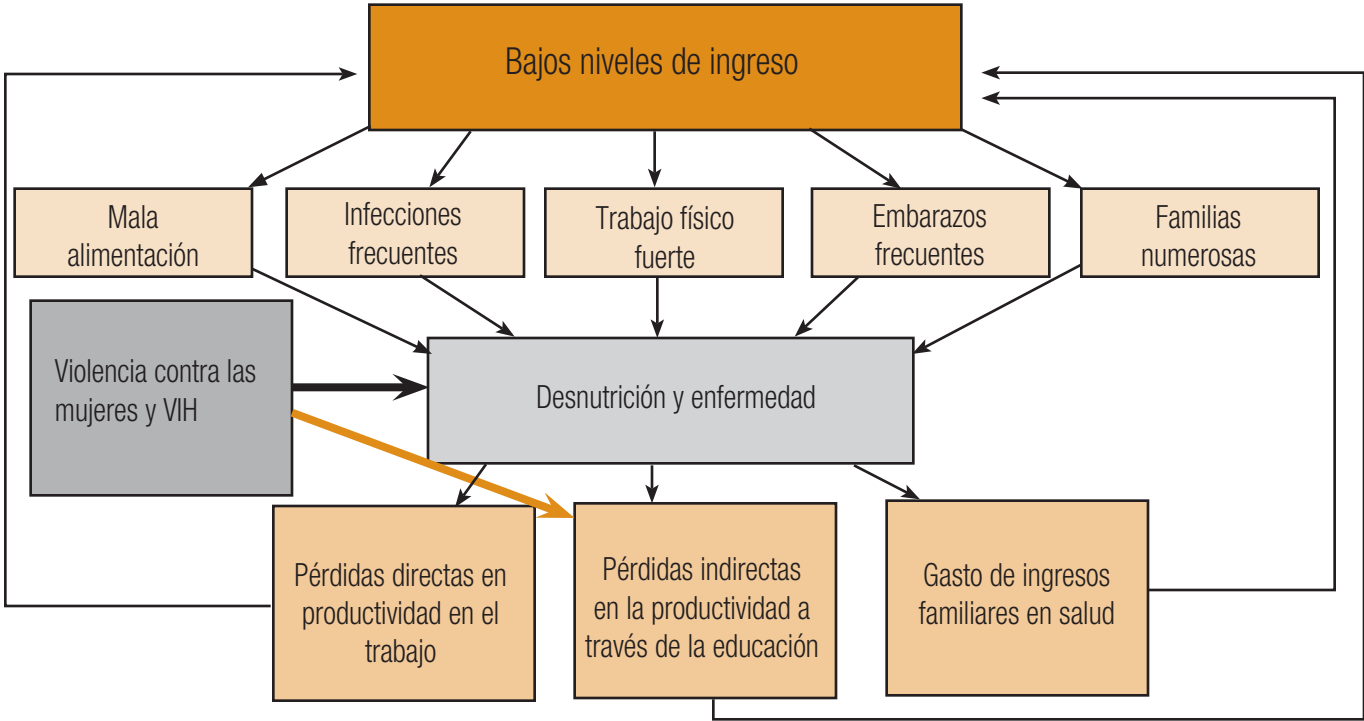
¹⁸ Ver al respecto, Banco Mundial (2006) y Duncan & Frankenberg (2002).

La VCM y su asociación con la transmisión del VIH hacen que las mujeres tengan bajos ingresos a través del impacto directo de la enfermedad en su productividad y en su capacidad de continuar trabajando y generando ingresos. Sin embargo, esta pérdida de productividad también puede ser indirecta a través del efecto que la VCM, el embarazo temprano y el VIH tiene sobre la educación de las adolescentes. El eventual gasto en servicios de salud hace que las personas tengan menos ingresos para destinarlos a otros consumos.

En términos generales, esta relación entre la pobreza y la mala salud se trasmite de madres a hijos a través de la alta probabilidad de que de una madre que no esté bien alimentada, esté enferma o haya tenido muchos hijos, nazcan niños con bajo peso o con alguna enfermedad¹⁹ y para quienes se repite el círculo. La VCM y su asociación con la transmisión del VIH refuerza estas relaciones por los efectos directos que tiene en los niños nacidos de madres con el VIH y de madres cuyo embarazo fue el resultado de agresiones/ violaciones. Generalmente el efecto se refuerza a través de bajo rendimiento escolar y la deserción escolar de los niños y niñas huérfanos, los hijos de madres adolescentes y los niños que han evidenciado violencia en sus hogares.

Diagrama 2

Círculo vicioso de pobreza, salud y violencia contra las mujeres



Fuente: Adaptación de World Bank Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large Scale Action, 2006, página 23.

¹⁹ Bhargava, A. (2001).

La evidencia empírica que apoya este análisis es dispersa; entre ella se puede citar que:

- Uno de cada cinco días laborables que pierden las mujeres por razones de salud es el resultado de problemas relacionados con la violencia doméstica.²⁰
- La violencia durante el embarazo tiene efectos severos en los hijos por nacer. Las agresiones físicas y psicológicas provocan mayores tasas de mortalidad prenatal e infantil²¹.
- Se estima que en el año 2001 ya existía más de 11 millones²² de niños huérfanos a consecuencia del VIH en África al sur del Sahara.
- Se estima que en el año 2005 en Tailandia existían 300.000 niños huérfanos de padres que murieron a consecuencia del VIH y que muchos de ellos estaban infectados con el virus. Lamentablemente los abuelos, parientes o amigos que se hacen cargo de estos niños no siempre tienen el tiempo suficiente para asegurar la adherencia de los niños al tratamiento de ART pues muchas veces tienen a su cargo varios otros niños.²³
- Existe evidencia de que los niños viviendo con el VIH tienen tasas más altas de enfermedades psiquiátricas, especialmente depresión y desórdenes de la conducta, que los niños que no están afectados por esta enfermedad.²⁴
- Un estudio en Costa de Marfil ha mostrado que el salario diario puede llegar a ser 19% inferior para los hombres cuya salud los hace perder un día de trabajo al mes en comparación con aquellos que son sanos. Similarmente un estudio en Bangladesh encontró que la mayor productividad de los hombres saludables les permitía acceder a trabajos mejor remunerados.²⁵
- En el estudio multi país sobre la violencia contra las mujeres de la OMS²⁶ se reporta lo siguiente:
 - La prevalencia de lesiones a consecuencia de la violencia por parte de la pareja varió entre el 19% (Etiopía) y el 55% (en la zona rural del Perú).
 - En Bangladesh, Etiopía y la zona rural del Perú, más de un cuarto de las mujeres lesionadas reportaron haber perdido la conciencia como resultado de la violencia por parte de su pareja.
 - En la mayoría de los casos analizados, las mujeres que alguna vez experimentaron violencia física o sexual, o ambas, reportaron con mayor probabilidad problemas de salud que aquellas mujeres que nunca experimentaron violencia por parte de su pareja. Las mujeres que alguna vez fueron abusadas manifestaron tener problemas al caminar y realizar sus labores cotidianas, sentir dolores, pérdida de la memoria, mareos, y abortos en las 4 semanas anteriores a la encuesta.
 - En todos los países se encontró una asociación entre la violencia física y sexual y los problemas de salud mental de las víctimas.

²⁰ Banco Interamericano de Desarrollo(1997).

²¹ Ibid.

²² Michael Todaro y Atephen C. Smith (2006), página 399.

²³ Ana Revenga, Mead Over, Emilio Masaki, Wieat Peerapatanapokin, Julian Gold, Viroi Tangcharoensathien, Sombat Thanprasertsuk (2006), página 66.

²⁴ Ibid, página 66.

²⁵ Ibid, página 39.

²⁶ OMS (2005), páginas 6-16.

IV. Eliminación de la VCM como un medio para reducir la transmisión heterosexual del VIH

La idea de que la prevención de enfermedades es más barata que su curación es ampliamente conocida. En el caso de la infección del VIH y su posterior desarrollo en SIDA no quedan dudas sobre esta afirmación, toda vez que los tratamientos para los enfermos que manifiestan síntomas del SIDA son sumamente costosos. El estudio sobre las prioridades de salud en países en desarrollo²⁷ estima que en África al sur del Sahara, el costo por cada AVISA (DALY) evitado de una intervención que promueva el uso de condones en el 100% de las poblaciones en riesgo de contraer VIH sería entre US\$19 y US\$205; mientras que el tratamiento con antiretrovirales costaría US\$1.500. En un estudio realizado por el Banco Mundial²⁸ se señala que si Tailandia no hubiera invertido en estrategias exitosas de prevención del VIH entre los años 1991 y 2002, los casos de VIH/sida hubiesen sido mucho mayores y el costo de tratamiento de la enfermedad hubiese escalado. El estudio estima que si no se hubiese invertido en prevención, Tailandia hubiese llegado a tener en el año 2005 7.7 millones de casos de VIH y 850.000 casos de SIDA; aproximadamente 14 veces más de los existentes luego de aplicar la estrategia de prevención. Con esta estrategia, Tailandia evitó un gasto de aproximadamente US\$18.6 mil millones en tratamiento en el período 2002-2012. La inversión en VIH (prevención y tratamiento) realizada por el gobierno de Tailandia en los años 90 fue significativa: US\$434 millones en dólares de 2002. Sin embargo, esta inversión en VIH/sida le permitió un ahorro de US\$18.6 mil millones en la década siguiente; es decir, cada dólar invertido en VIH le generó US\$43 de ahorro en el futuro.

Sin embargo, si bien es menos costoso prevenir la infección del VIH que proveer tratamiento a las personas viviendo con el VIH, en situación en las cuales las mujeres sufren de abuso y violencia por parte de sus parejas y no se encuentran en condiciones de negociar con ellas el uso de preservativos, las intervenciones que se enfocan sólo en la prevención del VIH no son eficaces. Muchas mujeres son vulnerables a la infección del VIH aún cuando no tienen comportamientos riesgosos; en algunos casos el matrimonio mismo constituye un factor de riesgo para ellas²⁹. Es por ello que se reconoce la necesidad de trabajar desde la perspectiva de género en un esfuerzo combinado de educación, empoderamiento y derechos de las mujeres para disminuir la violencia en contra de ellas. Sólo cuando disminuya la VCM, aumente su nivel educativo y existan leyes que protejan sus derechos se podrá revertir la tendencia actual de la transmisión heterosexual de la infección del VIH.

Tal y como se recomienda en el documento de base sobre Mujeres y SIDA de la reunión de los directores ejecutivos de los organismos internacionales³⁰:

“The World must recognize that HIV/AIDS and gender inequities are twin and intersecting challenges that must be confronted. Tangible ways in which development actors can work to expand women and girls’ possibilities and choices have been demonstrated; the key is to take actions to scale simultaneously combating HIV/AIDS, gender inequality and poverty”.

²⁷ Jamison Dean, Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anne Mills, Philip Musgrove (eds.), resumido en OPS (2007), página 7.

²⁸ Ana Revenga, Mead Over, Emilio Masaki, Wieat Peerapatanapokin, Julian Gold, Viroi Tangcharoensathien, Sombat Thanprasertsuk (2006), página xxv.

²⁹ <http://www.unfpa.org/hiv/women.htm>

³⁰ UNICEF (2005), página 5.

Bibliografía

- Bhargava, A. (2001) "Nutrition, Health and Economic Development: Some Policy Priorities" WHO. Commission of Macroeconomics and Health. Working Paper Series. No. WG1:1.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1997) "El costo de la violencia doméstica. Una sangría para las economías de la región" en <http://www.iadb.org/exr/IDB/stories/1997/esp/XV2c.htm>
- Bobadilla José Luis, Víctor Cárdenas, Bernardo Couttolenc, Rodrigo Guerrero y María Antonia Remenyi (1996) "Medición de los costos de la violencia". OPS. Washington D.C.
- Duncan Thomas & Elizabeth Frankenberg (2002) "Health, Nutrition and Prosperity: A Microeconomic Perspective". Bulletin of the WHO 80:106-113.
- Jamison Dean, Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anne Mills and Philip Musgrove (Eds.) (2006) Disease Control Priorities in Developing Countries 2nd. Edition. Oxford University Press y the World Bank también en <http://www.dcp2.org/pubs/DCP>
- Lopez Alan D., Colin D. Mathers, Majid Ezzati, Dean T. Jamison, and Christopher J. L. Murray (2006) "Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990-2001". Oxford University Press y World Bank. También en <http://www.dcp2.org/pubs/GBD>
- Luciano Diny (2007) "Explorando las intersecciones entre empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe". Development Connections, Washington D.C. en <http://www.dvcn.org/Documents/InterseccionesVIHVC2.pdf>
- ONUSIDA/OMS (2007) "Situación de la epidemia del SIDA: Informe especial sobre la prevención del VIH". ONUSIDA/OMS. Ginebra en [/www.universia.net.co/vih-sida/view-document/documento-648.html](http://www.universia.net.co/vih-sida/view-document/documento-648.html)
- OPS/OMS. (2007) "Perspectives in health". Volume 11 No. 11. OPS/OMS. Washington D.C.
- Over, Mead (1991) Economic for Health Sector Analysis: Concepts and Cases. Economic Development Institute del Banco Mundial, Washington D.C.
- Revenga Ana, Mead Over, Emilio Masaki, Wieat Peerapatanapokin, Julian Gold, Viroi Tangcharoensathien, Sombat Thanprasertsuk (2006) "The Economics of Effective AIDS Treatment – Evaluation Policy Options for Thailand". Banco Mundial. Washington D.C.
- The World Bank (2003) "HIV/AIDS in Central America; An Overview of the Epidemic and Priorities for Prevention". Washington D.C.
- The World Bank (2006) "Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large Scale Action". Banco Mundial, 2006. Washington D.C. en <http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1131636806329/nutritionstrategy.pdf>
- The World Bank (2007) "World Development Report 2007". Washington D.C.
- The World Bank (2008) "Rapid Analysis of HIV Epidemiology and HIV Response Data on Vulnerable Populations – Great Lake Region". Borrador en <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-110303715>.
- Todaro, Michael y Atephen C. Smith (2006) Economic Development (Ninth Edition). Pearson Addison Wesley.
- UNAIDS (2006) "2006 Report on the Global AIDS Epidemic". UNAIDS/WHO, Ginebra, en <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2006>.
- UNICEF (2005) "Women and AIDS: Background Paper to the Joint Meeting of the Executive Boards (UNICEF,WFP,UNFPA,UNDP) en www.UNICEF.org/about/execboard/files/2005
- WHO (2005) "Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women". Ginebra, en http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Cover.pdf

2. Lack of Empowerment: A Driving Force Behind the HIV and Violence Against Women Epidemics

La falta de empoderamiento: Un factor impulsor de las epidemias del VIH y la VCM

Anda Samson¹

In 2007, 2.1 million people died of AIDS, and worldwide 33.2 million people are now living with HIV. Despite recent numbers indicating that the HIV epidemic is levelling off, prevalence in the Caribbean, the second most affected area in the world, remains steady at 1%.² Although the decline seems to signify a real decrease in new infections in some sub-Saharan countries, in most countries the trend can be explained by other factors, such as a downward correction of estimates based on new statistical methods, or by a death rate that equals the rate of new infection.² Among young people in the Caribbean and sub-Saharan Africa AIDS remains the leading cause of death. AIDS is a disease caused by infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV).

This virus causes a failure of the immune system, usually many years after infection. Eventually this loss of immunity causes susceptibility to opportunistic infections, which are the main cause of death in AIDS patients. Infection can occur through various routes of contact with bodily fluids: mother-to-child, through infected blood transfusion products, the use of contaminated needles. By far the most prevalent route of transmission, though, is sexual intercourse.

A downward or stagnating trend in HIV prevalence among the general population may conceal a rise in HIV prevalence in a specific group or groups. In the absence of a vaccine, prevention continues to be the only way to slow the spread of HIV. Awareness of the pathways that can lead to the contraction of HIV provides insight into the specific populations at risk. Women in general – not just those in specific risk groups like sex workers or pregnant women – have shown to be a hidden risk group.

Feminization of the HIV Epidemic

What was once thought to be an exclusively male infection has become, over time, one with a more even distribution between the sexes. In 1990, females represented 30% of HIV-infected patients worldwide. By 1997 the proportion had risen to 40%.³ Today, women make up half the HIV-infected population worldwide.³ The steep increase in female infection is most acute in areas where heterosexual intercourse is the main route of transmission; in sub-Saharan Africa the proportion of HIV positive women grew from 50% in 1997 to over 60% in 2007, and in the Caribbean the proportion rose from 30% in 1997 to 50% in 2004⁴, remaining stable in 2007. When focusing on youth, the imbalance between male and female infection rates is even more clearly visible. In several sub-Saharan African countries, three quarters of HIV infected young people age 15-24 are female.⁵ In areas where the epidemic is driven by other means of transmission, such as intravenous drug abuse, the trend of feminization is less visible.

The pathways leading to a woman's higher likelihood to contract HIV are complex and include a variety of socio-cultural and physiological factors. Although women are physically more vulnerable to contracting HIV infection,^{6,7,8} this factor alone does not fully explain the feminization of the HIV epidemic. The process is driven by women's social and economic power disadvantages within relationships. Violence against women (VAW) has been increasingly named as a pathway to the uneven spread of HIV among

¹ Anda Samson. Medical doctor. Master's thesis "Connections between HIV and violence against women in Kenya. A broader view of empowerment issues." Leiden University/ PAHO. Academic coordinator of the course "Empowerment, HIV and VAW in the Caribbean". DVCN, CIM/OAS, CAFRA and UNIFEM. 2008. Email: anda.samson@gmail.com

² UNAIDS epidemic update 2007. Geneva, WHO/UNAIDS, 2007.

³ MMWR weekly November 30, 1990 / 39(47):845

⁴ 2004 report on the global AIDS epidemic. Geneva.WHO/UNAIDS, 2004.

⁵ UNAIDS epidemic update 2005. UNAIDS/WHO, Geneva, 2005.

⁶ Sagar M et al. Identification of modifiable factors that affect the genetic diversity of the transmitted HIV-1 population. AIDS 2004;18(4):615-9.

⁷ Wang CC, Reilly M, Kreiss JK. Risk of HIV infection in oral contraceptive pill users: a meta-analysis. J Acquir Immune Defic Syndr 1999, 21: 51-58

⁸ Cohen CR et al. Increased interleukin-10 in the the endocervical secretions of women with non-ulcerative sexually transmitted diseases: a mechanism for enhanced HIV-1 transmission? AIDS. 1999;13(3):327-32.

women.^{9,10,11,12} This type of violence is defined as: “any distinction, exclusion or restriction made on the basis of sex which has the effect or purpose of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise by women, irrespective of their marital status, on a basis of equality of men and women, of human rights and fundamental freedoms in the political, economic, social, cultural, civil or any other field.”¹³

A study in Rwanda, for example, showed that HIV positive women experienced more lifetime violence than HIV negative women.¹⁴ In Tanzania, a positive relationship was found between HIV and lifetime experience of partner violence among women visiting a voluntary counselling and testing clinic.¹⁵

Violence Against Women

Physical and sexual violence against women is most frequently, though not exclusively, perpetrated by a spouse or an emotionally close relative. This type of violence between intimate partners is far from rare. Heise et al showed in a 1998 study that worldwide, between 10 and 60% of women experience intimate partner violence, either sexual, physical or both, depending on the method of measurement.¹⁶ In a 2005 WHO study, these data were confirmed with a range of 15 to 71% of women having experienced physical abuse by their partners, depending on the country.¹⁷ Women physically abused by their partners almost always suffer emotional violence, too, and a third to one-half experience sexual violence.^{18,19} VAW is the underlying cause of a significant proportion of the health burden of women. These various negative health outcomes range from psychological and emotional battering, to serious bodily injury and even deadly consequences, such as HIV infection.^{20,21,22,23, 24}

Since HIV is transmitted via contact with bodily fluids, and most frequently via sexual contact, physical or emotional violence against women cannot be a direct cause for the uneven spread of HIV; However, since physical and emotional violence can create an atmosphere under which decision making about safer sexual conduct is compromised, and because these types of violence are often accompanied by sexual violence, they are an important part of the causal pathway towards HIV infection and must be taken into consideration when discussing HIV prevention strategies.

⁹ State of world population 2005. The Promise of Equality. Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals. New York. UNFPA, 2005.

¹⁰ Meel BL. HIV-seroconversion following sexual abuse. *J Clin Forensic Med.* 2005;12(5):268-70.

¹¹ Maman S et al. The intersections of HIV and violence: Directions for future research and interventions. *So Sci Med* 2000; 50: 459 – 78

¹² Intimate Partner Violence and HIV/AIDS. WHO/UNAIDS, information bulletin series number 1, 2002.

¹³ Convention on the elimination of all forms of discrimination against women, 1979

¹⁴ Van der Straaten A et al. Sexual Coercion, Physical Violence, and HIV Infection Among Women in Steady Relationships in Kigali, Rwanda *Aids Behav* 1998; 2 (1): 61-73

¹⁵ Maman S. et al. HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counselling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *Am J Public Health* 2002; 92: 1331 – 1337

¹⁶ Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women.* 1998;4(3):262-90.

¹⁷ WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva. WHO, 2005.

¹⁸ Ellsberg M, Pena R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med.* 2000;51(11):1595-610.

¹⁹ Coker AL, Smith PH, McKeown RE and King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* 2000 Apr;90(4):553-9

²⁰ Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78 Suppl 1:S5-14.

²¹ Staggs SL, Riger S. Effects of Intimate Partner Violence on Low-Income Women's Health and Employment. *Am J Community Psychol.* 2005;36(1-2):133-45.

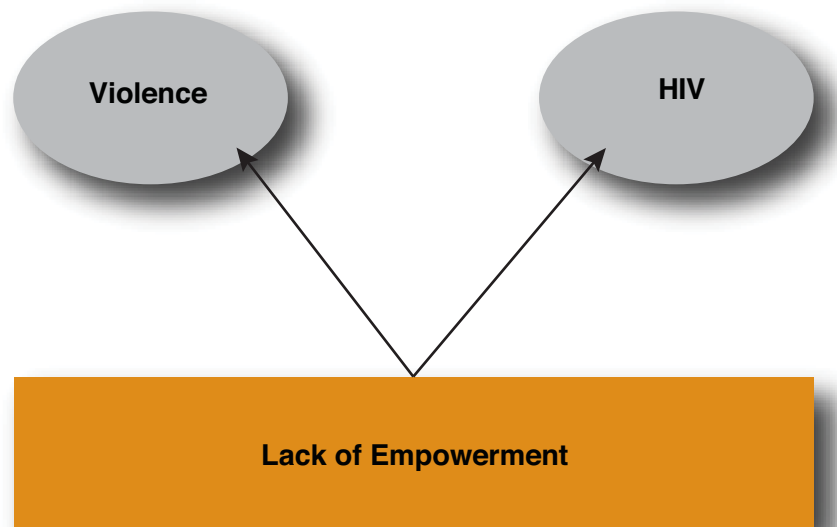
²² Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359:1331-6

²³ Diop-Sidibé N, Campbell JC, Becker S. Domestic violence against women in Egypt – wife beating and health outcomes. *So Sci Med* 2006 Mar;62(5):1260-77.

²⁴ Heise, L. Violence against women. The hidden health burden. World Bank discussion paper 255. The World Bank, Washington DC, 1994.

Empowerment and HIV

Figure 1: Lack of empowerment as a risk factor for violence and HIV



VAW in all its varieties itself seems to be a result of a lack of power and control many women experience within intimate relationships.^{25, 26} Empowerment refers to the process of gaining power over one's life in the widest scope imaginable, as well as to the outcome of that process as compared to the starting position.²⁷ In a situation of abuse, there is by definition a disturbed equilibrium of power between abuser and abused. Women lack empowerment in many different dimensions: economically, socially, physically, politically, and personally.²⁸

Without doubt a lack of empowerment itself cannot be a direct cause for HIV; in almost all cases the cause of transmission is unprotected sex, whether consensual or otherwise. A lack of empowerment does however create an environment where protection against HIV may be compromised, thus creating favourable circumstances for the virus to spread.

Since sexual contact is the major route of HIV transmission, control over sexual activities is an important tool to prevent infection. In the process of persuading a partner into sexual intercourse, the power disequilibrium encompasses more than sheer physical force. The threat of physical force, continuous psychological harassment compromising negotiation skills, economical dependency, or cultural convictions all contribute to a lack of power in sexual decision making.

Some women may experience violence when demanding the use of a condom, some may not even bring it up out of fear of violence, and some may be culturally inclined to consider sexual activity their duty. Others consent to unsafe intercourse because it is the only means by which their partner will grant them money for basic necessities.²⁹ A lack of empowerment is therefore a risk factor for the experience of violence with all its other negative health outcomes as well as specifically for infection with HIV.

Heise et al. developed a comprehensive model of four levels on which women lack empowerment, to explain the multidimensional process of violence against women. To eliminate violence against them, women need to be empowered on all four levels. For each level, various ways of interaction between HIV, violence against women and empowerment can be identified:

²⁵ Samson AD. Connections between HIV and violence against women in Kenya. Master thesis 2006. Unpublished.

²⁶ Kabeer N. Resources, Agency, Achievements. Reflections on the measurement of women's empowerment. Sida studies no 3. Sida, Stockholm, 2001.

²⁷ Kishor S, Jonson K. Profiling domestic violence: a multi-country study. ORC Macro. Maryland. June, 2004

²⁸ Fox AM et al. In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa. Violence Against Women. 2007;13 (6):583-602.

(1) The norms and laws that exist in a society; Norms granting men power over women exist in many societies, hindering refusal of any decision including sexual decisions. Public rejection of HIV positive people or myths about HIV also encourages sexual risk behaviour or refusal to be tested.

(2) Community characteristics; Driven by poverty, some women maintain sexual relationships in return for food, clothing or shelter.

(3) The characteristics of the relationship between perpetrator and victim, and communication styles; Wife-initiated condom use negotiation might raise suspicion of infidelity or could be seen as an act of distrust and may lead to violence within the relationship.^{30,31}

(4) Characteristics of the individual perpetrator and victim. The experience of IPV ever in a lifetime is connected to a higher degree of sexual risk taking.³²

It is clear from this model that empowerment is not a process for women alone. Empowerment is sex-neutral, however it always means gaining empowerment relative to someone else, in this case the male partner. The male partner thus needs to be involved in the process of women's empowerment.

In many countries for example, the pervasive cultural message exists that marriage in itself is a form of protection against HIV. This has created a false sense of security among married women – and men – about their risk. In keeping with these beliefs, preventive efforts have mostly been directed at those groups considered to be at greatest risk for contracting HIV, for example men having sex with men, prostitutes, intravenous drug users and pregnant women.

As a result women and men in the general population, especially married women and women in long-term relationships, have been neglected as a risk group for contracting HIV and have therefore benefited less from public education and sensitisation efforts. A 2005 study in Cambodia showed, for example, that an estimated 45% of new HIV infections now occur among married couples.³³ In Chinandega, Nicaragua, married women are twice as likely as sex workers to be infected with HIV.³⁴ Women may understand preventive messages telling them the importance of using a condom during sex; however, when they lack the power to demand this of their partner it is a lost effort. In building prevention programmes, it is of vital importance to keep in mind the four dimensions of discrepancies in empowerment between men and women. To do otherwise will lead to failure of these programmes.^{35, 26}

Conclusion

Differences in empowerment give rise to two public health epidemics with grave effects on the world population, namely HIV and violence against women. Many steps will need to be taken to counter the trends in both issues. Prevention programmes should be tailored towards both men and women, and need to take into account the different dimensions of a lack of empowerment of women. More research is necessary to monitor the effects of these programmes, in order to continually improve efforts to erase HIV as well as violence against women.

²⁹ Go et al. When HIV prevention messages and gender norms clash: the impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of chennai, India. *AIDS Behav* 2003;7 (3) 263 -72

³⁰ Wingood GM, DiClemente RJ. The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. *Am. J Pub health* 1997;87 (6)

³¹ Bogart L. et al. The Association of Partner Abuse with Risky Sexual Behaviors Among Women and Men with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior* 2005; 9 (3)

³² Duvury and Knoes. Gender Based Violence and HIV/AIDS in Cambodia Links, Opportunities and Potential Responses. GTZ. Eschborn, August 2005

³³ AIDS epidemic update 2005. Geneva. WHO/UNAIDS, 2005.

³⁴ Pettifor AE et al. A community-based study to examine the effect of a youth HIV prevention intervention on young people aged 15-24 in South Africa: results of the baseline survey. *Trop Med Int Health*. 2005; (10):971-80.

³⁵ Shisana O and Davids A. Correcting gender inequalities is central to controlling HIV/AIDS. *Bull World Health Organ*, Nov. 2004; 82 (11): 812.

Reinterpretando la violencia desde la perspectiva de las mujeres viviendo con el VIH

Nizarindandi Picasso¹

Varios estudios muestran que la violencia puede ser una causa y consecuencia de la transmisión del VIH en las mujeres.² Esta relación dual entre ambos problemas establece un continuum en el que interactúan factores políticos, económicos, culturales, comunitarios y de relaciones sociales que obligan a revisar permanentemente las formas en que estos vínculos se expresan. El movimiento de mujeres ha logrado visibilizar las distintas formas de violencia obteniendo avances importantes en su definición y medición. Actualmente, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (ALC) cuenta con leyes, programas, redes de atención e investigación que servirán de base para su progresiva erradicación. Sin embargo, las especificidades de los distintos grupos de mujeres deben ser consideradas al momento en que se establecen estas estrategias ya que la violencia contra las mujeres (VCM) no es un problema estático y, además, adquiere matices diferenciados según determinadas circunstancias y contextos. En este sentido estimamos que las experiencias de las mujeres viviendo con el VIH (MVVS) pueden aportar nuevos elementos para su análisis y abordaje en las políticas y programas. Las reflexiones presentadas a continuación han sido expresadas por las MVVS en distintos escenarios y diseminadas a través de diversos medios; en este documento sólo he intentado agruparlas y colocar las voces de las mujeres para graficar nuestras experiencias. La mayoría de las MVVS han vivido alguna forma de violencia: física, emocional, económica, psicológica; y una vez que reciben un diagnóstico positivo al VIH todas estas formas de violencia se acentúan o se viven las que antes no se habían vivido.

“Yo era huérfana. Cuando era niña me recogieron cinco mujeres y en todos los casos fui golpeada, castigada, me dejaban sin comer y sin tomar agua si no realizaba las labores domésticas como me pedían o cometía un error. Sufrí abuso sexual a los 13 y a los 14 años. Nunca busqué ayuda porque cada vez que la buscaba me iba mal, no tenía familia y no sabía a quién recurrir. Cuando viví en la calle, vivía mejor, me sentía segura porque mis compañeros me ayudaban y protegían. Mi marido me golpeaba, me decía groserías: que nunca iba a salir adelante y que me iba a morir de hambre. Nunca permití que golpearan a mis hijas. Cuando me dieron mi diagnóstico positivo al VIH, no me preocupé por mí, yo era una piedra, ya no me dolía nada, solo pensé en mi y cuando me dieron el diagnóstico de cáncer avanzado, el médico me dijo: ¿Qué vamos hacer? y yo dije: una enfermedad más que llega a mí gracias a Dios. ¿Porqué voy a maldecir algo que ya tengo y no se me va a quitar? Todo lo bueno que yo aprendí fueron experiencias de lo malo. Si yo no tuviera el VIH, seguiría soportando a mi marido que me estuviera golpeando y sin embargo ahora estoy aprendiendo de la lucha. Aprendí a escribir, a ayudar a mis compañeros, a vivir bien y a quererme a mí misma. Ahora ya puedo identificar la violencia y hacer algo, tengo más conocimiento y ya sé adónde puedo acudir y no permitir que nadie me golpee o me humille porque ya sé cuáles son mis derechos.”

I. El VIH, la violencia y el ciclo de vida de las mujeres

El análisis de la violencia en la vida de las MVVS debe integrar las distintas experiencias a lo largo del ciclo de vida porque ellas interactúan entre sí, incrementando de esta forma, la vulnerabilidad frente a distintas formas de violencia y al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Un ejemplo de ello lo constituye la relación de la violencia en la niñez con otras formas de violencia como la prostitución forzada y la trata y tráfico de personas. Aunque no se puede establecer una relación causal directa entre ambos problemas, es interesante observar cómo en varios estudios en la población de trabajadoras sexuales se reporta de manera reiterada experiencias de abuso sexual, maltrato, abandono y negligencia en la niñez. Nuestras experiencias de violencia en la niñez y adolescencia reducen nuestras capacidades para protegernos; lo que nos coloca frente a un riesgo mayor frente al VIH y otras ITS. Muchas veces la violencia se vive desde la infancia en el hogar y generalmente es ejercida por las figuras masculinas como los padres, hermanos, entre otros. La violencia también se ejerce en contra de las madres, las hijas y con los varones que tienen

¹ Nizarindandi Picasso. Licenciada en Lenguas y Literatura de Lenguas Hispánicas. Actual gerente de la oficina de Mujeres y VIH de la Iniciativa de Políticas en Salud, México, D.F. Miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH (ICW/México). Correo electrónico: nizza_picasso@yahoo.com.mx

² Luciano, Dinsy. Explorando las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Development Connections. Washington DC, 2007.

actitudes femeninas; y se reproduce en un continuo cotidiano y es tan cotidiano que se ve, se siente y se vive como algo normal. Pocas veces los individuos que ejercen la violencia y quienes la sufrimos, tenemos acceso a programas de apoyo y de atención para prevenirla, disminuirla y, en el mejor de los casos, eliminarla.

Por otro lado, la falta de información y el acceso a ésta dificulta el reconocimiento de la violencia en las distintas etapas del ciclo vital y de sus consecuencias, por lo que es necesario estudiar las relaciones entre la percepción de riesgo frente al VIH y la reinfección en el caso de las MVVS y las experiencias de violencia. Desafortunadamente, el VIH se transforma en el medio a través del cual las mujeres llegamos a reconocer la violencia en nuestras vidas. *“En la mayoría de los casos las mujeres refirieron que sufrieron alguna forma de violencia, podían verla, les molestaba, pero no la identificaban y esto les dificultaba la posibilidad de buscar ayuda. Aprendieron a reconocerla una vez que recibieron un diagnóstico positivo al VIH.”*

El despojar que genera la violencia y otras expresiones de desigualdad de género en la historia de vida de las mujeres constituyen factores de riesgo poco abordados en las estrategias de prevención y atención al VIH, comprometiendo de esta forma, su eficacia. La incapacidad o el poco interés que tiene el Estado en eliminar la VCM impiden que las pocas iniciativas o programas existentes cumplan y ejecuten con eficacia las funciones para las cuales fueron creados.

II. La violencia en las relaciones de pareja y el VIH

Las relaciones de pareja pueden ser el espacio a través del cual las mujeres adquieren el VIH y al mismo tiempo donde la violencia toma vida después del diagnóstico positivo al VIH.

a. Transmisión del VIH por parte de la pareja de manera intencional o por negligencia

Aunque en muchos países el marco jurídico sobre el VIH establece que las personas que conocen su estado serológico deben comunicarlo a su pareja, de manera reiterada las MVVS reportan que sus esposos/compañeros sabían que vivían con VIH y nunca se lo comunicaron, manteniendo relaciones sexuales sin protección. Mujeres de todos los países de ALC relatan que llegaron a conocer sobre su estado serológico a través de los servicios de atención pre y posnatal o cuando sus hijos morían a consecuencia de enfermedades asociadas al VIH. La pareja niega haber sido el primero en infectarse y acusa públicamente a la mujer de haber llevado el VIH a la familia y haberlo contagiado a él y a los hijos. Debido al estigma social, esta acusación se transforma en descrédito de las mujeres en la familia y la comunidad lo que a su vez conlleva a otras experiencias de violencia en la vida de las MVVS.

Por otro lado, muchas mujeres creemos que la pareja puede adquirir VIH sólo con otra mujer o una trabajadora sexual, desconociendo la posibilidad de que nuestra pareja puede estar teniendo relaciones con otros hombres.

b. Episodios de violencia física y sexual por parte de la pareja después del diagnóstico positivo

Las MVVS enfrentamos el riesgo de violencia física y sexual por parte de la pareja una vez declaramos nuestro estado serológico. En los Estados Unidos de América, 4 de 20 estudios reportan que las mujeres estudiadas experimentaron violencia como consecuencia de la notificación de los resultados de la prueba del VIH, en promedio un 8%, entre 3,2% a 24%; y algunos autores indican que las mujeres con historial de violencia física o sexual tienen más probabilidad de sufrir violencia como resultado de la notificación de su condición serológica.³ En ALC escuchamos con frecuencia que las parejas generalmente las humillan, las acusan de infidelidad, les dicen que ya no sirven para nada, y que no las quieren. Otras reportan que las abusan sexualmente como forma de castigo.

c. Inhabilidad para negociar relaciones protegidas

La violencia también reduce nuestras posibilidades de negociar el uso del condón con la pareja porque en las relaciones marcadas por la violencia, el hablar de sexo seguro nos pone en riesgo de sufrir más agresiones, e incluso riesgo de perder la vida. La falta de poder nos expone a la infección y a la reinfección: *“Al no haber aprendido a negociar el condón, nos exponemos a las reinfecciones.”* La violencia también reduce nuestra capacidad de percibir el riesgo o bien cuando lo percibimos estamos imposibilitadas de protegernos frente al riesgo de la reinfección, la adquisición de otras ITS así como de embarazos no deseados.

³ OMS, 2003. Gender Dimensions of HIV Disclosure to Sexual Partners: Rates Barriers and Outcomes. Ginebra.

d. Violencia psicológica y orientación sexual

La violencia que enfrentamos las MVVS en la pareja no es privativa de las relaciones heterosexuales y en parejas del mismo sexo pueden tener expresiones similares: *“Soy mujer lesbiana con el VIH. . . Mi ex pareja me golpeaba, me insultaba y me hacía sentir defectuosa, decía que tenía que darle gracias a Dios porque estaba conmigo.”*

La violencia en la pareja es uno de los principales obstáculos para el desarrollo de las mujeres porque perturba nuestras vidas, disminuye la confianza y afecta nuestra autoestima. Asimismo, limita la participación en la vida pública, restringe las opciones e impone restricciones a la información y a los servicios, al tiempo que constituye un atropello a nuestros derechos. Al igual que las mujeres que no viven con el virus, las MVVS no buscamos ayuda porque sentimos vergüenza o falta de confianza; o enfrentamos más violencia si lo hacemos. Consideramos la violencia en la pareja como algo privado, creemos que no tenemos alternativa; nos preocupamos por los hijos o porque tenemos la esperanza de que la pareja cambie.

III. Violencia en la familia y la comunidad

Algunas MVVS son agredidas por los miembros de la familia cuando éstos conocen su estado serológico. Asimismo, ante las dificultades que enfrentamos las MVVS para acceder a un trabajo, muchas nos vemos obligadas a regresar a la casa de familiares, generalmente con los hijos. Con mucha frecuencia la familia nos acoge, pero nos utilizan como trabajadoras domésticas sin remuneración.

Asimismo, muchas veces las MVVS tienen que huir de su comunidad porque son agredidas o sus hijos ya que aunque éstos sean negativos son agredidos y expulsados de las escuelas. Esto además aumenta el círculo de vulnerabilidad social porque nos vemos obligadas de abandonar nuestro patrimonio y asumir los altos costos de movilización hacia otras zonas geográficas.

IV. Violencia autoinflingida en MVVS

No sólo recibimos violencia desde las personas con quienes interactuamos y los espacios en que nos desenvolvemos, también hemos aprendido a manejar las experiencias de violencia previas dañándonos a nosotras mismas. Nos autoinflingimos violencia a través de la falta de autocuidado, de conductas autodestructivas y, muchas veces, a través de ideas e intentos suicidas. Un diagnóstico positivo al VIH desencadena una serie de sentimientos tales como miedo, dolor, coraje, rabia, impotencia y auto desvalorización que se convierten, a su vez, en impulsores de conductas dañinas. Una mujer activista con VIH refiere que la violencia puede ser ejercida por nosotras mismas o desde fuera, cuando nos culpamos y flagelamos por ser VIH positivas. *“Nos auto castigamos cuando no aceptamos el tratamiento o ponemos resistencia a la adherencia.”*

V. Violencia inter, intragenérica y entre pares

Las MVVS enfrentamos violencia por parte de hombres y mujeres en la sociedad en general que no viven con el virus pero también por parte de las PVVS. Debido al estigma y la discriminación prevalentes, algunas personas que no están o no saben que están viviendo con el VIH, reproducen los valores predominantes que colocan la responsabilidad de la infección por VIH en las PVVS, en lugar de las estructuras sociales, políticas y culturales que caracterizan a la enfermedad. Las ideas de que el VIH es un problema de determinados grupos socialmente estigmatizados como las trabajadoras sexuales, los usuarios de drogas, y los hombres que tienen sexo con hombres, provoca que la sociedad en general nos visualice como la causa del problema y no como el reflejo y consecuencia de la desigualdad.

Esta situación puede empeorarse cuando se agrega la discriminación por la orientación sexual. *“Ser diferente te hace vulnerable a la violencia: Soy una mujer lesbiana con VIH, adquirí el virus en una transfusión. He recibido violencia de las mujeres heterosexuales por ser diferente, de las mujeres lesbianas porque si me infecté quiere decir que ando con hombres.”*

VI. Violencia en los servicios de salud

Además de la violencia ejercida por la pareja, la familia, la comunidad y el lugar de trabajo, las MVVS enfrentamos la violencia ejercida por las instituciones de salud encargadas de la atención de las PWS. Las formas de violencia en los servicios de salud son, entre otras, son las siguientes:

- a) Comunicar el resultado de una prueba de VIH sin consejería previa y post a la prueba, como ocurre en la mayoría de los casos.
- b) Violación de la confidencialidad ya que en algunos casos entregan los resultados primero a la pareja, o a la familia y no a la mujer.
- c) Trato agresivo y discriminatorio, incluyendo la negligencia profesional frente a las necesidades específicas de las MVVS.
- d) Negar la atención en los servicios de salud a mujeres embarazadas. A muchas se les ha obligado a parir solas en sus casas porque los hospitales no quieren hacerse responsables de atender el parto.
- e) Aborto y anticoncepción forzados: A algunas MVVS se les coacciona a abortar o a someterse a métodos de anticoncepción definitivos sin tomar en consideración si la mujer ya tiene hijos o desea tener más. Cuando una MVVS solicita en los hospitales que se le proporcione información sobre los métodos anticonceptivos que puede utilizar, se le niega dicha información o el acceso a estos métodos porque los proveedores de los servicios de salud asumen, piensan o deciden que si eres una MVVS ya no ejerces tu sexualidad. Si quedas embarazada, estás sujeta a una serie de juicios y señalamientos por atreverte a embarazarte siendo una MVVS.

El estigma y discriminación al que hay que enfrentarse cada vez que una mujer debe utilizar los servicios de salud genera un desgaste emocional apabullante. Desde hospitales que te piden que lleves tu espejo vaginal desechable a diferencia de las mujeres que no saben si viven con el virus o lo saben y no lo dicen, hasta largas horas de espera ya que hay médicos que te citan a las 7:00 a.m. para terminar atendiendo a las 14:00 hrs. sólo por ser una MVVS.

VII. Prácticas empresariales y derechos de las MVVS

Muchas de las MVVS pierden su empleo y tienen pocas posibilidades de conseguir otro. Nos acosa el temor de solicitar a un puesto de trabajo ya que muchas empresas realizan pruebas de VIH sin el consentimiento de las solicitantes y, por lo tanto, corremos el riesgo de no ser contratadas. Si bien está prohibido realizar estas pruebas, se siguen practicando. En ocasiones, somos coaccionadas a renunciar al empleo y de esta forma perder el derecho a una pensión justa que nos permita sostenernos. También perdemos toda posibilidad de acceder a prestaciones tales como a adquirir una vivienda en un sistema de interés social. Enfrentamos muchos obstáculos para vivir una vida digna y muchos de ellos están relacionados con la violencia que vivimos a nivel interpersonal, comunitario, institucional y laboral. A veces es la pareja quien fallece primero y la mujer se ve obligada a asumir la responsabilidad de cuidarla, atenderla y sepultarla. Una vez pasado este proceso, las MVVS quedan sin un apoyo económico o de seguridad social que las proteja y sin posibilidades de acceder a un trabajo digno. Las prácticas empresariales discriminatorias contra las PWS constituyen una forma institucional de violencia que afecta particularmente a las mujeres ya que cumplimos socialmente con el rol de ciudadoras y luego que nuestras parejas mueren debemos asumir la crianza de los hijos solas y con opciones muy limitadas de acceso al trabajo.

VIII. Mirando hacia el futuro: ¿Cómo atender integralmente la VCM y el VIH?

- a. Promover y difundir los derechos humanos de las mujeres, así como las leyes que existen para prevenir y erradicar la violencia contra nosotras.
- b. Monitorear continuamente el impacto que tiene en la población la promoción y la difusión de las leyes que protegen sus derechos; y monitorear que estas leyes se cumplan.
- c. Solicitar al Estado que destine recursos equitativos y en igualdad de oportunidad para las mujeres.
- d. Proporcionar capacitación continua a los servidores públicos para que ejecuten sus funciones conforme a la ley y en caso de no hacerlo sancionarlos y/o inhabilitarlos para el servicio público.
- e. Fortalecer los programas que ya existen para prevenir y eliminar la VCM y que los mismos sean integrados a las estrategias de prevención y atención del VIH.
- f. Realizar campañas específicas para mujeres de prevención de VIH en las cuales se visibilice cómo la violencia nos hace vulnerables a la transmisión del virus.
- g. Crear programas de educación continua que fomenten el apropiamiento de los derechos humanos y de las leyes que protegen a las mujeres para que estos sean reconocidos por ellas y se sientan como sujetos de derecho. Que estos programas sean diseñados y adecuados para que las mujeres de todas las edades puedan acceder a ellos.
- h. Solicitar al Estado que sancione a todos los medios de comunicación que fomenten, refuercen y reproduzcan la violencia hacia las mujeres como algo válido y aceptado.
- i. Crear programas de apoyo y facilitar el acceso a estos para que las personas que ejercen la violencia y las víctimas de ésta sean atendidas.
- j. Las OSC con trabajo en mujeres, VCM y VIH pueden realizar intervenciones colaborativas y solidarias para optimizar esfuerzos y no duplicar recursos.
- k. Crear redes de apoyo y vigilancia para que las MVVS se sientan apoyadas y protegidas cuando decidan denunciar la violencia de la cual están siendo víctimas.
- l. Inclusión de las poblaciones afectadas por el VIH en la toma de decisiones y en la elaboración de políticas que ayuden a reducir el impacto de las consecuencias de la violencia en las mujeres.

“No provocar violencias abruptas con las mujeres, tomar pequeños pasos y hacer cambios paulatinos, cuando queremos hacer cambios abruptos no nos damos cuenta que estamos provocando y generando violencia.” (Palabras de una compañera activista en VIH de Ciudad Juárez.)

Sección II: Grupos específicos, necesidades específicas

Section II: Specific Groups, Specific Needs

Intersecciones entre el VIH y la violencia contra las adolescentes y jóvenes

Florencia Aranda¹

A nivel mundial, los y las adolescentes y jóvenes representan casi una cuarta parte de todas las personas que viven con el VIH y la mitad de todos los nuevos casos². Según datos del ONUSIDA, el aumento del VIH es aún mayor entre las niñas y las adolescentes, y las mujeres jóvenes constituyen aproximadamente el 60% de todas las personas entre 15 y 24 años que viven con el VIH/sida. Las jóvenes tienen 1,6 veces más probabilidades de infectarse que los hombres de su misma edad. La evidencia disponible indica que la edad es un determinante social de la transmisión del VIH en mujeres en todas las regiones del mundo.

- En África Subsahariana el 76% de las personas jóvenes que viven con el VIH son mujeres. En Zambia y Zimbabwe, las mujeres jóvenes tienen de 5 a 6 más probabilidades que sus pares masculinos³.
- En el Caribe las mujeres jóvenes tienen 2,5 veces mayor probabilidad de estar infectadas que los jóvenes⁴. Según un estudio en 2005, en Trinidad y Tobago los niveles de infección por el VIH son seis veces más altos entre las muchachas de 15 a 19 años que entre los varones de la misma edad⁵.
- En el Oriente Medio y África del Norte, las mujeres jóvenes tienen el doble de probabilidades de infección que los jóvenes⁶.
- En Asia meridional, de acuerdo con UNFPA, el porcentaje de mujeres jóvenes de 15 a 24 años con el VIH es del 62% frente al 38% de los varones.

La vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y niñas a la infección del VIH resulta de factores biológicos pero en especial de factores de orden social, económico y cultural, producto de las desigualdades de género, que las exponen a sufrir abusos de poder, violencia, a la pobreza, la marginación y la falta de educación. Biológicamente las niñas y adolescentes tienen mayor riesgo a infectarse con el VIH debido a que sus órganos genitales aún se están desarrollando y sus tejidos son más frágiles y por lo tanto más susceptibles a la infección. Sin embargo, los efectos de esta vulnerabilidad biológica podrían ser reducidos si las niñas y adolescentes pudiesen elegir libremente sobre sus cuerpos, sobre su sexualidad y sobre sus vidas.

Las intersecciones entre violencia y VIH en niñas y adolescentes son múltiples. En todo el mundo las niñas y adolescentes son víctimas de violencia sexual, violencia familiar, violencia durante el noviazgo, trata y explotación sexual, violaciones en conflictos armados, así como de prácticas culturales nocivas como la mutilación genital, que aumentan su vulnerabilidad al virus. Debido a su condición de mujeres y jóvenes, sus voces no son escuchadas, sufriendo los efectos de una doble discriminación que amenaza sus vidas.

Violencia sexual y el VIH - niñas y adolescentes las más vulnerables

Las tasas de violencia sexual en esta población son cada vez mayores; en el mundo las niñas y las adolescentes son víctimas de violaciones y abusos sexuales que atentan contra su integridad física y psicológica y contribuyen directamente a la propagación de la infección por VIH. Se calcula que 40 millones de niños y de niñas son objeto de abuso todos los años en todo el mundo⁷. Una encuesta nacional realizada entre alumnas de escuela secundaria en Kenya observó que un 40% de todas aquellas que dijeron haber tenido una relación sexual, indicaron que su primera experiencia había sido por la fuerza o que “las engañaron para tener

¹ Psicóloga, educadora en programas de prevención del VIH con adolescentes en FEIM, Argentina. Correo electrónico: arandaflorencia@yahoo.com

² UNAIDS. At The Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions. New York: UNAIDS Inter-Agency; 2004.

³ IPPF, UNFPA, Young Positives. Change, Choice and Power: Young Women, Livelihoods and HIV Prevention. Literature review and case study analysis. IPPF, UNFPA, Young Positives; 2007.

⁴ Idem 2.

⁵ ONUSIDA. OMS. Situación de la epidemia del SIDA : 2005. París: ONUSIDA; 2005.

⁶ Idem 2.

⁷ WHO. Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the links between human rights and public health. Geneva: World Health Organization; 2001.

relaciones sexuales⁸. En el Caribe el 47% de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales, informan que su iniciación sexual fue forzada⁹. En Perú el 45% de las adolescentes mientras que en Brasil el 14% de las adolescentes que viven en las zonas urbanas informan que su iniciación sexual fue forzada¹⁰.

Un alto porcentaje de la violencia sexual ejercida contra niñas y adolescentes ocurre dentro de la familia, siendo perpetrada por el padre, padrastro, familiar o pareja. La violación intrafamiliar de niñas y adolescentes es un tema que todavía hoy aparece invisibilizado. Si bien se cuentan con datos estadísticos sobre embarazos precoces y de adolescentes existe poca información acerca de las circunstancias que llevaron a los embarazos de niñas de 12 o 13 años. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2000) de Perú cita estudios en donde se estima que 6 de cada 10 embarazos en niñas de 11 a 14 años son producto del incesto o la violación¹¹. Las niñas y adolescentes que padecen de abuso sexual y violaciones intrafamiliares tienen menos probabilidades de buscar y, por lo tanto recibir, atención médica y profilaxis post exposición al VIH, debido a las amenazas y manipulación ejercidas por el agresor que hace que mantengan el abuso en secreto. Debido a que los abusos y violaciones intrafamiliares suelen repetirse en forma crónica, y los agresores suelen ser adultos que mantienen relaciones sexuales con otras parejas, existe un alto riesgo de infección.

“Mi tío solía golpearme con cables de electricidad. Antes de vivir con mi tía y tío, vivía con la hermana mayor de mi mamá, y mi hermano solía llevarme a los arbustos. Entonces me violaba. Yo tenía 8 o 9 años. Tenía miedo. Él me decía que iba a golpearme si yo le contaba a alguien”¹². (Relato de niña africana de 12 años, Human Rights Watch, 2005)

Otra de las manifestaciones de la violencia contra las mujeres a las que están expuestas las adolescentes, es la violencia durante el noviazgo, problemática que aún no ha sido incorporada por los programas y políticas de prevención de la violencia y del VIH dirigidos a adolescentes. Cuando hablamos de violencia en la pareja se tiende a asociarla con estructuras de relación íntima de tipo formal, como lo son el concubinato o el matrimonio; sin embargo, un gran número de adolescentes son abusadas física, sexual y psicológicamente por sus novios. En 2005, un estudio realizado en un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, señalaba que “alrededor del 50% de las chicas que comenzaron su vida sexual entre los 13 y 16 años, dijeron que no querían tener sexo a esa edad, pero aceptaron bajo algún tipo de presión, que va desde la violación hasta la amenaza de abandono por parte del novio”¹³. Las adolescentes y mujeres jóvenes que padecen este tipo de violencia, carecen del poder necesario dentro de la relación para negociar el uso del preservativo, lo cual las expone en forma directa al VIH.

“El tenía 23 años y yo 16. Estábamos en casa de la madre de él, con un grupo, escuchando música. De golpe, cerró la puerta de la pieza, me desvistió y me quedé paralizada.... Era más fuerte que yo”. Yanina A., 17 años, publicado en Diario Clarín. La primera vez., Oct. 3, 2005, Argentina.

En situaciones de conflicto armado, la violencia sexual es aún más elevada. La violación ha sido y es utilizada como un arma de guerra con el fin de torturar, aterrorizar, humillar, obtener información y ejercer poder sobre las mujeres y niñas, así como con la finalidad de destruir a las comunidades a las que pertenecen. Las niñas y adolescentes que sufren violaciones en situaciones de conflicto armado no reciben el tratamiento médico adecuado y tienen mayor probabilidad de sufrir daños permanentes en sus órganos genitales así como contraer el VIH y demás ITS. En el genocidio de Rwanda de 1994 se estima que entre 250.000 y 500.000 mujeres y niñas fueron violadas. En un estudio realizado por AVEGA, de las mujeres encuestadas víctimas de violación durante el genocidio, un 67% había contraído el VIH¹⁴.

“Nací en 1973. Estaba en 4^{to} año de la escuela secundaria al momento del genocidio. Fui violada por varios hombres. Me convirtieron en su esclava sexual durante toda la guerra. (...) Yo era virgen cuando me violaron. Era joven y nunca había estado con un hombre. Desde esa esclavitud sexual, nunca he estado con otro hombre. Hace tres años que sé que tengo VIH, ¿de dónde crees que lo obtuve? Yo era una estudiante, tenía un futuro por delante, me quitaron todo, mataron a mi familia y me dieron la muerte.”

⁸ UNICEF. Las niñas, el VIH y la educación. Nueva York: UNICEF; 2004.

⁹ OPS-OMS. Descubriendo las voces de las Adolescentes. Definición del Empoderamiento desde la perspectiva de las Adolescentes. OMS; Borrador 2006.

¹⁰ Idem 8.

¹¹ CEPAL. Ni una más, El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe. CEPAL, 2007.

¹² Human Rights Watch. A Dose of Reality: Women's Rights in the Fight against HIV/AIDS. New York: Human Rights Watch, 2005.

¹³ Downes P. Iniciación Sexual: La mitad de las chicas debuta presionada. Clarín 2005 Oct. 3. Secc. Sociedad.

¹⁴ Global Coalition on Women and AIDS. Sexual violence in conflict settings and the risk of HIV/AIDS. Global Coalition on Women and AIDS, 2004.

Trata y explotación sexual de niñas y adolescentes

Las niñas y adolescentes en situación de explotación sexual, no sólo deben soportar violaciones y vejaciones de manos de los clientes, sino que además padecen todo tipo de abusos por parte de sus captores, incluyendo violencia sexual. Recién en los últimos años se ha comenzado a documentar y hacer visible el número de niñas y adolescentes que son secuestradas, engañadas, abusadas y esclavizadas con la finalidad de explotarlas sexualmente. Se estima que de entre 100.000 y 200.000 mujeres y niñas nepalesas son forzadas a trabajar en la India; la mayoría de ellas no alcanzan los 18 años¹⁵ Aproximadamente 10.000 mujeres y niñas de países vecinos trabajan en establecimientos de comercio sexual en Tailandia. Gran cantidad de niñas de tan sólo 13 años de edad, principalmente de Asia y Europa Oriental, son objeto de la trata como “novias en venta por correo”¹⁶.

“Soy Janaina, nací en Recife, Pernambuco en 1976. De niña sufrí muchos malos tratos de mi madre y sus compañeros. A los 9 años fui “vendida” a una mujer que se convirtió en mi madre adoptiva. Me llamaba Sandra, me cambió el nombre. Me crié como su empleada doméstica y a los 13 años me obligó a prostituirme. Cuando pude me fugué al interior de Pernambuco donde trabajé como prostituta. Me embaracé dos veces. Durante el segundo embarazo me hicieron el test para el VIH, dio positivo”. Testimonio de Janaina, Pernambuco, Brasil en “Las mujeres no esperamos: Acabemos la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA, YA!, Publicación para América Latina y el Caribe”, FEIM, Gestos, ActionAid, RSMLC y IAWC, 2007.

Aún cuando las intersecciones entre esta forma de violencia y el riesgo de adquisición del VIH en niñas y adolescentes son innegables, son pocos los estudios y datos que reflejen estos vínculos. Un estudio de la Asociación Médica Americana realizó un seguimiento en niñas nepalesas explotadas sexualmente, de las cuales un 38% resultaron infectadas con el VIH. Del mismo grupo estudiado, de las 33 niñas menores de 15 años que fueron esclavizadas y explotadas sexualmente, más de la mitad había contraído el VIH¹⁷.

En general, las niñas y adolescentes en situación de trata y explotación sexual no denuncian a sus captores debido a las constantes amenazas hacia ellas y sus familias. Asimismo, raramente acceden a servicios de salud, lo cual las coloca aun más en situación de vulnerabilidad frente al VIH/sida.

Niñas y adolescentes casadas en riesgo frente al VIH/sida

En los países en vías de desarrollo, la práctica del matrimonio a edades tempranas continúa siendo común; 82 millones de niñas en estos países que actualmente tienen entre 10 y 17 años estarán casadas antes de cumplir los 18 años¹⁸. En muchos países las niñas y adolescentes son obligadas a contraer matrimonio y luego forzadas por sus esposos a tener hijos, muchas veces a edades prematuras, resultando en un riesgo para su salud física y psicológica. En otros casos se ven forzadas por la pobreza, la falta de opciones y la violencia en el hogar. En Asia y África, el 50-60% de las muchachas se casa antes de cumplir los 18 años. En la mayoría de los países, las adolescentes (15-19 años) tienen como mínimo el doble de probabilidades de estar casadas que los muchachos. En el Brasil, la probabilidad de que una muchacha esté casada es cinco veces mayor, y en Kenya, 21 veces mayor¹⁹.

Las jóvenes y niñas casadas se enfrentan a un alto riesgo de infección por el VIH, tienen mayores probabilidades de ser víctimas de violencia, tienen menos acceso a información acerca del VIH que sus pares solteras y tienen una gran dificultad para negociar el uso del preservativo dentro de su relación de pareja. Asimismo, sus esposos suelen ser hombres mayores, con una vida sexual anterior, y en algunos casos paralela y por lo tanto con mayores probabilidades de estar expuestos al VIH. En Uganda, según un estudio,

¹⁵ Action Canada for Population and Development. Tráfico de niñas. ACPD, 2002.

¹⁶ Idem 14.

¹⁷ Puente Beresford L. A la , ‘infame esclavitud sexual’ de niñas, se suma el VIH/SIDA. Criterios Periodismo Independiente 2007 Agosto 3. Secc. Salud Sexual.

¹⁸ UNFPA. El Estado de la población mundial 2003. Cap. 2 Desigualdad de género y salud reproductiva. UNFPA, 2003.

¹⁹ Global Coalition on Women and AIDS. Keeping the Promise: Agenda for Action on Women and AIDS. UNAIDS; 2006.

estaban casadas nueve de cada 10 (88%) mujeres VIH-positivas de 15-19 años²⁰. En Kisumu (Kenya) y Ndola (Zambia) se comprobó que los niveles de infección por el VIH entre muchachas casadas sexualmente activas de 15-19 años eran un 48% y 65% mayores, respectivamente, que entre sus homólogas no casadas²¹.

El matrimonio de niñas y adolescentes es una más de las tantas formas que adquiere la violencia basada en el género ya que es el resultado de prácticas culturales que se apoyan en la inequidad de poder entre hombres y mujeres y que resultan en la violación de sus derechos y en el aumento de su vulnerabilidad al VIH.

Mutilación genital femenina

La práctica de la mutilación genital femenina, es otro de los factores que contribuye a la propagación de la epidemia del VIH y SIDA entre niñas y adolescentes. Según Amnistía Internacional, “se estima que 135 millones de niñas y mujeres han sufrido la mutilación genital y que cada año dos millones de niñas corren riesgo de sufrirla, aproximadamente 6.000 cada día”. Esta práctica se realiza en alrededor de 28 países y en general afecta a las más jóvenes y es extremadamente riesgosa para la salud sexual y reproductiva, y psicológica de las niñas y adolescentes que la sufren. En general, la mutilación es realizada en condiciones no higiénicas, utilizando el mismo instrumento para diferentes niñas, exponiéndolas de forma directa a diversas infecciones que amenazan sus vidas, en particular al VIH/sida.

Sin acceso a la educación, una forma más de violencia hacia niñas y adolescentes

La violación del derecho de niñas y adolescentes a la educación a causa de distinciones de género es una forma más de violencia. En el mundo, 115 millones de niños y niñas no asisten a la escuela, de los cuales el 57% son niñas. En África Subsahariana, el 54% de las niñas no terminan la escuela primaria²², y en el Sur de Asia solo 1 de 4 jóvenes de 15 a 19 años han completado sus estudios primarios.²³

La educación es una de las formas más efectivas de prevención del VIH. En Uganda, según los datos arrojados por un estudio, los niños y niñas que finalizaban la escuela secundaria tenían 7 veces menos probabilidades de contraer el VIH que aquellos/as²⁴ no escolarizados/as. Las niñas y adolescentes que permanecen en la escuela desarrollan aptitudes y adquieren conocimientos que les permiten protegerse y reducir su vulnerabilidad a la infección del VIH.

Recomendaciones para políticas y programas de VIH/sida

Aquellas políticas y programas que tengan como objetivo garantizar el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH/sida deben incorporar como prioridad la lucha contra la violencia hacia las niñas y adolescentes mediante:

1. Diseño y financiación de programas de atención a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, que incorporen información y consejería en torno al VIH/sida.
2. Garantizar que las niñas y adolescentes víctimas de violación, en situación de paz o de conflicto armado, reciban la profilaxis post exposición al VIH y la anticoncepción hormonal de emergencia dentro de las 72 horas de ocurrida la violación.
3. Los programas de prevención del VIH/sida deben incorporar la educación sexual integral desde una perspectiva de derechos humanos y de género. La fórmula de abstinencia, fidelidad y uso del condón, no protege del VIH a aquellas niñas y mujeres jóvenes víctimas de violencia sexual, quienes no tienen posibilidad de elección o negociación alguna. La abstinencia tampoco es una opción para aquellas niñas y adolescentes forzadas a contraer matrimonio y satisfacer a sus esposos.
4. Capacitar al personal de los programas de atención y prevención del VIH, acerca de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra niñas y adolescentes y de temáticas en particular como la violencia en el noviazgo y matrimonio temprano.
5. Promover el empoderamiento de las niñas y jóvenes mediante el acceso a la educación, información sobre sus derechos e inclusión en los programas de prevención dirigidos a sus pares.

²⁰ Idem 18.

²¹ Idem 19.

²² UNAIDS. UNFPA. UNICEF. Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis. UNAIDS, UNFPA, UNICEF; 2004.

²³ Idem 21.

²⁴ Idem 21.

La violencia y el VIH en las mujeres privadas de libertad

Carlos Güida Leskevicius¹

I. Las mujeres en las cárceles...una población invisible

Históricamente, la mayoría de los análisis y de las acciones sobre la población carcelaria han sido androcéntricos, justificándose por los elevados porcentajes de varones encarcelados. La población carcelaria femenina ha crecido significativamente, pero el análisis de sus condiciones y necesidades específicas han sido escasamente abordadas, aunque el ONUSIDA ha reconocido que las cárceles constituyen un ambiente propicio para la violencia sexual y la propagación del VIH.² En comparación con los varones, la proporción de mujeres en cárceles es más baja. En 2006 en Panamá, la Defensoría del Pueblo encontró que el porcentaje de mujeres en prisión es de 6,8% del total.³ En 2004, en Ecuador las mujeres representaban el 10,2% de la población penitenciaria.⁴ Las estadísticas del año 2000 sobre criminalidad en Inglaterra indican que el 19% de los ofensores eran mujeres.⁵ En Estados Unidos de América (2004), según el FBI (FBI's Uniform Crime Reporting), las mujeres representaban el 23,2% del total de arrestos y en 2003, el 20,4% de todas las mujeres arrestadas eran mujeres menores de 18 años.⁶

Las mujeres también viven situaciones de privación de libertad en contextos de conflicto armado. “En abril de 1994, Ruanda sufrió cien días de violencia, dirigida contra la población Tutsi y los Humus moderados. La violencia sexual contra las mujeres y las niñas fue parte central de la estrategia genocida. En 1996, el relator especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU calculó que durante el genocidio se habían cometido entre 250.000 y 500.000 violaciones. Muchas de las víctimas fueron violadas en las barricadas levantadas por las milicias de jóvenes *interahamwe* o fueron retenidas como prisioneras sexuales a cambio de protección temporal contra el ejército y las mencionadas milicias. El Ejército Patriótico Ruandés también cometió abusos sexuales y otros actos de violencia durante su avance militar – a veces como represalia contra la población Hutu – así como en los meses y años posteriores al genocidio. Miembros de las Fuerzas de Defensa de Ruanda (el actual ejército ruandés), las fuerzas de seguridad y las milicias no remuneradas siguen perpetrando actos de violencia sexual y forzando a mujeres al matrimonio. AVEGA, la asociación que defiende los derechos de las viudas del genocidio, calcula que “casi el 70 por ciento de las mujeres violadas durante el genocidio contrajeron el VIH, y que el 80,9 por ciento de las que sobrevivieron los actos de violencia cometidos durante el genocidio siguen traumatizadas. Aunque no todos los casos de VIH/sida entre sobrevivientes de violación pueden atribuirse a estos actos de violencia sexual, las violaciones masivas cometidas durante 1994 contribuyeron significativamente a la propagación del virus en Ruanda, ya que durante ellas hubo, según se cree, un elevado índice de transmisión del VIH”⁷.

Por otro lado, las mujeres que han sido víctimas de violencia en el trayecto de sus vidas, son especialmente vulnerables ante la privación de libertad y también ante el VIH, agregándose a esto, otros factores socioculturales y económicos que potencian la vulnerabilidad en condiciones de reclusión, por ejemplo:

- Mujeres migrantes en situación irregular o de explotación laboral⁸ y su dificultad para acceder al examen de detección del VIH, a la prevención y a la atención sanitaria como lo muestra el “Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular”⁹ (2007).

¹ Doctor en Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Asesor experto en género del 2º Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Mujeres y Varones - Intendencia Municipal de Montevideo. Profesor Adjunto, Área Salud, Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Correo electrónico: carlosdguida@hotmail.com

² ONUSIDA. Entornos carcelarios. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/PeoplePrison/default.asp>

³ Anthony, Carmen. Mujeres invisibles: Las cárceles femeninas en América Latina. Este artículo es copia fiel del publicado en la revista NUEVA SOCIEDAD No. 208, marzo-abril de 2007, ISSN: 0251-3552, <www.nuso.org>. Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/3418_1.pdf

⁴ Pontón Cevallos, Jenny. Mujeres que cruzaron la línea: Vida cotidiana en el encierro. FLACSO-Ecuador. Quito. 2006. Disponible en: http://www.flacso.org.ec/docs/mujer-es-cruzaron_jponton.pdf

⁵ Statistics on Women and the Criminal Justice System. A Home Office publication under section 95 of the Criminal Justice Act 1991. 2001. Disponible en: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/s95women01.pdf>

⁶ National Criminal Justice Reference Service. Women and Girls in the Criminal Justice System. Disponible en: <http://www.ncjrs.org/spotlight/wgcjs/Summary.html>

⁷ Amnistía Internacional (2004) “Ruanda: Marcadas para morir. Sobrevivientes de violación afectadas del VIH/SIDA.” Resumen.

⁸ Informe de Human Rights Watch “Exported and Exposed Abuses Against Sri Lankan Domestic Workers in Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, and the United Arab Emirates”, Vol. 19, N° 16 (2007).

⁹ Observatorio Europeo de Médicos del Mundo sobre el acceso a los servicios de salud.

- Mujeres pertenecientes a minorías étnicas, como lo muestra el trabajo de Teresa Martín Palomo¹⁰ (2002): “La población gitana en España se estima que supone al 1,4% del total de la población, mientras que entre la población reclusa las mujeres gitanas representan el 25% del total de las mujeres presas”.
- Las trabajadoras sexuales o en situación de explotación sexual (Luciano, D. y M. Tapia, 2005)¹¹ y/o que participan en redes de tráfico de sustancias ilegales.
- Mujeres en el marco de conflictos armados.
- Mujeres que utilizan sustancias psicoactivas inyectables.

En países que han transcurrido por períodos dictatoriales, o que se encuentran en situación de conflicto armado o no vigencia de estado de derecho, la violación de los derechos humanos de las mujeres privadas de libertad ha sido o es una realidad cotidiana. Varios documentos dan cuenta de las detenciones arbitrarias, aplicación de la tortura, desapariciones e inclusive el homicidio de niñas y mujeres en las dictaduras. Un claro ejemplo de la violencia específica hacia las mujeres lo refleja el informe de investigación “Las mujeres víctimas de violencia sexual como tortura durante la represión política en Chile. 1973-1990: Un secreto a voces”, elaborado por la Fundación Instituto de la Mujer y la Corporación La Morada (2004). La vigencia del estado de derecho no garantiza necesariamente los derechos de las mujeres privadas de libertad, constatándose violaciones a sus derechos humanos. En un informe de Amnistía Internacional¹², se afirma que “la tortura y los malos tratos a mujeres bajo custodia son una realidad cotidiana. Sólo entre enero y septiembre de 2000, Amnistía Internacional documentó casos en países tan distintos como Arabia Saudita, Bangladesh, China, Ecuador, Egipto, España, Estados Unidos, Filipinas, Francia, la India, Israel, Kenia, El Líbano, Nepal, Pakistán, la República Democrática del Congo, Rusia, Sri Lanka, Sudán, Tayikistán y Turquía”.

Formas de violencia sexual en las cárceles (Amnistía Internacional, 2001)

- La violación de detenidas por funcionarios de prisiones, de seguridad o militares siempre constituye tortura. Otras formas de violencia sexual que cometen los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley pueden constituir bien tortura o bien un trato cruel, inhumano o degradante.
- Los actos de violencia sexual cometidos contra una detenida por un agente de seguridad, un militar o un policía no pueden considerarse actos «personales» o privados. Varias decisiones de organismos internacionales y regionales respaldan el argumento de que la violación cometida por estos funcionarios siempre constituye tortura, incluso cuando se comete en el domicilio de la víctima.
- Según las normas internacionales, la violencia sexual que ejercen unos reclusos contra otros puede constituir también tortura o malos tratos. Las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de proteger a todos los reclusos, y el hecho de no garantizar el cumplimiento de normas tales como la separación de mujeres y hombres puede constituir aquiescencia en la violencia sexual.
- Prácticas tales como permitir que funcionarios varones registren a las reclusas, y que el personal masculino patrulle zonas donde pueden ver a las mujeres en sus celdas mientras se visten, se asean o se duchan, constituyen un trato inhumano y degradante.

En el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006 -2015 (OPS – OMS, 2005) se señala que “*las poblaciones privadas de libertad constituyen un grupo olvidado en cuanto a las intervenciones de salud pública, a pesar del hecho de que la prevalencia del VIH entre los reclusos es muy elevada en toda la Región. En el Caribe, una serie de encuestas realizadas en 2004-2005 mostró que las tasas de prevalencia entre reclusos oscilaban entre el 2% y el 4%, mientras que en la República Dominicana y Argentina la tasa era del 19% y el 18,4% respectivamente*”. La dinámica social y cultural de las diversas sociedades se ha modificado de manera acelerada y han repercutido en la problemática de la privación de libertad en las diferentes naciones (cambios en las configuraciones familiares, migración legal e ilegal, desplazamientos forzados, influencia de los medios de comunicación, nuevas modalidades delictivas como el tráfico de drogas, entre otras).

¹⁰ Mujeres gitanas y el sistema penal, publicado en versión electrónica de La Ventana N° 15 (2002).

¹¹ Luciano, D. y Tapia, M. Consumo de drogas y experiencias de violencia en mujeres dominicanas víctimas del trato de personas. Observatorio Nacional sobre migración y tráfico de mujeres y niñas en República Dominicana (CEAPA – DVCN).

¹² “Cuerpos rotos, mentes destrozadas”. La violencia sexual contra las mujeres privadas de libertad. Amnistía Internacional (AI: ACT 40/001/2001/s).

II. Formas en que el VIH y la violencia contra las mujeres se vinculan en las cárceles

a. Violencia sexual

Se cuenta con reportes de mujeres que son obligadas a tener relaciones sexuales con otros presos masculinos y con los encargados de seguridad en las cárceles. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos acogió una denuncia al respecto contra policías, que en muchas ocasiones abusan sexualmente de las detenidas, particularmente cuando las acompañan a las audiencias de sus juicios.¹³ La exposición al VIH bajo estas condiciones es elevada ya que la prevalencia del VIH en la población masculina es alta. En los EEUU, las tasas de VIH entre los reclusos son de 8 a 10 veces mayores que las de la población en general (Center for AIDS Prevention Studies, 2000).¹⁴ En Argentina, según datos del ONUSIDA, los presos en las principales cárceles urbanas figuran entre los grupos de población más afectados. En 2004 se encontró que estaban infectados por el VIH el 17 al 28% de los reclusos encuestados en la provincia de Buenos Aires.¹⁵ La violencia sexual en las cárceles pone en riesgo a las mujeres de todas las edades, incluidas aquellas que están en cárceles para menores. La reclusión en establecimientos para menores no garantiza la disminución total de exposición al VIH, tal como lo demuestra el estudio “Vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição – menores infratoras e detentas do estado de São Paulo, Brasil” (Strazza, L. et al, 2005).

El caso reciente de una adolescente condenada por robo en la cárcel de Abaetuba, en el estado de Pará, Brasil, que fue enviada a una institución para menores y obligada a compartir la celda con 20 hombres que abusaron sexualmente de ella. Cezar Britto, presidente de la Orden de Abogados de Brasil, manifestó que se trata de un “crimen nefando e intolerable, impensable en la historia moderna, y un ataque grave al sistema constitucional brasileño”. De acuerdo a una nota de la agencia IPS “este hecho aberrante atrajo la atención pública (...) pero organizaciones defensoras de los derechos humanos y funcionarios del gobierno del Partido de los Trabajadores admitieron que esta clase de episodios son habituales. La gobernadora de Pará, reconoció que apenas seis de las 132 cárceles estatales tienen espacios separados para mujeres. Según el Ministerio de Justicia, las mujeres constituyen cinco por ciento de la población carcelaria y 40 por ciento de ellas están presas por delitos de narcotráfico y 21 por ciento por robo.”

Fuente: Nota publicada el 22/11/07 por El País.com

Un informe de la Procuración Penitenciaria de Argentina da cuenta de que las mujeres recluidas en la Unidad 3 de Ezeiza cuestionan la severidad en el trato, lo que involucra, por ejemplo, la reiteración injustificada de revisiones vejatorias con desvestido total y flexiones incluso a personas de mucha edad, un trato a todas luces degradante¹⁶. Con relación a estos tratos en la Unidad 31, el 17,9% de las mujeres manifestó haber sufrido violencia física, consistente en golpes, patadas, empujones o contactos sexuales no queridos, ya sea por parte del personal o de otras mujeres¹⁷. La requisa representa el acto de mayor violencia, humillación y descalificación que se produce dentro de la cárcel. También se registraron otros casos en Santa Fe, una provincia de Argentina. En Chile, un aspecto de violencia y pérdida del derecho a la intimidad de las recluidas, es que gendarmes –hombres– graban las imágenes de las reclusas desnudas después de situaciones de motín o allanamientos en los centros penales¹⁸, una práctica claramente constitutiva de violencia sexual¹⁹.

A esto se agrega el intercambio de sexo por drogas, cigarrillos, tarjetas de llamadas telefónicas, u otros insumos.

¹³ Anthony, Carmen. Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. Ibid.

¹⁴ Luciano, Dinys. Curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe”, Módulo sobre Poblaciones Clave. Development Connections. Washington DC, 2007.

¹⁵ ONUSIDA. Hoja informativa 05 06. América Latina. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/200605-FS_LatinAmerica_es.pdf

¹⁶ Cf. Procuración Penitenciaria, *op. cit.*, p. 33. El 49% de la población manifestó que la relación con el personal de requisa es mala. Cf. Ministerio Público de la Defensa, *Encuestas Unidad 31 de Ezeiza, op. cit.*

¹⁷ Cf. Ministerio Público de la Defensa, *Encuestas Unidad 31 de Ezeiza, op. cit.*

¹⁸ Cf. Diario Punto Final, edición 603, 21 de abril de 2006. Aquí se reporta un allanamiento de “rutina” realizado el 2 de febrero de 2006 en el que las internas habrían sido filmadas desnudas.

¹⁹ Ésta es, por lo demás, la posición de la Corte Interamericana sobre este tipo de trato. Cf. Corte IDH, *Caso Del Penal Miguel Castro Castro, op. cit.*, párr. 306.

b. Limitada capacidad de las mujeres para protegerse contra el VIH/ITS

Las situaciones de riesgo a las que están expuestas las mujeres en las cárceles debido al sexo forzado se ven agravadas ya que disponen de una autonomía limitada para protegerse debido a la falta de poder frente a los encargados de la seguridad y los presos varones. Las mujeres en las cárceles también dependen en gran medida de las autoridades penitenciarias para acceder a la información sobre el VIH y la prevención de otras amenazas a su salud e integridad, así como a medios de protección como preservativos, agujas y jeringas estériles y servicios de salud. Aunque se ha aprendido mucho sobre lo que da resultados en materia de prevención y atención del VIH en las cárceles, algunas autoridades prefieren hacerse de la vista gorda antes que encarar las contradicciones de las actividades ilícitas que tienen lugar en las instalaciones penitenciarias.

Un informe de Naciones Unidas plantea respecto a esta vulnerabilidad: “In addition, many prison populations worldwide struggle to address other health care issues that are related to HIV/AIDS. High levels of mental illness and drug dependency among prisoners are common in many countries. Opportunistic infections (OIs) associated with HIV/AIDS, such as toxoplasmosis, are common in the developing world. Prevention of mother to child transmission (PMTCT) of HIV is important for pregnant women living with HIV/AIDS inside and outside of prisons. Overcrowding, poor conditions of confinement, and inadequate medical services exacerbate negative health impacts and complicate the provision of care by prison health staff. Therefore, efforts to reduce the transmission of HIV in prisons, and to care for those living with HIV/AIDS, must be holistic in approach, and be integrated with broader measures to tackle inadequacies in general prison conditions and health care.”²⁰.

c. Trabajo sexual y las cárceles

El trabajo sexual puede ser una práctica común en las cárceles. Amnistía Internacional señala que las mujeres sufren las violaciones que sufren todos los hombres – torturas, pésimas condiciones, corrupción, violencia entre presos – y sufren además violaciones porque carecen de protección por ser mujeres: abuso sexual de guardias y presos, compartir celdas con hombres, falta de acceso a la salud materna.

La publicación “Mujeres privadas de libertad. Informe regional: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay” (CEJIL, 2007) cita “un estudio reciente de la Comisión Interinstitucional de Visitas a Cárceles hizo público que las mujeres de la cárcel del Buen Pastor son obligadas a prostituirse a las personas que le son asignadas por algunos guardias o celadores en la cárcel de Tacumbú. Este esquema de violencia se organiza cuando las mujeres concurren a la cárcel de Tacumbú para realizar la visita íntima a su pareja. Al respecto se denunció que en dicho centro penitenciario existe un álbum con fotos de las presas de la cárcel del Buen Pastor. Mensualmente, esta actividad reporta un promedio de 300.000.000 guaraníes a la Penitenciaría Nacional de Tacumbú.

Fuente: Cf. Comisión Interinstitucional de Visita y Monitoreo a Centros de Reclusión en Paraguay, *Evaluación del Sistema Penitenciario Comisión Interinstitucional, op. cit., ps. 5 y 6.*

d. Violencia institucional y acceso a servicios para mujeres viviendo con el VIH/sida

La violencia contra las mujeres privadas de libertad y la condición de VIH positivo tienen varias intersecciones, entre las que se destacan la inaccesibilidad de las mujeres al diagnóstico oportuno con las correspondientes pruebas confirmatorias, el acceso a la información, a los métodos preventivos y al tratamiento completo en tiempo y forma, son medidas que deberían encontrarse articuladas, desde un punto de vista de salud integral y de derechos humanos, la falta de acceso a la anticoncepción de emergencia y a la medicación inmediata post infección y la prohibición del uso de jeringas descartables.

²⁰ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (Vienna, 2006) **HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings**. A Framework for an Effective National Response, Co-published with the World Health Organization and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Con respecto a este último punto, en un artículo Gatali y Archibald²¹ (2005) *BMC Women's Health* (2005), citan dos estudios llevados a cabo en las prisiones de Quebec, donde se constata el aumento de los niveles en la tasa de prevalencia del VIH comparando a mujeres con varones reclusos (9,8% frente a 3,6% en un estudio y del 7,6% frente a 2,2% en el otro), así como tasas más elevadas en el uso de drogas inyectables (16 % frente a 7,7% y de 15,6% frente a 8,5%). Además, ambos estudios hallaron que la seropositividad al VIH entre las reclusas estaba relacionada con la prostitución y el contacto con una pareja VIH positiva, ya sea sexual o por el uso de drogas inyectables. Hace más de una década (1994), un programa piloto de suministro de agujas estériles en la prisión de mujeres de Hindelbank (Suiza), demostró la eficacia en la reducción del VIH y la hepatitis B²², y otras iniciativas similares se han llevado adelante en Europa, África y Asia.

En las prisiones pueden presentarse situaciones de violencia específica para mujeres con el VIH, como lo son las amenazas, castigos y privaciones tal como la inaccesibilidad a la medicación en tiempo y forma, la ausencia o la irregularidad en los exámenes paraclínicos y en los traslados hacia los centros especializados de salud para estudios o tratamientos, así como las situaciones de exclusión de programas laborales, educativos y visita sexual de sus parejas. La inaccesibilidad al tratamiento oportuno es una forma de violencia institucional contra la integridad física y psicológica de las mujeres.

2.5. Violencia racial y acceso a protección y atención del VIH/sida

Las modalidades de exclusión y avasallamiento de los derechos humanos de las mujeres se tornan sinérgicas en determinados contextos de vulnerabilidad. Así queda de manifiesto en la condición de migrantes ilegales que son portadoras/es del VIH, que deja en evidencia un informe de una prestigiosa ONG.

“La investigación de Human Rights Watch sobre la atención del VIH/sida para personas inmigrantes detenidas en los Estados Unidos – que incluyó entrevistas tanto a reclusos/as actuales y pasados/as como a funcionarios del DHS y de los centros de detención, además de una revisión médica independiente del tratamiento proporcionado – pudo determinar que los centros supervisados por el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE):

- No suministraron regímenes antirretrovirales completos de manera consistente. Esta práctica genera el riesgo de que se produzca resistencia a los fármacos, lo cual pone en peligro la salud de la persona detenida y puede tener repercusiones para la salud pública.
- No llevó a cabo la vigilancia necesaria de la condición clínica de las personas detenidas, incluyendo recuentos de células CD4, pruebas de carga viral y de resistencia a los medicamentos. Estos análisis son esenciales para un tratamiento eficaz del VIH/sida.
- No prescribió medicamentos profilácticos cuando eran médicamente indicados para prevenir infecciones oportunistas.
- No aseguró la continuidad de la atención médica cuando las personas detenidas fueron transferidas a otros centros, ni aseguró su acceso a los cuidados especializados que requerían.
- No aseguró la confidencialidad de la atención médica, exponiendo a las personas detenidas a discriminación y hostigamiento”.

Abordar las causas sociales estructurales que vulneran a niñas y mujeres y que las exponen a la violencia, al VIH y a la privación de libertad debiera ser una estrategia prioritaria de los gobiernos y el horizonte ético de las intervenciones.

²¹ Disponible en la página web de *BMC Women's Health*.

²² Informe OMS: Las cárceles y el SIDA. Actualización técnica del ONUSIDA. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas, (1997).

El VIH y la violencia contra las mujeres indígenas

Silvia Galán¹

I. Situación del VIH y la violencia contra las mujeres indígenas

Se estima que hay entre 300 y 500 millones de indígenas en más de 70 países a nivel mundial que representan diversidad de culturas e idiomas en todos los continentes.² Según datos de la OPS/OMS hay aproximadamente 42 millones de personas indígenas viviendo en las Américas, de 400 grupos étnicos diferentes, que comprenden un 6% de la población total del continente americano y casi un 10% de la población de ALC. El 80 % de ellos viven en Centroamérica y los Andes Centrales (en México, Guatemala y Perú representan el 40,2% de la población total, en Bolivia el 59% de la población total y en Ecuador el 35,3% de la población total).³

Violencia contra las mujeres indígenas

Las mujeres indígenas enfrentan diversas formas de violencia en la familia, las comunidades y en su interacción con otras poblaciones. Estas formas de violencia se articulan entre sí, creando un continuum de desigualdad y vulnerabilidad social, particularmente frente al VIH y otras ITS. Hasta la fecha se cuenta con muy pocos estudios que hayan abordado la violencia contra las mujeres indígenas y en las encuestas demográficas y de salud que han incluido series de preguntas sobre la violencia en las relaciones de pareja y la violencia sexual en la niñez, algunas no incluyen la categoría etnicidad, y las pocas que lo hacen, no desagregan los datos sobre violencia según pertenencia étnica. A pesar de que la etnicidad ha sido identificada como un determinante de desigualdad social importante, la disponibilidad de datos sobre salud y desarrollo en las poblaciones indígenas es muy exigua. En un estudio llevado a cabo en la región de Cuetzalán (México) sobre violencia doméstica se encontró que de 50 mujeres entrevistadas el 54 por ciento dijo haber sufrido violencia en diferentes etapas de su vida, el 59 por ciento indicó haberla sufrido durante su niñez de parte de su padre, madre, o padrastros, el 44 por ciento fueron testigos de violencia contra madre, abuela u otra mujer de su casa durante su niñez; el 29 por ciento recibió agresiones de sus suegros, y el 68 por ciento de su primer o segundo marido.⁴

Definición de indígena

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el Convenio 169 (1989) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, considera indígenas a las personas descendientes de poblaciones que habitaban en una región geográfica en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. Debido a la diversidad de los pueblos indígenas, en ningún organismo del Sistema de las Naciones Unidas se ha adoptado una definición oficial del "indígena". En cambio, el sistema ha elaborado una interpretación moderna de este término basada en los siguientes elementos:

- Libre identificación como miembro de un pueblo indígena a nivel personal y aceptado por la comunidad como miembro suyo.
- Fuerte vínculo con los territorios y los recursos naturales circundantes.
- Sistemas sociales, económicos y políticos bien determinados.
- Idioma, cultura y creencias diferenciados.
- Parte integrante de grupos que no son predominantes en la sociedad.

Fuente: Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Convenio N°169 Sobre Pueblos indígenas y tribales en países independientes. 1989. Texto completo disponible en: <http://www.oit Chile.cl/pdf/Convenio%20169.pdf>

¹ Licenciada en Servicio Social y especialista en Bioética. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social en la Universidad Nacional de Mar del Plata y Punto Focal de DVCN en Argentina. Correo electrónico: silveer@ciudad.com.ar y galansil@dvcn.org

² Foro Permanente sobre cuestiones indígenas de las Naciones Unidas. 2008. Los pueblos indígenas en sus propias voces. Séptimo Período de Sesiones. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/indigenas/index.htm>

³ Organización Panamericana de la Salud. Género, equidad y la salud de las mujeres indígenas en las Américas ¿Cómo están relacionados la etnicidad, el género y la salud? Hoja Informativa Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Disponible en: www.paho.org/generoysalud

⁴ Mejía Flores, Susana. Mujer indígena y violencia: Entre esencialismos y racismos. Revista México Indígena No. 5. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=611.

Debido a las condiciones de pobreza que enfrentan las comunidades indígenas, muchas mujeres se insertan en el mercado laboral en oficios que las exponen a diversas formas de violencia. En un estudio realizado en el Perú con trabajadoras domésticas puertitas adentro de la región andina, se encontró que enfrentan violencia sexual, psicológica y que esta situación se asocia con su condición de *“Ser una mujer andina, estar vestida típicamente, tener el Quéchua como lengua materna y no dominar el idioma español”* ha sido el origen de continuos desprecios, insultos, humillaciones, burlas, menosprecios y degradaciones.⁶

En Estados Unidos, los actos de violencia sexual contra mujeres indígenas son generalizados: estas mujeres tienen unas probabilidades al menos 2,5 veces superiores de ser violadas o agredidas sexualmente que las mujeres de Estados Unidos en general.⁷ Por otro lado, las mujeres indígenas enfrentan formas de violencia tales como el acoso y la violencia sexual que ejercen los agentes estatales que han sido escasamente documentadas, por ejemplo, aquellas ejercidas en la frontera entre Nicaragua y Honduras en las mujeres Miskito que se movilizan entre ambos territorios para trabajar la tierra y/o cultivar plantas medicinales.⁸

Los resultados del curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres indígenas” (DVCN, Diakonía, y Family Care International, 2008), se indicó que en Colombia, “la violencia sexual en contra de las mujeres, en particular por parte de los grupos armados que hacen presencia en nuestros territorios, incluyen violaciones sexuales, acoso, desnudez y embarazo forzado, enamoramiento de niñas y mujeres como estrategia de guerra, y contagio de infecciones de transmisión sexual.”⁹ Asimismo, los yanomami de Brasil han denunciado que algunos soldados instalados en su tierra sin su consentimiento, han inducido a jóvenes yanomami menores de edad a la prostitución.¹⁰

El VIH en comunidades indígenas

Según Survival International (2007), la epidemia del VIH se está extendiendo en las comunidades indígenas a nivel mundial. Por ejemplo, en West Papua donde existen 312 tribus diferentes, las tasas del VIH son hasta 15 veces más elevadas que en toda Indonesia. En las tribus de Central Kalahari en Botswana el VIH era prácticamente desconocido antes de que las poblaciones indígenas fueran expulsadas de sus tierras por el gobierno. En el asentamiento de New Xade en 2002, al menos el 40% de las muertes de Bushman fueron por el VIH. Por otro lado, los indígenas Yanomani de Brasil han reportado que los soldados ubicados en sus tierras han traído la gonorrea y la sífilis a sus comunidades a través de la explotación sexual de las mujeres de sus tribus y temen que esta misma tendencia ocurra con el VIH.¹¹ En Australia, en las mujeres indígenas la probabilidad de vivir con el VIH es 18 veces mayor que en las mujeres no indígenas y 3 veces mayor que en los hombres no indígenas. (Wright et al., 2005)¹²

El análisis realizado por la OPS/OMS (2004) en Guatemala, un país con más de la mitad de su población de origen directamente maya, se ha incrementado notoriamente el número de casos de SIDA. Tanto en el suroeste, donde el 60% de la gente es maya, como en la costa pacífica, región de reciente migración indígena de otras zonas, como en el ejército que recluta soldados mayas el problema ha empeorado significativamente (IDEI citado en OPS 2002, Borrador de documento). En el caso de Surinam, la evidencia sugiere que las enfermedades de transmisión sexual han conocido una ascendente expansión entre las comunidades marronas e indígenas.¹³

⁵ En ocasiones esta falta de dominio del idioma español constituyó el motivo utilizado por los empleadores para justificar el no permitir que las trabajadoras del hogar accedieran a la educación.

⁶ Ojeda, Teresa. Las trabajadoras domésticas víctimas de violencia sexual en Lima, Perú. Development Connections. Washington D.C. Disponible en: <http://www.dvcn.org/Documents/VSTrDom3.pdf>

⁷ Amnistía Internacional. Violencia contra las mujeres indígenas. 16 de noviembre de 2007. Disponible en: <http://www.amnesty.org/es/campaigns/stop-violence-against-women/issues/implementation-existing-laws/indigenous-women>

⁸ FIMI. 2006. Mairin Iwanka Raya - Indigenous Women Stand against Violence, A Companion Report to the United Nations Secretary-General's Study on Violence Against Women.

⁹ Foro Nacional de Mujeres Indígenas. Bogotá – 27 de septiembre de 2006. Disponible en: http://www.onic.org.co/img_upload/.../CONCLUSIONES.doc._FORO_MUJERES.doc Citado por: Development Connections, Diakonía y Family Care International. 2008.

¹⁰ Survival. Las mujeres indígenas son especialmente vulnerables a la violencia. 22 de noviembre de 2007. Disponible en: <http://www.servindi.org/archivo/2007/2912>

¹¹ Survival International. HIV Spreading Among Indigenous Communities, 2007. Disponible en: <http://www.cdcnpin.org/scripts/display/NewsDisplay.asp?NewsNbr=49752>

¹² Wright et al., 2005. Citado en: FACT SHEET: HIV/AIDS in Australia and the Region. Disponible en: <http://www.ias2007.org/admin/images/upload/840.pdf>

¹³ OPS/OMS 2006. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/FCH/AI/SSIA06.pdf>

II. Etnicidad y los vínculos entre el VIH y la violencia contra mujeres indígenas

El Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI)¹⁴ ha indicado que es necesario un análisis contextual más profundo para develar las causas de la violencia contra las mujeres indígenas, pero con la información disponible actualmente se pueden establecer factores que contribuyen a su vulnerabilidad. En nombre de la tradición millones de mujeres son sometidas a mutilaciones genitales en edad precoz (que se observa en el alto índice de mujeres con VIH que se encuentran entre los 15 a 24 años) y a prácticas rituales de limpieza de viudas (al morir el hombre, se somete a la mujer a lo que estos denominan “limpieza” obligando a mantener relaciones sexuales sin protección con hombres que no pertenecen a su casta social).¹⁵ Con respecto a la educación, en muchos pueblos, son las mujeres las encargadas de transmitir los saberes de la tradición, pero a la hora de invertir recursos para realizar estudios se elige generalmente a los varones, porque tradicionalmente son los que en el futuro “establecerán las relaciones extra familiares en la comunidad o fuera de ésta y, por ello, deben contar con herramientas que les faciliten esa función.”¹⁶

- **Nupcialidad precoz:** El matrimonio precoz, expone a niñas y adolescentes a riesgos en su salud, aumentando la exposición al VIH y restringe sus posibilidades de educación. La centralidad de sus funciones en la reproducción y cuidado del hogar se convierte en una barrera para la toma de decisiones en la familia y la comunidad, sobre sus cuerpos y su sexualidad así como en su acceso al trabajo y la educación.
- **El hogar y la comunidad como espacios referenciales de pertenencia e identidad:** Algunas mujeres indígenas tienen dificultades para abandonar su hogar en caso de ser maltratadas o abusadas, ya que la separación significa para ellas situaciones de amenazas de violencia, desarraigo de su hábitat, su comunidad¹⁷, su entorno religioso y pérdida de identidad. No obstante, aquellas que lo logran, están obligadas a insertarse en un contexto de asimilación forzada, con la discriminación y violencia consecuentes que aumentan los riesgos con respecto a la violencia y el VIH.¹⁸
- **Nociones predominantes sobre la violencia:** El concepto de VCM tiene connotaciones especiales para las mujeres indígenas. Algunos grupos de mujeres indígenas han planteado que la violencia no sólo proviene de la discriminación por género y la sumisión dentro de su familia y comunidades sino también de las actitudes y políticas que violan los derechos colectivos indígenas. Ellas se identifican con la tierra, por lo que la degradación de la misma es una forma de violencia contra su pueblo y ellas mismas. Las mujeres son las que protegen la salud y el bienestar del entorno en el cual viven. Son cuidadoras del medio ambiente natural, las encargadas de la obtención del agua, preparación de los alimentos, preservación del conocimiento de plantas medicinales y animales, que ligado a la religión integran la identidad cultural. El agua para la mayoría de los pueblos indígenas posee un valor espiritual.¹⁹ Las mujeres en especial, identifican la escasez, la contaminación, la privatización de los recursos de agua en el mundo como una amenaza, como otra forma de violencia contra ellas.
- **Violencia, VIH y pobreza:** En distintos encuentros regionales de mujeres líderes donde participaron mujeres indígenas en sus conclusiones afirman: “El empobrecimiento, la discriminación de género, étnica y racial incrementan los riesgos de miles y miles de mujeres que no tienen acceso a una educación y a una salud de calidad que incorpore una estrategia para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA”²⁰
- **Situación específica de las jóvenes:** Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables a las relaciones sexuales forzadas y con mayor frecuencia viven con el virus lo que ocasiona, a su vez, un incremento de la violencia por ser portadoras. Esto las lleva muchas veces a ocultarlo, por temor, lo que les impide realizar un tratamiento adecuado o buscar ayuda.

¹⁴ FIMI Mujeres indígenas confrontan la violencia. Informe complementario al estudio sobre violencia contra las Mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas. www.indigenouswomensforum.org

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Coordinadora de ONGs de la Cuenca Alta del Río Samalá, Quetzaltenando, 1997. Citado en Mujeres indígenas en América Latina: ¿Brechas de género o de étnia? Se puede consultar en: www.eclac.org/mujer/noticias/noticias/5/279051/FCalfio_LVelasco.pdf

¹⁷ El concepto de comunidad para muchos pueblos indígenas engloba a los ancestros, los presentes y las generaciones venideras como sus integrantes.

¹⁸ Cuando las mujeres cruzan las fronteras se exponen a situaciones de riesgo extremo. Comúnmente son acosadas, extorsionadas o violadas por los mismos agentes aduaneros.

¹⁹ En la Declaración de Kyoto de los Pueblos Indígenas sobre el Agua, párrafo 3, se indica que la relación de estos pueblos con el agua constituye la base física, espiritual y cultural de su existencia y que asumen el rol de guardianes, con derechos y responsabilidades, que defienden y garantizan la protección, disponibilidad y pureza del agua. Tercer Foro Mundial del Agua, Kyoto, Japón, 18 de Marzo de 2003. Mencionado en Foro Internacional de Mujeres Indígenas www.indigenouswomensforum.org

²⁰ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), 2003. Encuentro Regional de Mujeres Líderes. Los desafíos del desarrollo y la integración desde la perspectiva de las mujeres. 25, 26 y 27 de Abril de 2003. Disponible en: www.flacso.or.cr/fileadmin/documento/FLACSO/ARCHIVOS_FLACSO/Encuentro_Mujeres/LaEtnicidad_desde_la_acci_n_Regional_Alta_Hooker.doc

- **Barrera del idioma y acceso a información sobre VIH:** Muchas mujeres indígenas rurales no hablan español fluido, que es el idioma de la educación pública, de los medios de comunicación y de los tribunales, constituyendo esto otra barrera para que puedan acceder a la información necesaria sobre los riesgos de sexo sin protección, formas de contagio del VIH y medidas de prevención.

A todos estos aspectos que ponen en situación de vulnerabilidad a las integrantes de pueblos indígenas, se suman las violaciones sexuales, la prostitución forzada y la servidumbre obligatoria de la que son objeto durante los conflictos armados.

III. Propuestas para la prevención de violencia y atención del VIH en mujeres indígenas

Existen déficits en el cumplimiento de los derechos de las mujeres en el acceso a servicios de buena calidad, fuentes de trabajo, protección contra la violencia, espacios de participación y oportunidades de desarrollo. Si bien se han producido avances en cuanto al reconocimiento de los derechos individuales y colectivos, existe todavía un vacío con respecto a la participación de las mujeres indígenas en las políticas específicas que permitan el cumplimiento de sus derechos humanos. A medida que la violencia contra la mujer y la desigualdad de género son cada vez más documentadas como factores determinantes del riesgo de las mujeres de contraer el VIH, es claro que las conexiones entre los distintos tipos de la VCM, el VIH, la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer deben ser examinadas y abordadas de forma crítica si se desea alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio.²¹

Los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales, las organizaciones de la sociedad civil, los movimientos de mujeres y las organizaciones de base, entre otras, que trabajan en el tema de la violencia contra la mujer y el VIH en la región, tienen la tarea de abordar estos dos problemas de salud pública de manera conjunta e integral, para desacelerar o detener la perpetuación de la VCM, la propagación del VIH y el creciente doble peligro que estos dos dilemas presentan para las mujeres y las niñas de ALC .

En el Documento de CEPAL²² se exponen sugerencias de políticas identificadas a partir de las demandas de las mujeres indígenas que pueden ser llevadas a cabo como tareas concretas. Algunas de ellas son:

- Derecho y participación
 - Campañas de divulgación de los derechos de las mujeres indígenas (con la finalidad de que se reconozcan los derechos de las mujeres indígenas y el cumplimiento de los instrumentos internacionales.)
- Fomento económico y trabajo
 - Capacitación de las mujeres indígenas sobre seguridad social y derechos laborales
 - Respetar la propiedad intelectual de las artesanías
 - Establecimiento de créditos (para que se reconozcan los aportes de las mujeres indígenas a la economía local y nacional y apoyar las iniciativas económicas y productivas)
- Salud y medio ambiente
 - Vincular los conocimientos de la medicina tradicional con la occidental
 - Programas de erradicación de la violencia doméstica y prevención del alcoholismo
 - Educación sexual
 - Promoción del cultivo de semillas no transgénicas (para la atención integral de salud intercultural y la promoción del medio ambiente)
- Educación y cultura:
 - Educación intercultural bilingüe
 - Educación de adultos
 - Academias formadas por hombres y mujeres indígenas
 - Establecimiento de becas y subsidios para mujeres indígenas en todos los niveles educacionales
 - Investigaciones participativas y promoción de talleres para fortalecer la autoestima (con la finalidad de establecer condiciones equitativas con respecto a la educación, con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres indígenas; promoción de los idiomas indígenas en la educación y apoyar la capacitación de las mujeres indígenas)

²¹ Rojas, Rocío. Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de Acción 2005-2007. OPS.

²² CEPAL – Seminario Internacional Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina y el Caribe: Relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas, 2005. Se puede consultar en www.cepal.org

Un gran avance para el cumplimiento de las Metas del Milenio lo constituye la realización del Primer Foro Internacional de Mujeres Indígenas “Compartiendo avances para nuevos retos” que tuvo lugar del 13 al 16 de Abril de 2008 en Lima, Perú.²³ El objetivo central fue crear un espacio donde mujeres indígenas puedan compartir sus perspectivas y experiencias, para desarrollar un diálogo con representantes de organizaciones internacionales y de otros movimientos sociales y demostrar solidaridad y fuerza a través del activismo regional e internacional.

Entre sus recomendaciones²⁴ sobre la violencia contra la mujer, la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH/sida se destacan:

- Mejorar las oportunidades de vida de las niñas, adolescentes y mujeres indígenas y disminuir la vulnerabilidad a la morbi-mortalidad materna a través de la postergación de la edad del matrimonio, reducción del embarazo precoz y aumento del nivel educativo.
- Realizar acciones para lograr la erradicación de la violencia contra las mujeres en todos los niveles y formas, promoviendo un cambio cultural a largo plazo e involucrando diversos sectores.
- Comprender la violencia contra las mujeres como una violación a los derechos humanos, incluyendo como formas de violencia la pérdida del territorio, de la identidad, del idioma.
- Implementar medidas de prevención de la violencia contra las mujeres dentro de sus comunidades y tomar medidas para incluir los derechos de las mujeres indígenas en los sistemas de justicia propia de los pueblos.
- Trabajar con mucha urgencia en prevención del VIH, implementar servicios de detección rápida en zonas rurales y realizar investigaciones sobre la situación de la enfermedad en las comunidades indígenas.
- Integrar la medicina tradicional y la medicina occidental en los establecimientos y servicios de salud, contar con personal indígena y bilingüe en los mismos y reconocer el valor de las parteras en el acompañamiento del proceso reproductivo, controles prenatales, parto y puerperio.
- Promover que las organizaciones indígenas y en particular las mujeres participen en la vigilancia comunitaria, regional y nacional de la calidad de los servicios de salud.

²³ Las organizaciones convocantes de este evento fueron el Foro Internacional de Mujeres Indígenas(FIMI); la Coordinación del Enlace Continental de Mujeres Indígenas, Región Sudamérica, la Red de Mujeres Indígenas en México, Centroamérica y el Enlace México, y Chirapag, organización anfitriona.

²⁴ Las Recomendaciones y Declaración del Foro Internacional de Mujeres Indígenas están disponibles en http://www.mujireshoy.com/secc_n/3927.shtml

El VIH y la violencia: Implicaciones para las mujeres envejecientes

Liliana Bilevich de Gastrón¹

Los vínculos entre la violencia contra las mujeres (VCM) y el VIH han sido documentados por diversas organizaciones a nivel internacional, concentrándose de manera privilegiada en niñas, jóvenes y mujeres en edad reproductiva. Las formas en que ambos problemas se relacionan en el caso de las mujeres mayores ha sido abordado en escasos estudios, destacándose el trabajo “El SIDA y las personas mayores” (AIDS and the Elderly) de Alica Pogrányivá (2006) que analiza tres niveles de intersección: a) las mujeres mayores que viven con el VIH/sida, b) las que cuidan a las PVVS; y c) las que cuidan de nietos-huérfanos del sida.

I. El VIH y la VCM: Entre el estigma y el silencio

a. Situación del VIH en mujeres mayores

La edad de las personas que viven con el VIH (PVVS) está aumentando. A finales de 2007 se estimaba que había más de 33,2 millones de PVVS en el mundo y es probable que haya más de 27 millones de personas que no son conscientes de estar infectadas (UNAIDS/WHO, 2007). En los Estados Unidos, alrededor de 78.000 personas de 50 años o más viven con el virus, lo que representa entre un 10% y un 15% de todos los casos. En algunas ciudades, entre el 15% y el 25% de las PVVS tiene 50 años o más (Infonet, 2008). Alrededor del 50% de las personas mayores viviendo con el VIH se infectó hace un año o menos. Muchos no consideran que se pueda hablar de „personas mayores“ para referirse a quienes tienen 50 años. Sin embargo, se suele utilizar la edad de 50 años para las estadísticas relacionadas con las „personas mayores“ con VIH (Infonet, 2008).

Según HelpAge (HelpAge, 2007), la información sobre las tasas de VIH en las personas mayores de 50 años es limitada ya que los datos internacionales se concentran únicamente entre las personas que tienen entre 15 y 49 años. Sin embargo, donde existe, la información sugiere que las personas que tienen más de 50 años están bajo riesgo de transmisión. En Uganda (HelpAge, 2001, 2003, 2004) el 4,6% de quienes utilizaron los servicios voluntarios de prueba y atención (VPA) entre 1992 y 2002 fueron personas mayores de 50 años. De éstos, uno de cada cinco resultó VIH positivo (24% mujeres y 18% hombres). Un estudio en Sudáfrica mostró que la tasas de VIH para los mayores de 50 años era del 12% para hombres y del 15% para mujeres.

El programa de HelpAge International en Etiopía encontró que de 45 personas mayores que utilizaron los servicios de VPA entre septiembre de 2002 y agosto de 2003, 22 resultaron VIH positivas. Una encuesta que se hizo en un centro VPA en Addis Ababa mostró que el 2,3% de quienes se examinaron tenían más de 50 años, y de ellos el 39% resultaron positivos (HelpAge Int., 2007). En Chiang Mai, Tailandia, se estima que aproximadamente el 5% de las PVVS tienen más de 50 años; en la provincia de Yunan, China, se estima que esta cifra es del 7% (HelpAge International, 2007).

En Estados Unidos el 10% de los casos nuevos de SIDA ocurre en personas mayores de 60 años (ONU, 2002) y en Europa Occidental se presenta en el grupo de personas mayores de 50 años. Las cifras caen al 4,3% en Europa Central y al 0,7% en Europa Oriental (ONU, 2002). En los últimos años, los nuevos casos de VIH/sida en el mundo en mujeres mayores aumentaron un 40% (ONU, 2002).

En España actualmente hay 66.334 casos registrados de SIDA y de este número el 6,9% pertenece a mayores de 50 años (INE, 2004). Las infecciones de transmisión sexual están en aumento entre las mujeres de mediana edad, según los expertos (Tabnak & Sun, 2000). En Argentina, los adultos mayores de 50 años constituyen el 10% del total de pacientes enfermos de SIDA de sexo masculino, y el 5% de los comprometidos de sexo femenino. El informe epidemiológico referido a la Ciudad de Buenos Aires (Ministerio de Salud de GCBA, 2008) indica que en el último año el 12 % de los diagnósticos (254) se hizo en personas mayores de 50 años y el 13,1 % en población adolescente, por lo cual se recomienda mirar estas franjas etarias como grupos particulares para diseñar estrategias específicas, aunque los datos no informan sobre cuestiones de género.

¹ Dra. Liliana Bilevich de Gastrón. Directora del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas, Profesora Titular del Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Luján (Argentina). Punto Focal en Argentina de Development Connections. Correo electrónico : gastron@fibertel.com.ar y gastroni@dvcn.org

¿Por qué razón pese a la relativa estabilidad y aún el descenso de la epidemia, aumenta la enfermedad en este grupo? Según se señala las mujeres postmenopáusicas no están incluidas dentro de los mensajes de sexo seguro, y erróneamente se les considera de bajo riesgo. Los médicos del Hospital Radcliffe en Oxford advierten que las mujeres mayores son en realidad más susceptibles a las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH (Mahar & Sherrard, 2005).

Existen diversos motivos, entre los cuales el viejismo o edadismo no es cuestión menor. Se da este nombre al conjunto de estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores. Uno de los mitos más comunes es la representación de esta etapa de la vida como asexual, como si a cierta edad ya no hubiese relaciones sexuales; y al mismo tiempo como si la edad fuese un factor protector contra la violencia, incluyendo la que ocurre en las relaciones de pareja. Estas consideraciones anidan también entre los/as trabajadores/as de la salud, sobre todo en lo atinente a las mujeres. Estas percepciones predominantes que escinden la edad adulta mayor y la vida sexual tienen importantes implicaciones al momento de abordar las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres (VCM):

- Los proveedores de salud no exploran las posibilidades de transmisión por VIH en personas mayores. No constituye parte del examen rutinario la indagación sobre su vida sexual, conductas o situaciones sexuales de riesgo (homosexualidad, heterosexualidad), ni sobre uso de drogas, o sobre experiencias de violencia; esto dificulta la prevención y/o la detección de casos.
- Muchas personas mayores vuelven a estar solteras. Se divorcian o enviudan. Mientras estaban en pareja, no prestaban atención a los mensajes de prevención del VIH. Las mujeres mayores, más viudas y más divorciadas que los hombres en términos demográficos, difícilmente encuentren nueva pareja estable, con lo cual, no se cuidan ante relaciones ocasionales.
- Falta de información preventiva dirigida a las personas mayores pues existe la convicción de que el VIH y la violencia sólo afectan a las mujeres jóvenes o en edad reproductiva.
- Falta de información sobre cómo protegerse al mantener relaciones sexuales y también frente a la violencia.
- Compartir agujas con personas infectadas (provoca aproximadamente el 17% de las infecciones en mayores de 50 años).
- Relaciones sexuales sin protección, tanto heterosexuales como homosexuales. El uso de Viagra y de otros fármacos que ayudan a los hombres a lograr y mantener la erección contribuye a un mayor índice de relaciones sexuales y de contagio de enfermedades de transmisión sexual. Los hombres mayores, para mejorar su desempeño sexual suelen recurrir a algunas prácticas peligrosas como la no utilización de preservativos en sus relaciones extramaritales; lo que coloca en riesgo a sus parejas estables.
- Entre las mujeres mayores la relación preservativo-anticoncepción, hace que se considere que, luego de la menopausia, no sea necesario cuidarse, pues ha desaparecido el riesgo de embarazo.
- No se reconocen las necesidades sexuales de los mayores, y sobre todo, sobre las mujeres de edad, por lo cual hay barreras sociales para hablar de su sexualidad, de la violencia sexual; por consiguiente, hay pocas estrategias eficaces para este grupo de población.

Consideraciones biológicas

Los ancianos presentan un riesgo superior al de otras edades ya que debido a su edad disminuye la eficiencia de su sistema inmunológico. La población femenina de esta edad se encuentra en una situación especialmente vulnerable, debido a que desconoce la importancia de medidas como el uso de preservativo, asociando a éste al control de la natalidad. Esta situación se acrecienta por factores anatómico-fisiológicos como la friabilidad de las mucosas en las mujeres postmenopáusicas (Mariñansky, 2007). Estas mujeres parecen presentar mayor grado de incidencia que los hombres ya que durante los últimos cinco años, los nuevos casos de VIH/sida femeninos aumentaron un 40%. Pero este dato no indica a qué edad se infectaron. Muchas de ellas pueden haber sido portadoras del virus durante años antes de detectarlo. Al momento de diagnosticarlo es posible que la enfermedad estuviera en los estadios más avanzados (Mariñansky, 2007). Por otra parte, la deficiencia de estrógeno significa que el tejido vaginal y del cuello del útero se vuelve más frágil. Esto puede resultar en lesiones que conducen a una mayor susceptibilidad de transmisión. (Mahar & Sherrard, 2005).

- Se ha observado en esta población, situaciones relevantes para analizar las intersecciones entre el VIH y la violencia tales como:
- Diagnóstico tardío con lo cual el tratamiento antirretroviral se instaure cuando la enfermedad se encuentra avanzada.
- Alta prevalencia de contagio por vía sexual y de origen desconocido.

- Progresión de estado de infección al estado de enfermedad en un lapso de tiempo más corto.
- Elevada frecuencia de infecciones oportunistas.
- Deben considerarse, en el grupo que nos ocupa, la importancia que revisten la comorbilidad, las interacciones medicamentosas y la polifarmacia.
- También se debe citar una elevada tasa de mortalidad en el primer mes posterior al diagnóstico y baja tasa de supervivencia a los cuatro años.

Los síntomas de la infección suelen ser inespecíficos como fatiga, anorexia, pérdida de peso, una menor función física y una deficiente función cognitiva. Las infecciones oportunistas que suelen presentar estos pacientes suelen ser: Neumonía por *Pneumocystis Carini*, la tuberculosis, el complejo del *Mycobacterium avium*, el herpes zoster y el citomegalovirus. También ciertas características de la demencia provocada por el HIV pueden ayudar a no distinguir a ésta de la enfermedad de Alzheimer. Respecto a su asociación con tumores, están descritos el sarcoma de Kaposi, linfomas, mieloma múltiple y neoplasias sólidas. Se presentan trastornos hematológicos acompañados de trombocitopenia o pancitopenia.

b. Violencia contra las mujeres mayores

Las personas de edad, según el Consejo Europeo (FNG, 2000), sufren varios tipos de violencia. En el caso que nos ocupa podemos señalar que:

- a. Las mujeres de edad sufren de negligencia activa por parte de los servicios de atención médica, bajo conductas viejistas de los profesionales de la salud.
- b. Las mujeres de edad sufren de negligencia pasiva por falta de información acerca de la necesidad de utilizar medidas de protección en sus relaciones sexuales y contra la violencia.
- c. Las mujeres de edad sufren de violencia física/conyugal por parte de sus parejas enfermas que las obligan a mantener relaciones sexuales aún contra su voluntad.
- d. Las mujeres de edad sufren de violencia emocional al verse obligadas a hacerse cargo de hijos enfermos, muchas veces en estado terminal, en virtud de mandatos sociales vinculados con el "género del cuidado".
- e. Las mujeres de edad sufren de violencia por pérdida de derechos al verse obligadas a responsabilizarse por hijos enfermos y nietos huérfanos, frente a mandatos culturales, sin ayuda social ni comunitaria de ningún tipo, e incluso sin haber recibido formación e información para las tareas a desempeñar en el cuidado.
- f. Las mujeres de edad sufren de violencia económica al tener que responder ante necesidades de tratamiento y medicaciones, debiendo hacerlo con sus propios ahorros o con sus magras pensiones, en el caso en que gozaran de ellas.
- g. Las mujeres de edad sufren de violencia económica y pérdida de derechos al tener que abandonar sus trabajos para responder a las demandas de sus hijos enfermos, y de sus nietos en situación de orfandad, sin ningún tipo de compensación.

Dado el carácter acumulativo e interactivo de las distintas formas de VCM, sus efectos pueden expresarse de maneras particulares en las mujeres mayores y que no han sido debidamente documentadas.

II. Mujeres mayores como cuidadoras de enfermos/as y huérfanos/as del SIDA

Ante las deficiencias en la respuesta gubernamental y comunitaria frente a las secuelas familiares se produce una modalidad de violencia institucionalizada socialmente de colocar la responsabilidad del cuidado de enfermos y huérfanos a pesar de las repercusiones personales y los riesgos a episodios de violencia en las tareas de cuidado y atención.

Algunas investigaciones llevadas a cabo en países africanos del Sur del Sahara, señalan lo siguiente (HelpAge Int., 2001, 2003 y 2004):

- El 90% del cuidado a las PVVS se brinda en los hogares, generalmente por mujeres mayores.
- Hasta dos terceras partes de las PVVS son cuidadas por sus padres, generalmente sus madres, que tienen entre 60 y 70 años.
- Más del 60% de los niños y niñas que quedan en orfandad viven en hogares encabezados por abuelas en los países altamente afectados.
- Más de 64.000 personas de más de 50 años en Tailandia perdieron a uno o más hijos o hijas adultas por el VIH/sida en 2001.

- Nueve de cada diez niños/as que han quedado huérfanos viven con la familia extendida.
- Más del 60% de los niños y las niñas viven en hogares encabezados por el abuelo o la abuela en Namibia, Sudáfrica y Zimbabwe; en Botswana, Malawi y Tanzania, son más del 50%.
- Los hogares encabezados por niños o niñas son menos del 1%.
- Los hogares encabezados por mujeres mayores tienen el doble de probabilidad de incluir huérfanos que los encabezados por hombres mayores.

Debido a la alta prevalencia de la VCM, las mujeres que viven con el VIH enfrentan las secuelas de la violencia que ocurre antes y después del diagnóstico positivo frente al VIH. Varios estudios han mostrado que las mujeres que viven violencia buscan ayuda en familiares y amigos y en muy pocas ocasiones en los sistemas formales de atención, por lo que las mujeres mayores se convierten en las principales cuidadoras de las mujeres que viven con el VIH y que además, han vivido violencia antes y después del diagnóstico positivo del virus.

Según datos de los Estados Unidos (CNISM, 2007), la mayoría de los abuelos que crían a sus nietos tienen entre 55 y 64 años de edad, y casi el 25 por ciento es mayor de 65 años. Además, los abuelos que crían a los nietos hoy en día, cuya cantidad va en aumento, tienen muchas más probabilidades de ser mujeres, personas de color y vivir en pobreza. El censo de dicho país del año 2000 reportó que 4,5 millones de niños viven en hogares encabezados por los abuelos/as (un incremento del 30 por ciento desde 1990). De acuerdo a la Asociación de Jubilados de los Estados Unidos (CNISM, 2007), una de las causas por las que se da esta situación es la de niños/as cuyos padre(s) están viviendo con el VIH/sida.

Las abuelas responsables de cuidar o criar a nietos sufren más de estrés y depresión que las abuelas sin esas obligaciones. Éstas son mujeres mayores que pueden tener sus propias necesidades de salud. Así que cuidar a un nieto que puede tener problemas de salud, problemas de desarrollo, o una necesidad mayor de cuidado causa más estrés para estas abuelas. La edad de los nietos puede ser un factor también. Los niños más jóvenes requieren más, físicamente, pero los abuelos a menudo tienen que gastar más energía mental y emocional en los niños mayores. Un informe (OMS, 2002), revela los sufrimientos de las personas mayores que se ocupan de sus hijos adultos infectados por el VIH o de sus nietos huérfanos. El estudio monográfico que sirvió de base, fue realizado en Zimbabwe. Se destaca que las personas de edad afrontan un estigma suplementario al ocuparse de los huérfanos y de las PVVS.

Prácticamente se deja a las personas de edad, generalmente mujeres, asumir ellas solas el importante papel de cuidar y de ayudar a sus hijos adultos enfermos terminales y, cuando ellos mueren, a los huérfanos. Lo hacen en la pobreza, sin reconocimiento, y a menudo con mala salud. Su contribución es esencial en el contexto general de mejora del acceso al cuidado y la ayuda de los enfermos del VIH/sida, pero generalmente la sociedad lo ignora.

Se señala que el VIH/sida tiene un efecto devastador en lo económico, lo social y lo psicológico. Hay que tener en cuenta que cargan con cuidado y atención de enfermos sin conocer con exactitud cómo ejercer ese rol, muchas veces son personas con analfabetismo funcional, sin preparación para la tarea, y por otra parte desconociendo el riesgo de contagiarse ellas mismas con el virus.

Hay que recordar que las personas mayores están bajo riesgo de infección. Y sin embargo son ignoradas completamente por los programas de atención al VIH. Este caso de negligencia activa, es uno de los tipos de violencia contra las personas de edad, y es ejercido justamente por autoridades sanitarias.

El informe recomienda que se reconozca y se apoye la función de cuidadores/as que realizan las personas de edad. Destaca que si los cuidadores no gozan de buena salud no pueden seguir dispensando la atención necesaria. Se pide un cambio de actitud de los agentes de salud y otros prestadores de servicios, así como un cambio de las políticas de salud y de otras instituciones para velar por que las personas de edad dispongan de ayuda social, económica y emocional adecuada.

El estudio se realizó en 2001 en seis de las 10 provincias de Zimbabwe, se emplearon métodos de investigación mixtos, cualitativos y cuantitativos, para encuestar a 685 personas de edad pertenecientes en un 40% a familias urbanas y en un 60% a familias rurales, que dispensaban cuidados relacionados con el VIH; dos terceras partes de todos los cuidadores son mujeres. Las principales constataciones de la investigación fueron:

- La pérdida de la ayuda económica al dejar de recibir las aportaciones de sus parientes adultos enfermos o muertos;

-
- la falta de acceso a los productos y servicios de primera necesidad, como alimentos, ropa y atención médica;
 - el acceso limitado a los servicios de atención, debido a las dificultades de transporte y el costo elevado de los servicios;
 - las dificultades económicas que les impiden pagar gastos médicos o escolares;
 - la estigmatización y las actitudes negativas de los agentes sanitarios con respecto de las personas de edad, y de las personas con el VIH;
 - el estrés físico y emocional derivado del creciente nivel de violencia y malos tratos, a menudo con acusaciones de brujería.
 - En el estudio se reconoció además que en la mayoría de las sociedades las personas de edad son un grupo vulnerable, por su vida de sufrimiento, malnutrición y pobreza, y porque a su edad corren un alto riesgo de sufrir enfermedades crónicas. La pandemia del SIDA les impone una carga más, aumentando su vulnerabilidad.
 - Más de 64.000 personas de más de 50 años en Tailandia perdieron a uno o más hijos o hijas adultas por el VIH en 2001 (HelpAge Int, 2003).

En un estudio llevado a cabo en la aldea de Kagabiro (Tanzanía), se puso de manifiesto que cuando en una familia había algún miembro viviendo con VIH/sida, el 29% del trabajo doméstico correspondía a asuntos relacionados con esa enfermedad. En las dos terceras partes de los casos había dos mujeres entregadas a los deberes de la atención de los enfermos y por término medio la pérdida total de trabajo para estas familias era del 43% (HelpAge Int, 2004).

Las investigaciones han establecido que hasta un 90% de la asistencia dedicada a la enfermedad se proporciona en el hogar. La gran mayoría de las mujeres y niñas que soportan el peso de la atención del VIH/sida lo hacen con muy poco apoyo material o moral. No reciben adiestramiento ni material convencional como guantes, medicación o alimentos, y no tienen medios para pagar la matrícula escolar de los hijos. La combinación de la carga física y psicológica de atender a los miembros enfermos de la familia, incluidos los huérfanos y otros familiares que han resultado afectados por la enfermedad, de intentar asegurar un suministro adecuado de alimentos, medicamentos y pagar la escolarización de los hijos y de sustituir los ingresos perdidos, a menudo fuerza inevitablemente a las mujeres a desatender su propia salud y bienestar.

Habida cuenta de que cada vez un mayor número de personas en edad de trabajar cae enferma y fallece por causa de enfermedades relacionadas con el VIH/sida, la pérdida de ingresos familiares obliga a las mujeres mayores a volver a ponerse a trabajar. A su avanzada edad, con frecuencia esas mujeres pasan a ser las únicas personas que cuidan y sustentan a sus hijos adultos y nietos huérfanos.

Las jóvenes y adolescentes se ven forzadas a sacrificar su educación para prestar atención dentro de la familia y enfrentan pocas perspectivas de conseguir un trabajo decente. Por ejemplo, en Swazilandia se ha comunicado que la matriculación escolar ha descendido en un 36% por causa del VIH/sida y esa reducción afecta primordialmente a las niñas.

El creciente impacto de la epidemia ha puesto de relieve que la atención domiciliaria del VIH/sida necesita ampliar su apoyo más allá de la persona infectada por el VIH e incluir a su familia y miembros familiares. Los programas de atención domiciliaria han dejado de limitar exclusivamente su enfoque en la atención médica y de enfermería para pasar a incluir el asesoramiento, la ayuda alimentaria, el apoyo de los servicios sociales, las matrículas escolares para los huérfanos y la generación de ingresos para las viudas.

Algunos de ellos han conseguido con éxito la participación de los varones y han demostrado que trabajar con ellos ayuda a cambiar las actitudes y creencias culturales tradicionales acerca de los papeles diferenciados por razón de los sexos, algo esencial para invertir el curso de la epidemia. El cuidado de los hijos adultos y los nietos huérfanos significa una carga financiera, social y emocional en las personas mayores, que las hunde más y más en la pobreza.

En algunos países se están desarrollando programas de ayuda comunitaria por parte de asociaciones civiles o gobiernos municipales, pero éstos aún son insuficientes. En estos momentos aparece como central la tarea de generar conciencia, diseminar datos e informaciones a fin de que los estamentos gubernamentales y las organizaciones pertinentes asuman sus responsabilidades y compromisos.

Referencias

- Aidsinfonet.org, 2008, Las personas mayores y el VIH, InfoRed, Hoja N° 616, en http://www.aidsinfonet.org/factsheet_detail.php?fsnumber=616&newLang=es
- Le Breton D., 1985, Corps et Sociétés, Librairie des Méridiens, Paris.
- Worldcom Foundation, 2007, El cuerpo de las mujeres es un campo de batalla. en <http://www.worldcom.org:80/>
- UNAIDS/UNPFA/UNIFEM, 2004, Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis, N. York. en <http://www.unfpa.org/women>
- Pogrányivá A., 2006, El SIDA y las personas mayores /AIDS and the Elderly, en Gerokomos, 17, 2, Madrid.
- 07 AIDS Epidemic Update, 2007, UNAIDS/WHO, Geneva. en http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf
- HelpAge International, 2007, El impacto del VIH/SIDA para las personas mayores, Documento de trabajo.
- HelpAge International, 2001, Informe VIH/SIDA: Por qué las estrategias deben incluir a las personas mayores, Tercera Edad y Desarrollo 8, pp. 6-7.
- HelpAge International, 2001, Pobreza y VIH en Tailandia, op. cit., p. 4.
- HelpAge International, 2003, Paul, G., Cómo afecta el VIH/SIDA a las personas mayores, en Horizontes 61, VIH/SIDA y personas mayores, pp. 4-5.
- HelpAge International, 2003, Cómo reducir el estigma, según el Training Manual on Ageing in Africa, en op. cit., p. 10.
- HelpAge International, 2004, Monasch R. & Clark F. Creciente rol de abuelos como cuidadores, en Tercera Edad y Desarrollo 16, VIH/SIDA, ¿Quiénes los cuidan? pp. 6-7.
- HelpAge International, 2004, Clark F. ¿Los últimos en la cola del tratamiento?, en op. cit., p. 9.
- INE, 2004, Instituto Nacional de Estadísticas de España, Anuario Estadístico.
- Tabnak, F. & Sun R., 2000, Needs of HIV/AIDS Early Identification and Preventive Measures among Middle-Aged and Elderly Women, American Journal of Public Health 288, 90, 2.
- Ministerio de Salud GCBA, 2008, Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en la ciudad de Buenos Aires.
- Mahar F. & Sherrard J., 2005, Sexually Transmitted Infections en Sexual Health and The Menopause, The Royal Society of Medicine Press, London.
- Mariñansky C., 2007, HIV en el adulto mayor, Antropología Médica, Carrera Docente, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, (mimeo).
- ONU, 2002, Naciones Unidas, II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Madrid (documentos de difusión).
- CNISM (Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer), 2007, Envejecer bien, vivir bien, en <http://www.4women.gov/espanol/mayores/index.cfm?style=large>
- OMS, 2002, Repercusión del SIDA en las personas de edad de África, Ginebra.
- ONUSIDA, De Santis, D. Documentos de antecedentes: Atención, mujer y SIDA. en http://data.unaids.org/GCWA/GCWA_BG_care_es.pdf
- FNG, (Fondation Nationale de Gérontologie), 2000, La Maltraitance, Gérontologie et Société, 92, Paris.

Sección III: Contextos y prioridades

Section III: Context and Priorities

La migración mundial y su impacto sobre el VIH y la violencia contra la mujer

Jenny López¹

I. Las migraciones en el contexto actual

Hoy en día el fenómeno de la migración es considerado como un factor global decisivo del siglo 21. En ningún otro punto de la historia de la humanidad han existido tantos inmigrantes como en la actualidad ya que se estima que aproximadamente 192 millones de personas viven fuera de su país de origen, lo cual equivale al 3% de la población mundial². Las dimensiones demográficas y económicas de la migración son múltiples. Se estima que en 2006 el flujo de remesas excedió los 276 mil millones de dólares a nivel mundial, de los cuales 206 mil millones tenían como destino los países en desarrollo. Al mismo tiempo, existen entre 30 y 40 millones de inmigrantes indocumentados, los cuales representan del 15 al 20 por ciento de la población inmigrante mundial.³

Aunque la mayoría de las migraciones se asocian con la búsqueda de nuevas oportunidades económicas, debido a la desigualdad social, también existen las migraciones causadas por persecución, violación de derechos humanos, conflictos y guerras. De acuerdo a la Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados, es alarmante el incremento en el número de refugiados a nivel mundial que fue registrado en el año 2007. En 2007 hubo 26 millones de personas desplazadas por conflictos internos en por lo menos 52 países, comparado con 24,5 millones en el año anterior. El número de refugiados a nivel global alcanzó los 11,4 millones de personas en 2007, comparado con 9,9 millones en 2006⁴.

Se creería que países ricos como los europeos constituyen el destino principal de los refugiados, pero los datos disponibles indican que existe un mayor índice de refugiados en países aun en vías de desarrollo, y la realidad es que los países más desarrollados cada vez estudian y aplican nuevas formas de controlar el flujo de refugiados e inmigrantes.

En general las migraciones si bien pueden ser vistas como un proceso constante de evolución, una fuente de enriquecimiento para las naciones y como una invaluable contribución al desarrollo, también están marcadas por la desigualdad, la discriminación y la explotación, así como la proliferación de grupos al margen de la ley, especializados en el tráfico ilegal de personas, sometiendo a sus víctimas a los peores abusos.

Actualmente en muchos países las y los inmigrantes se han convertido en sinónimo de degradación social, acusándolos del incremento en índices de criminalidad y de la reducción en índices económicos. Thoraya Obaid, directora ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ha puesto de manifiesto que, a pesar de los esfuerzos de las organizaciones internacionales y de las ONG, “los derechos de los inmigrantes se siguen violando”⁵. Por ejemplo, en Estados Unidos desde 2004, se han presentado las muertes de 62 inmigrantes, muchos de ellos indocumentados, retenidos en centros de servicios de inmigración y aduanas, por falta de tratamiento médico que necesitaban⁶. Uno de los casos fue de un inmigrante nicaragüense viviendo con el VIH, que a pesar de que sus familiares alertaron al servicio de inmigración de su condición y su necesidad de medicamentos antirretrovirales, el centro de detención le negó el suministro de los mismos y poco tiempo después falleció.

La Unión Norteamericana por las Libertades Civiles (ACLU), la mayor organización del país en defensa de los derechos civiles, afirma que las condiciones de detención de los inmigrantes suscitaron numerosas denuncias en los últimos meses, después de que las autoridades estadounidenses multiplicaran las redadas para arrestar a indocumentados como resultado de una fuerte presión política para resolver el problema de la inmigración ilegal. Inclusive en 2007, organizaciones hispanas y de defensa de los derechos humanos, entre ellas Amnistía Internacional (AI), protestaron frente al centro de detención de indocumentados de Hutto (Texas) para denunciar el arresto de niños sin documentos y exigir el cierre de la cárcel⁷.

¹ Psicóloga, especialista en violencia doméstica. Creadora del programa PROMESA en Estados Unidos. Correo electrónico: jencounsel@hotmail.com

² “Estimados globales de las Naciones Unidas” Reporte de tendencias en inmigración. Naciones Unidas. Nueva York, 2005.

³ Prospectos de economía mundial. Banco Mundial, Washington DC, 2006.

⁴ Concilio noruego para refugiados. Tendencias globales de desplazamiento y desarrollo, Noruega, 2005.

⁵ Manuscritos de las sesiones en el Congreso Mundial sobre Movimientos Humanos e Inmigración, Un reto para el siglo XXI. Barcelona, 2004.

⁶ Centro de Medios Independientes, 2008. <http://argentina.indymedia.org/news/2007/07/532885.php>

⁷ Centro de Medios Independientes, 2008. <http://argentina.indymedia.org/news/2007/07/532885.php>

También en Europa, se presentan incidentes de agresión a las y los inmigrantes; sólo en Abril de 2008 se publicaron 2 videos de guardias del metro de Madrid en España, golpeando a inmigrantes latinos sin razón alguna, gritándoles insultos y riéndose mientras los violentaban. Mientras tanto los 27 gobiernos que conforman la Unión Europea (UE), el 15 de Mayo de 2008 en Bruselas, aprobaron una ley para expulsar a los inmigrantes indocumentados. Esto significa que en los próximos meses serán expulsados cerca de 8 millones de inmigrantes indocumentados de toda la Unión Europea.

En África, no es diferente la historia de maltratos relacionados con la migración. La continua guerra civil por la que atraviesa Sudán ha desplazado a 4 millones de personas que huyen del conflicto, algunos se refugian en otras ciudades del mismo país y otros emigran a Etiopía, Kenia, Uganda y Egipto. Lo más triste es que en los campamentos de refugiados a donde llegan y esperan encontrar seguridad, muchas veces los esperan peores abusos que los del conflicto que dejaron atrás. Los casos más graves se reflejan en las denuncias de abuso sexual a niños y niñas por parte de socorristas internacionales y efectivos de paz. Un informe de la organización británica Save the Children, basado en investigaciones en Sudán, Costa de Marfil y Haití, indicó que más de la mitad de los niños y niñas entrevistados conocían casos de estupro y manoseos y que en muchos casos esos niños conocían otros 10 incidentes o más de ese tipo perpetrados por empleados de organizaciones filantrópicas o los soldados de las Naciones Unidas. El informe también detalla muchos tipos de abuso sexual como cambios de alimentos por relaciones sexuales, besos lascivos, prostitución forzosa y la utilización de menores con fines pornográficos. La amenaza de represalias y el estigma que conlleva el abuso sexual fueron las razones para no denunciar los hechos⁸. Estas denuncias demuestran la vulnerabilidad a la que inmigrantes y refugiados están expuestos aún por personas que deberían protegerlos.

Las y los inmigrantes asiáticos son también víctimas de abusos y maltratos. En Arabia Saudita donde los trabajadores inmigrantes del sur de Asia (Bangladesh, India, Pakistán, Sri Lanka, Nepal) contribuyen en gran parte al desarrollo del país y del golfo pérsico, la discriminación, explotación y falta de protección gubernamental son escenas de cada día.

II. Interrelación entre el VIH, la VCM y las migraciones

Las mujeres constituyen el 49,6 % de los inmigrantes mundiales, según el informe de la ONU de 2005.⁹ Generalmente enfrentan una doble discriminación, como inmigrantes y como mujeres. Según Esohe Agathise, de la Coalición en Contra del Tráfico de Mujeres: *“Por lo general, se incorporan al sector servicios (servicio doméstico, cuidado de personas de edad avanzada, etc.), y esto las hace más vulnerables porque no tienen cobertura social y muchas veces se las retiene en su espacio de trabajo. Otro alto porcentaje de mujeres son víctimas del tráfico humano y están expuestas a malos tratos y explotación sexual. El tráfico de mujeres es la explotación de la inmigración que la política no controla.”*¹⁰

La vulnerabilidad de la mujer inmigrante la expone a múltiples abusos y maltratos de tipo físico y psicológico, así mismo tiene más riesgo de contraer el VIH o de ser discriminada si ya vive con el virus. Los riesgos a los que se exponen las mujeres inmigrantes, asociados con el vínculo entre la violencia contra la mujer (VCM) y el VIH, se ven reflejados en el tráfico y la explotación sexual (prostitución) en los campamentos de refugiados, en las cárceles de los servicios de inmigración donde se discrimina e ignoran las necesidades del inmigrante, en los cruces de fronteras, donde los traficantes toman ventaja del deseo de las mujeres por buscar una mejor vida, en los sitios de trabajo donde jefes acosan sexualmente a las empleadas inmigrantes, amenazándolas con deportarlas; y en las relaciones con ciudadanos de los países de destino, en donde las mujeres se vuelven víctimas de la violencia, a cambio de obtener un estatus legal.

a. Tráfico y explotación sexual de mujeres inmigrantes

El tráfico de personas es la esclavitud de la era moderna. Según el Departamento de Estado de los Estados Unidos,¹¹ se calcula que entre 600.000 a 800.000 personas, en su mayoría mujeres y niños, son víctimas cada año. La Organización Internacional para las Migraciones define el tráfico de mujeres como cualquier transporte o desplazamiento ilícito de mujeres inmigrantes y su posterior comercialización para actividades económicas o personales, como la explotación sexual.

⁸ La Prensa Asociada. Denuncian abuso sexual de socorristas a niños por Edith Lederer, 2008.

http://www.elnuevoheraldo.com/articulos/abuso_21093___article.html/naciones_unidas.html

⁹ “Estimados globales de las Naciones Unidas” ,Reporte de tendencias en inmigración. Naciones Unidas, Nueva York, 2005.

¹⁰ Manuscritos de las sesiones del Congreso Mundial sobre Movimientos Humanos e Inmigración, Un reto para el siglo XXI, Barcelona, 2004.

¹¹ Departamento de Estado de Estados Unidos. Hechos y datos sobre tráfico humano. Washington D.C., 2004-2008.

Entre las causas relacionadas por el lado de oferta de personas que pueden ser traficadas, particularmente en América Latina y el Caribe, están la pobreza, mejores estándares de vida en otros lugares, estructuras sociales y económicas débiles, la carencia de oportunidades de empleo, el crimen organizado, la VCM, la corrupción gubernamental y la inestabilidad política. La propagación del VIH y otras enfermedades y el tráfico de personas representan también una inquietud para la salud pública.

Debido a las condiciones de reclusión y aislamiento, control financiero, esclavitud por deuda, violencia, y el uso de drogas y alcohol a las que se ven sometidas las víctimas del tráfico sexual, su capacidad para negociar sexo protegido se ve anulada. El sexo forzado hace que las mujeres pierdan el control sobre sus vidas, su salud y su sexualidad, convirtiéndolas así en una de las poblaciones más vulnerables para contraer el VIH. Son mujeres que muchas veces no saben cuándo adquirieron el VIH por falta de acceso a servicios de prevención y atención, y por no recibir un tratamiento adecuado a tiempo, su enfermedad progresa hasta la muerte.

En otras regiones los datos son alarmantes¹². En el caso de Japón, durante los últimos años las ganancias de la industria del sexo suman aproximadamente 4,2 trillones de yenes por año. En Polonia, la policía calcula que por cada mujer polaca entregada, el traficante recibe alrededor de 700 dólares. En Australia, la Policía Federal calcula que las ganancias generadas por 200 trabajadoras sexuales pueden ascender a 900.000 dólares por semana. La entrega de una mujer ucraniana o rusa – ambas altamente valoradas en el mercado del sexo – representa una ganancia de entre 500 y 1.000 dólares para la banda criminal que la trafica. Se estima que cada mujer atiende a un promedio de 15 clientes por día, ganando así aproximadamente 215.000 dólares por mes para la organización criminal.

Se calcula que en los últimos años varios millones de mujeres y niñas han sido traficadas dentro y desde Asia y la ex Unión Soviética, dos de las principales áreas del tráfico sexual. El aumento del tráfico en ambas áreas se relaciona con las condiciones de pobreza que afectan a las propias mujeres o a sus hogares o padres, quienes las venden a intermediarios. Con la implementación de las políticas de mercado las tasas de desempleo entre las mujeres en Armenia, Rusia, Bulgaria y Croacia alcanzaron un 70% y en Ucrania un 80%.

b. El VIH/sida y la VCM en campamentos de refugiados

El trauma de la guerra, la violencia y la persecución, seguidos por el exilio, son usualmente el destino de los refugiados. Y el dolor de las y los desterrados es aún mayor en las regiones del mundo más afectadas por el VIH. Muchas veces los refugiados son acusados de propagar el VIH y además son excluidos de grandes programas que ayudan en el tratamiento de esta enfermedad. La realidad de la interacción entre el VIH y los refugiados es más compleja de lo que se cree; en estudios recientes¹³ se ha encontrado que no hay estadísticas que demuestren que los conflictos en sí incrementen los índices del VIH dentro de la población. Los riesgos están más asociados a:

- La prevalencia de casos en el país de origen de los refugiados
- La prevalencia de casos en el país de destino
- La prevalencia de casos en comunidades alrededor de los campamentos
- El grado de interacción entre las comunidades aledañas y los refugiados.

Es el caso de las y los refugiados del norte de Uganda en África, donde la prevalencia del VIH ha disminuido. Paul Spiegel, de la Oficina de las Naciones Unidas para los Refugiados¹⁴, afirma que *“en la mayoría de los casos los refugiados no traen el VIH a los países de destino, más sin embargo pueden traer más altos índices del VIH a sus países de origen si existía una alta prevalencia de casos en las comunidades aledañas al campamento donde se refugiaban y la interacción de los refugiados con estas comunidades fue alta”*.

¹² Revista Cotidiano Mujer. Las Contrageografías de la globalización por Saskia Sassen, 2002.

¹³ UNICEF Y UNHCR. Informe de la XVI Conferencia sobre VIH/SIDA y desplazados. Toronto, Canadá, 2006.

¹⁴ Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados. Publicaciones sobre VIH/SIDA y desplazados, 2007. <http://www.unhcr.org>

En los campamentos las y los refugiados reciben educación y prevención sobre el VIH, además de atención médica. Por ejemplo, en los campamentos de Kenia los refugiados están bien informados acerca de la enfermedad, en contraste con la población del sur de Sudán (de donde provienen la mayoría de los refugiados) donde menos del 10% de la población joven de ese sector está informada acerca de la enfermedad. Según una encuesta en 2005¹⁵ los jóvenes no sabían como prevenir la enfermedad ni qué era un condón. De aquí la importancia de los programas de los organismos internacionales para que los refugiados cuando vuelvan a su país de origen, se conviertan en líderes de la prevención del VIH.

La vulnerabilidad de las y los refugiados en estos campamentos se presenta por actos de discriminación y abuso de poder por parte de algunos que dirigen y resguardan los campamentos. Esto es lo que en realidad los pone en riesgo de no recibir atención médica si viven con el VIH y de no denunciar violaciones por temor a represalias.

El desplazamiento forzoso de la población confluye hacia la generación de problemas sociales de gran magnitud asociados con la marginalidad, el hacinamiento traducido como falta de privacidad, la exclusión social, la vulneración de derechos fundamentales, el abuso sexual y el maltrato a mujeres y menores de edad. También la fragilidad de las redes sociales tales como acceso a servicios de salud, de educación y de recreación incrementa la vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH.

c. Cruzando la frontera

La falta de oportunidades en los países de origen hace que millones de mujeres consideren en emigrar como la mejor opción para su futuro y el de su familia. Durante esta travesía el riesgo de ser víctimas de la VCM y de contraer el VIH es muy alto. Los traficantes cobran cuantiosas sumas de dinero para que las y los inmigrantes crucen la frontera y en el caso específico de las mujeres, constituyen prácticas sistemáticas el abuso sexual y las amenazas de dejarlas abandonadas o como prisioneras una vez que lleguen a su destino.

El acoso sexual laboral también predomina entre las trabajadoras inmigrantes indocumentadas que no denuncian por temor a ser deportadas. Tijuana, una ciudad mexicana marcada por la migración, ocupa el segundo lugar en la incidencia del VIH/sida. Y es que el fenómeno de la migración crea toda una serie de situaciones sociales que condicionan tanto la conducta de los individuos que los pone a riesgo de contraer el VIH y limita sus posibilidades de sobrevivencia una vez adquirida la enfermedad. En España donde el 41% de los inmigrantes provienen de América del Sur, y el 19% del África, los casos de VIH/sida importados dentro de la población inmigrante son también en su mayoría de Latinoamérica (27.5%) y de África (22.3%)¹⁶.

Es probable que algunas de las características de las políticas migratorias y de los métodos usados para hacerlas cumplir contribuyan a hacer que las mujeres inmigrantes sean aun más vulnerables y tengan pocas posibilidades de recurrir a la ley. Si no tienen documentos – siendo ésta la situación más común – no serán tratadas como víctimas de abuso, sino como infractoras de la ley ya que han violado las leyes relativas al ingreso, residencia y trabajo. El intento de abordar el problema de la inmigración sin documentación y el tráfico humano a través de controles más rígidos en las fronteras, aumenta la probabilidad de que las mujeres usen a traficantes para cruzar la frontera, y puede que algunos de éstos resulten pertenezcan a organizaciones criminales vinculadas a la industria del sexo.

Es por esto que se deben buscar modelos de políticas que no sólo aborden el problema de la migración, si no que también incluyan la relación que ésta tiene con el vínculo entre la VCM y el VIH. Es necesario que los gobiernos traten este problema teniendo en cuenta los problemas de género para así ofrecer repuestas eficaces que aporten al empoderamiento de la mujer y la protejan.

¹⁵ Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados. Publicaciones sobre VIH/SIDA y desplazados, 2007. <http://www.unhcr.org>

¹⁶ Grupo de Estudio del SIDA – SEIMC. Inmigración y VIH en España por J. L. Pérez Arellano, 2004.

III. Algunas experiencias internacionales

En Tailandia, uno de los países con mayor índice de turismo sexual, la Fundación Centro Nueva Vida, desde 1994 ha estado llevando a cabo cursos de educación y prevención sobre el VIH y el tráfico sexual en provincias indígenas del país. A través de un currículo interactivo que incluye carteleras en lenguajes nativos, juegos de drama y música, cerca de 400 provincias se han beneficiado del programa.

Uno de los modelos del proyecto fue aplicado en la provincia de Sipsong en China, de donde emigran muchos de sus jóvenes para trabajar en Tailandia, enfrentándose a riesgos de convertirse en víctimas del tráfico sexual y de contraer el VIH. El proyecto estaba dirigido a mujeres jóvenes, entre 20 y 25 años, que casi siempre emigran a Tailandia para trabajar como meseras, bailarinas, masajistas o trabajadoras sexuales, con el fin de enviar dinero a sus familias para construir casas en sus provincias y brindar educación a sus hermanos. Se les hizo una serie de preguntas antes de empezar el programa, donde se evaluaba su conocimiento sobre riesgos y prevención del VIH y el tráfico sexual; el resultado inicial fue de poco conocimiento acerca de los dos temas. Algunas pensaban que el VIH se contagiaba a través de la respiración o por usar el mismo baño que una persona viviendo con el VIH. Después de las sesiones de capacitación, se les volvió a preguntar lo mismo y las respuestas indicaron un incremento en su conocimiento. Ya todas entendían los factores de riesgo y protección del VIH así como los engaños con que operan las mafias del tráfico ilegal de personas. En total se capacitaron 3472 personas en 12 remotas provincias de China, las cuales aprendieron factores de riesgo, hechos y estadísticas actuales sobre el VIH, el tráfico humano y el uso de drogas.

En agosto de 2007, la Asamblea General de las Naciones Unidas, presentó su informe para la protección de mujeres trabajadoras inmigrantes¹⁷. El informe incluye las siguientes recomendaciones para los gobiernos:

- a. Reconocer el incremento de la migración femenina, causada por factores socio-económicos, e implementar políticas de migración internacional que incluyan esta tendencia.
- b. Recalcar la responsabilidad de las autoridades en los países de origen, tránsito y destino en promover un ambiente que prevenga y luché en contra de la violencia contra las trabajadoras inmigrantes, su abuso y explotación.
- c. Crear e incrementar la base de datos sobre formulación de políticas y estrategias que afronten el problema de la violencia contra las mujeres inmigrantes.
- d. Regular los sitios de Internet que engañan a las mujeres con matrimonios y falsa documentación para emigrar.
- e. Crear programas de empoderamiento para mujeres inmigrantes con el fin de reducir su vulnerabilidad ante el abuso.
- f. Continuar la cooperación entre gobiernos en el intercambio de información acerca de casos de abuso a mujeres inmigrantes.
- g. Incorporar un capítulo de derechos humanos y género en las legislaciones de migración internacional y en las de asuntos laborales, haciendo énfasis en la no tolerancia a la discriminación de la mujer, sin importar su estatus migratorio.
- h. Dialogar e implementar políticas que promuevan la migración legal.
- i. Cooperar internacionalmente, junto con las ONGs y el sector privado, para subsidiar programas y material de información que eduquen a las mujeres sobre la realidad de la migración, sus costos, riesgos, derechos, deberes, leyes de empleo y ajustes de estatus.
- j. Proveer a las mujeres inmigrantes con asistencia inmediata después de ser víctimas de abuso, brindándoles consejería, asesoría legal, acceso consular y refugio temporal.
- k. Reforzar las penas y sanciones para aquellos que trafican ilegalmente con personas y para los agresores contra las mujeres inmigrantes.
- l. Entrenar al personal de seguridad fronteriza en información general sobre la violencia contra las mujeres inmigrantes y equiparlos con herramientas de intervención apropiadas para estas mujeres.

¹⁷ Asamblea General de las Naciones Unidas. Informe de resoluciones adoptadas sobre la violencia en contra de mujeres inmigrantes. A/62/433 (Parte II), 2007.

En general la migración contribuye a que se incrementen los factores de riesgo frente al VIH y la VCM. Las principales causas de esto son: la desigualdad socio-económica en los países de origen, las políticas de migración ineficaces, la corrupción en los gobiernos, la desinformación de las y los emigrantes, la falta de educación sobre el VIH y la VCM en los países de origen, y la violación de los derechos humanos de las y los inmigrantes en los países de destino.

Todos estos factores contribuyen a la promoción del sexo forzado, la falta de empoderamiento en la mujer para exigir protección durante la relación sexual, las conductas sexuales de alto riesgo en la niñez y adolescencia, el acceso limitado o nulo a centros de prevención y atención y el temor de personas viviendo con el VIH a usar los servicios de salud por miedo a la violencia y la discriminación.

***“El ser extranjera, me llena de pena
No encuentro consuelo y extraño mi tierra
El sueño pasado se esfuma frustrado
Y hoy sufro el abuso del suelo lejano.”***

Desastres naturales y violencia contra las mujeres: el caso del sismo de 2007 en el Perú

Teresa Ojeda Parra¹

I. Características del desastre

El miércoles 15 de agosto de 2007, siendo las 18:41 horas (hora local), un devastador sismo sacudió la costa sur del Perú. La magnitud fue de 7.0 grados en la escala de Richter (ML) y 7.9 grados en la escala de “magnitud momento” (Mw). El siniestro afectó de gravemente a las ciudades de Pisco, Ica, Chincha y otras aledañas (el llamado “sur chico”) en un radio de aproximadamente 250 km. El epicentro fue localizado a 60 km. al Oeste de la ciudad de Pisco, es decir, en el mar. (1)

Este sismo es considerado como el mayor ocurrido en el Perú en la última centuria en esta región y se caracterizó por su gran duración (aproximadamente 4 minutos). (1, 2, 3) Causó la muerte de 595 personas, 318 personas desaparecidas, 19,025 heridos leves, 2,771 heridos graves. De aproximadamente 246,000 viviendas registradas en el Censo de Damnificados, 76,000 viviendas, aproximadamente, fueron destruidas y muy afectadas (en ambos casos se requiere reconstrucción), convirtiéndose en inhabitables. (4) El fuerte movimiento telúrico acabó con el fluido eléctrico, no había agua potable, alimentos, ni vestimenta; las viviendas y los edificios estaban destruidos, las carreteras destrozadas y las personas pernoctando en la calle. Los sobrevivientes estaban expuestos al polvo, el viento, el frío, sin abrigo y no contaban con letrinas.

La participación de la población en las tareas de rescate de heridos y víctimas fue determinante en un primer momento; luego vino el desplazamiento de las brigadas de rescate desde la capital. Simultáneamente, el sector salud se organizó para brindar asistencia a los cientos de personas heridas y la ayuda internacional no se hizo esperar, tanto en relación al rescate de víctimas y cadáveres, como en la atención en salud. En puntos estratégicos se instalaron hospitales de campaña de EsSalud, Estados Unidos, México, Cuba, entre otros; todos dotados de personal médico, medicinas, equipos de fumigación y equipos electrógenos propios. Los centros de salud de Pisco, Ica, Chincha y Cañete fueron reforzados con profesionales del Ministerio de Salud, así como de la Cruz Roja, Médicos Sin Fronteras, el Colegio Médico, la ONG ADRA, médicos de Colombia, entre otros. La comunidad internacional ofreció 40 millones de dólares de ayuda humanitaria² para los miles de damnificados/as de las zonas afectadas. (5)

Una de las medidas urgentes tomadas por las autoridades locales fue la reubicación de las y los damnificados a lugares donde fueron instaladas carpas de campaña previstas para su permanencia temporal. Si bien constituyó una solución factible y adecuada a la falta de vivienda, el hacinamiento fue una característica que acompañó a estos espacios. Dado que cientos de personas se quedaron sin vivienda y las carpas destinadas a los damnificados no se abastecía, muchos pobladores construyeron sus propios refugios en base a esteras, plásticos, maderas y cartones. El rescate de los cuerpos de las víctimas fatales fue tedioso; sin embargo, se realizó con mucho orden y tomando en cuenta las medidas necesarias para evitar que los cadáveres estuvieran expuestos a la intemperie durante mucho tiempo. La población tuvo una participación activa y la tarea de reconocimiento de los cadáveres pudo llevarse a cabo prontamente.

Transcurridas tres semanas luego del terremoto, las brigadas internacionales encargadas de rescatar víctimas emprendieron su retiro de la zona: su labor había llegado a su fin. En estas circunstancias el desastre y la tragedia ya no eran noticias a publicarse en las primeras planas de los medios. No obstante en las zonas perjudicadas por el sismo, la devastación todavía se dejó sentir pues continuó la escasez de agua, víveres y fluido eléctrico en algunas zonas. Muy a pesar del esfuerzo de las autoridades y del Estado, y del coraje demostrado desde un primer momento por la población, aparecieron además nuevas secuelas como el impacto del sismo en la salud mental de las y los damnificados (trastornos del sueño, miedo, ansiedad, entre otros).

¹ Psicóloga, docente e investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Punto Focal de Development Connections en el Perú. Correo electrónico: teresa.ojeda@gmail.com y ojedater@dvcn.org

² La colaboración incluyó el apoyo de equipos de profesionales especializados en situaciones de desastre, además de casas prefabricadas, carpas, frazadas, pastillas potabilizadoras de agua, medicamentos, ropa, alimentos, pañales descartables, plantas potabilizadoras de agua y de energía eléctrica, material quirúrgico, entre otros.

II. Impacto del desastre en las mujeres

El sismo en el sur del Perú tuvo serias implicancias en el desarrollo de las familias de las zonas afectadas, pero fueron principalmente las mujeres quienes llevaron la mayor carga, lidiaron incansablemente día a día con las dificultades y buscaron soluciones de acuerdo a sus posibilidades, como el gestionar los alimentos mediante las “ollas comunes” elaboradas con lo que cada mujer podía conseguir. Mas como afirma la OPS “lo que los medios no muestran, sin embargo es que las mujeres forman una parte vital de mitigación de desastres y los esfuerzos de respuesta, actuando dentro de sus roles, o trascendiendo a ellos”. (6)

Las familias cuyas viviendas resultaron destruidas por el sismo, fueron reubicadas en refugios diversos. Este desplazamiento trajo consigo limitaciones de espacio, privacidad, así como dificultades para que las mujeres realizaran con comodidad y facilidad las tareas domésticas asignadas socialmente a su género. (6) En estas condiciones las mujeres vieron restringidos sus desplazamientos y desenvolvimiento, y paralelamente sus tiempos fueron sobrecargados. Al respecto la OPS asevera que “los establecimientos inadecuados para tareas diarias como cocinar, aumentan la carga doméstica de las mujeres, dejándolas sin la movilidad para buscar fuentes alternativas de ingresos”. (6)

Si bien todas las y los damnificados enfrentaron los riesgos y peligros de los efectos del terremoto, éstos cobraron fuerza a razón de la vulnerabilidad de las personas. Cada quien contaba con recursos propios para planear, sobrevivir y recuperarse de los efectos devastadores del desastre; no obstante, su exposición frente a los riesgos, su habilidad para anticiparse y su capacidad de resistencia frente a ellos fue diferente en cada uno/a. Es decir se dieron diferencias en cuanto a las vulnerabilidades y capacidad de respuesta de cada persona damnificada, vulnerabilidades que se relacionaron directa y principalmente con su identidad de género, edad, condición social y estrato económico. En ese sentido, las mujeres llevaron la peor parte y es que “son desproporcionadamente afectadas por los desastres naturales, generalmente como resultado de su posición de género en la sociedad.” (6) y junto a ellas las y los niños, adolescentes y ancianos/as.

Existen estudios que reportan que después de los desastres se da un incremento en los niveles de violencia doméstica y sexual. (Mc Carrher, DR. y P.E. Bailey, 2000; Enarson, E. 1998, citados por 1). Y es que los agresores aprovechan principalmente de la condición de vulnerabilidad que gozan las víctimas a razón de su pertenencia al género femenino. (7, 8, 9) En el caso de la violencia sexual, sus diferentes expresiones³ las dirigen mayormente a las jóvenes y niñas (7, 8, 9); dichos episodios suelen concretarse a través de la manipulación, intimidación, chantaje, coerción, uso de la fuerza o la amenaza de su uso, o cualquier amenaza, además de cualquier forma o conducta que limite y/o anule la decisión voluntaria de la víctima en relación a su sexualidad y reproducción. (13)

III. Los testimonios

Durante los días posteriores al sismo del 15 de Agosto de 2008 en el sur de Perú, los eventos de violencia sexual no estuvieron ausentes en las diferentes localidades que fueron afectadas por el desastre.

Factores asociados a la vulnerabilidad de las mujeres frente a los desastres naturales

- a) Tener menos acceso a los recursos (esenciales en la preparación y mitigación de desastres y en la rehabilitación que continúa).
- b) La división del trabajo por género (las mujeres suelen estar sobre representadas en industria agrícola, en el trabajo independiente e informal, y también como desempleadas)
- c) Falta de posibilidades de migrar y buscar trabajo, debido a que tienen como responsabilidad el cuidado a niños/as, ancianos/as y discapacitados/as.
- d) La reubicación en refugios dificulta la ejecución de sus tareas domésticas, imposibilitando que busquen otras fuentes de ingreso.
- e) Al perder sus recursos económicos, se perjudica su posición de negociación en el hogar.
- f) La salud sexual y reproductiva de las mujeres no recibe atención adecuada durante el socorro luego de los desastres. (6)

³ Entre las que figuran el abuso sexual infantil, incesto, violación sexual (marital, en citas y por desconocidos), mutilación de los genitales de la mujer, matrimonios forzados, acoso y hostigamiento (en el trabajo, escuela y otros ámbitos públicos) tráfico de mujeres y niñas con fines sexuales, explotación sexual comercial y esclavitud sexual, violación sexual en tiempos de guerra. (7, 10, 11, 12, 13)

A continuación se presentan los relatos de testigos indirectos de los hechos y también las voces de las propias víctimas⁴.

“Conozco el caso de una niña que fue violada. . . . Me enteré porque durante mi trabajo tuve la oportunidad de atender en consulta a muchas familias que luego del terremoto del 15 de Agosto fueron reubicadas en el Estadio José Picasso Peralta de Ica. . . .”

(Médico especialista)

“¡Ay señorita, es tan horrible lo que me pasó! (sollozos) nosotros vivimos en Chincha y recién habíamos perdido a mi madre y mis dos hermanos en el terremoto, o sea una hermana y un hermano y no hallaba consuelo en esos días. . . . estaba como ida, como perdida. . . . (llanto) nos habíamos mudado a una carpa para damnificados ¡Y ahí es cuando ese hombre se aprovechó y me violó!”

(Adolescente violentada sexualmente, 18 años)

“Luego de un mes del terremoto viajé al sur para trabajar un mes como voluntaria. . . . Soy psicóloga y sabía que podía ayudar a mucha gente y no me equivoqué. . . . esta experiencia fue impresionante pues el primer caso que atendí fue justamente el de una adolescente que había sido violada”

(Psicóloga - voluntaria)

“No conozco el caso directamente, pero lo sé porque he recibido información del personal de salud que trabaja conmigo. . . . Reportaron que captaron el caso de una niña de 12 años que salió embarazada a causa de una violación. . . . ¡y todo por estar sola en el refugio poquitos días después del terremoto! ¡Una desgracia tras otra!”

(Médico especialista)

“Nunca podré olvidar cuando esos hombres me han violado señorita. . . . Eso es algo que me hace doler mi alma, mi espíritu y hasta hay veces que siento que mi cuerpo me duele todavía. . . . Hay veces que también reniego y lloro por lo que me pasó y pienso para mis adentros ‘¡si no hubiera habido ese terremoto no me hubiera pasado esa desgracia!’ claro pues, porque hubiera estado en mi casa no mas, tranquila sin necesidad de ir a buscar baño o un descampado para orinar. . . . (llanto) pero ya no puedo cambiar el pasado. . . . ¡No puedo!”

(Adolescente violentada sexualmente, 17 años)

Cuando la víctima es una niña o adolescente se encuentra más vulnerable frente a eventos de violencia sexual. (7, 8, 9) La edad de las víctimas de los casos recogidos en la zona del desastre oscila entre 9 y 18 años.

“La víctima era una niña. . . . tenía 9 años de edad.”

(Médico especialista)

“. . . en esas fechas cuando me violaron tenía 18 años, ahora tengo 19. . . .”

(Adolescente violentada sexualmente, 18 años)

“Ella era una jovencita de 14 años. . . .”

(Psicóloga - voluntaria)

“Tenía 17 años cuando me violaron, estaba en colegio, en 4º de secundaria. . . . ahora ya cumplí 18 y estoy terminando la secundaria.”

(Adolescente violentada sexualmente, 17 años)

“Se trata de una niña de 12 años de edad que había sido violada a los pocos días de ocurrido el sismo. . . .”

(Médico especialista)

⁴ Los testimonios citados fueron recogidos con el propósito de explorar acerca de las circunstancias en las cuales suelen ocurrir los eventos de violencia sexual luego de un desastre natural. Se recogieron 5 testimonios, tres de los cuales corresponden a profesionales que brindaron atención a los/las damnificados/as luego del sismo (dos médicos y una psicóloga) y los otros dos pertenecen a víctimas de violencia sexual.

A través de los testimonios recogidos se pudo identificar que los agresores suelen ser desconocidos y, en algunos casos, se trata de hombres que las víctimas conocen, es más, que compartieron los mismos refugios. Esta última circunstancia da cuenta de que las víctimas probablemente son previamente observadas por los agresores, quienes finalmente encuentran “el momento más adecuado” para cometer el abuso.

“Según me informaron fue un desconocido quien violó a la niña mientras se encontraba sola en el refugio para los damnificados de Chincha.... ¡Fue en pleno día!”

(Médico especialista)

“El hombre que me violó era un señor que también se había mudado a la carpa con su esposa y sus hijos.....”

(Adolescente violentada sexualmente, 18 años)

“El violador era un desconocido.....”

(Médico especialista)

“La persona que la violó fue un vecino del mismo barrio de la joven y que también había sido reubicado con su familia en el refugio.....”

(Psicóloga - voluntaria)

“No los conocía... cuando veo bien ahí estaban dos hombres que nunca les he visto, no los conocía... uno mayor como de 30 años y otro un poco más joven, como de 22 años... si o talvez 23.... si, así no mas tendría el más joven....”

(Adolescente violentada sexualmente, 17 años)

Los episodios de violencia sexual enfrentados por las víctimas sucedieron mientras se encontraban solas, en algunos casos porque sus padres estuvieron trabajando, en otro porque la joven salió sola a buscar un lugar fuera del refugio donde miccionar; finalmente otra joven fue engañada por un vecino.

“Según me narraron era un día de trabajo, o sea laborable y los padres de la niña no estaban en el refugio, la habían dejado encargada a una señora, pero en algún momento esta señora la dejó sola pues tenía que ver de abastecerse de agua.....”

(Médico especialista)

“El día de la violación la pequeña estaba sola... Fue un día de semana, su padre salió a trabajar y su madre había ido a reunirse con otras señoras para ver como colaboraba con la olla común.... Es en esas circunstancias cuando la niña fue violada.....”

(Médico especialista)

“Mi papá, yo y mis hermanitos menores nos habíamos trasladado a esas carpas que armaron para los que nos quedamos sin casa en Chincha.... Ese día mi padre tenía que trabajar, mis hermanos se habían ido al colegio..... yo soy estudiante de computación de un instituto..... y había dejado de asistir al instituto porque me tenía que encargar de ver la comida pues mi mama y mi hermana mayor ya no estaban con nosotros..... (sollozos).... De repente ahí no mas en un descuido mientras arreglaba los colchones y las frazadas este hombre me agarró por atrás..... (sollozos).... y me amenazó con matarme si es que gritaba..... (llanto).... ¡no había nadie ese rato dentro de la carpa! entonces me ha violado ahí en la carpa.... ¡a la fuerza me ha agarrado! (llanto).... y no pude gritar porque me empezó a apretar el cuello y me decía que me mataría si gritaba.... ¡me tuve que callar!.... (llanto).... ¡Tenía miedo.... mucho miedo! Y me aguanté el dolor..... (sollozos)....calladita no mas estuve hasta que terminó de violarme..... me quedé temblando encima de mi colchón..... (llanto).... estaba adolorida y sangrando por mis partes íntimas..... ¡me sentía cochina con su semen mezclado con mi sangre...! (llanto)”

(Adolescente violentada sexualmente, 18 años)

“La adolescente conocía al violador pues era un vecino de su barrio, según me comentó ‘era un señor correcto y su familia lo respetaba mucho’. Por este motivo ella no desconfió cuando le pidió que le ayudara a traer víveres de una zona cercana al refugio y le ofreció compartir con ella algunos alimentos. pero todo era falso, la llevó por un descampado y ahí la violó.”

(Psicóloga - voluntaria)

“Aquel día que me violaron lo recuerdo clarito. estaba en las carpas que nos acomodaron a los que nos quedamos sin casa. . . . Era el segundo día que estábamos viviendo en la carpa, serían ya como las 7 de la noche y tuve ganas de orinar, pero como no había baño tuve que alejarme un poco para que no me vieran orinar. . . . No había luz en esa parte. . . . En eso he sentido que alguien me tapaba mi boca por mi atrás y escuché unas voces que me decían que no grite ni me escape porque si no me iban matar. . . . (sollozos)mi cuerpo empezó a temblar. . . . (llanto). . . . ¡yo tenía mucho miedo! En eso me han agarrado y me bajaron mi pantalón y mi calzón y entre los dos me han violado, primero uno y después el otro. (llanto) ¡no pude defenderme, no pude escaparme! (llanto) ¡ha sido muy horrible eso que me pasó!ahí tirada en el suelo me han dejado, estaba embarrada con su semen y mis partes me dolían hartito. me sangraba la vagina y también el ano. . . . (llanto) Y no tenía ni como limpiarme. . . . Entonces he cogido mi calzón y me he limpiado lo más que he podido y lo he envuelto y lo he dejado botado por ahí. . . .”

(Adolescente violentada sexualmente, 17 años)

Ninguno de los casos identificados fue denunciado. Se observa, por ejemplo, que cuando los padres se enteraron del evento de violencia sexual, decidieron no asentar la denuncia correspondiente, optando por el silencio y argumentando proteger de esta manera a la menor de alguna represalia de parte del agresor. Un caso salió a la luz debido a que la víctima fue captada por el personal de salud durante el control prenatal de gestantes, pero los padres no quisieron denunciar el hecho.

“El caso se detectó mediante la captación de gestantes, actividad que realiza el personal de salud para el control prenatal de las gestantes de la zona. Es ahí cuando es captado el caso y llamó la atención porque se trataba de una menor. . . .”

(Médico especialista)

“Los familiares mantuvieron con mucha reserva el caso, según ellos por proteger a la niña pues como el violador era un extraño, un desconocido temían que tomara represalias. lamentablemente no quisieron denunciar y el caso fue uno más que se quedó perdido por ahí. . . .”

(Médico especialista)

“Cuando llegó a la consulta, ella no había contado nada de lo ocurrido a ninguna persona de su entorno familiar. . . . sus padres no sabían absolutamente nada y ella no quería que se enteren pues pensaba que la culparían por lo ocurrido y además tenía mucha vergüenza. . . .”

(Psicóloga - voluntaria)

“Y pensaba en mi mamá, en lo que me enojaría si le contaba pues seguro que me gritaría por ser tan descuidada. . . . (llanto) y seguro que le contaría a mi papá y él si me agarraría a golpes. . . . (llanto). Cuando he regresado a la carpa le dije a mi mamá que me dolía mi barriga y que quería dormirme. . . . Pero no he podido dormir toda la noche. . . . He llorado pero aguantándome. . . . aguantándome así, porque sino mis ojos se iban a hinchar y mi mamá se podía dar cuenta. . . .”

(Adolescente violentada sexualmente, 17 años)

“y no contento con violarme me siguió amenazando. . . . me decía ‘¡si es que avisas a alguien te voy a matar sin asco!’yo no hallaba qué hacer después que me violaron.sólo lloraba. . . . sólo lloraba. . . . y no quise contarle nada a nadie, menos Oe mi desgracia. (llanto) . . . mi pena me la guardé solita. . . .”

(Adolescente violentada sexualmente, 18 años)

Además de no proceder con la denuncia, ninguna víctima recibió atención médica inmediatamente después del evento de violencia sexual. En algunos casos fueron los padres o familiares que se opusieron a que las menores reciban atención, situación ante la cual los profesionales de salud sintieron no poder hacer mucho, reconociendo tener dificultades para manejar casos de violencia sexual. En otros casos fue la falta de conocimiento de las adolescentes acerca de las posibles consecuencias respecto a su salud sexual y reproductiva. En el caso de la joven atendida por la psicóloga, recibió la orientación correspondiente de dicha profesional y aceptó pasar consulta, por lo que fue inmediatamente referida a un establecimiento de salud.

“Lo peor de todo es que la niña no recibió atención médica; los padres no quisieron que la violación saliera a la luz y a pesar de que se les habló sobre el riesgo de la niña de contraer alguna ITS o hasta el VIH, nada de convencerse... sus familiares no llegaban a percibir ese riesgo como real, era como que a la niña no le podía suceder nada de eso.... y tampoco se les puede obligar ¿no?... más bien lo que hicieron fue retirarse del estadio en cuanto pudieron y ya no se sabe nada de ellos... es difícil estar frente a casos de violación, peor si es que se trata de niñas o adolescentes... por un lado uno se conmueve, pero por otro lado uno puede complicarse hasta legalmente...”

(Médico especialista)

“La niña fue violada y salió embarazada teniendo 12 años..... y sólo por estar embarazada es que pasa por consulta, si no ahí se queda sin atención..... pero ¿cómo hacerles entender a los padres y a las mismas niñas que deben acudir a un establecimiento de salud después de una violación?”

(Médico especialista)

“No, no he recibido atención médica.....no sabía que me podía contagiar de esas enfermedades sexuales.....si usted no me dice no me entero de nada.....”

(Adolescente violentada sexualmente, 17 años)

“Luego de escucharla logré calmarla y le orienté sobre lo importante que era que pasara por una consulta médica..... tuve que hablarle de las ITS y del VIH, sobre cómo se transmiten y también de que se tiene que recibir tratamiento lo más antes posible..... felizmente accedió a contarle a su mamá y ella le acompañó a la consulta médica.....”

(Psicóloga - voluntaria)

El VIH y violencia contra la mujer (VCM) en situaciones de emergencia

- a) La violencia y el VIH son pandemias que afectan gravemente la vida de las mujeres, especialmente su salud sexual y reproductiva; y los riesgos tienden a aumentar en situaciones de emergencia post desastre. (7, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19)
- b) La VCM y el VIH son problemas de desarrollo, salud y derechos humanos, que adquieren características específicas dependiendo del contexto. Los riesgos y vulnerabilidades frente al VIH y la VCM en situaciones de emergencia se asocian con las condiciones de las mujeres previas al desastre; las cuales pueden agravarse en las etapas posteriores al evento. (16, 17)
- c) La interrelación entre el VIH y la VCM en las situaciones de emergencia tiende a invisibilizarse frente a otras situaciones consideradas prioritarias. (14, 15, 16, 17, 20)
- d) Existe aún desconocimiento de la población en general sobre cómo prevenir la violencia sexual y qué hacer frente a esta situación en contextos post desastre natural.
- e) La respuesta del sector salud frente a casos de violencia sexual y la prevención del VIH en situaciones de emergencia todavía resulta insuficiente e inadecuada.

El sólo hecho de haber tenido sexo forzado hizo que todas las víctimas estuvieran expuestas a contraer alguna ITS, incluido el VIH. Este riesgo se incrementó en la medida en que no acudieron inmediatamente a un servicio de salud y no recibieron la profilaxis requerida en estos casos. (14, 15, 16, 17)

Esta rápida mirada sobre algunas circunstancias que están presentes cuando ocurre un evento de violencia sexual durante la etapa posterior a un desastre natural, no intenta generalizar lo hallado ni llegar a conclusiones determinantes; sin embargo, pretende proporcionar algunas luces que orienten investigaciones e intervenciones futuras que vinculen la relación entre la violencia sexual, la salud sexual y reproductiva, y los desastres naturales.

Además se busca enfatizar que, así como en otras circunstancias y sea cual fuere el caso, los agresores atentan contra los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos de las víctimas; afectan la dignidad de las mujeres, así como los derechos a la integridad, al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a no ser víctimas de violencia física o psíquica, ni sometidas a tratos inhumanos o humillantes de la libertad sexual y dignidad de las víctimas, además de sus demás derechos sexuales y reproductivos, en especial su derecho al control de su capacidad sexual y reproductiva. (21, 22, 23, 24)

Cuando las víctimas eran adolescentes, fueron ellas mismas quienes decidieron no contar a nadie acerca de lo ocurrido dado que los agresores las amenazaron con hacerles daño o matarlas; adicionalmente pensaron que si avisaban a sus padres ellos iban a enojarles o golpearles y ese temor las detuvo, no avisaron acerca de lo ocurrido.

IV. Medidas para prevenir y atender la violencia y el VIH/ITS en situaciones de emergencia

- Visibilizar el impacto que los desastres naturales tienen en el trabajo productivo no remunerado de la mujer, así como el incremento de su desgaste físico y emocional.
- Elaborar estrategias de recuperación y reconstrucción sensibles a la problemática enfrentada por las mujeres durante la etapa post desastre.
- Desarrollar e integrar políticas y estrategias sectoriales de prevención y acción en situaciones de desastre en relación a la violencia sexual y el VIH.
- Desarrollar un plan de educación continua dirigida al personal de salud, que incluya sensibilización y capacitación en la atención integral a casos de violencia sexual y prevención del VIH.
- Realizar una evaluación de riesgos respecto a la violencia sexual en la etapa post desastre, identificando cómo se crean las condiciones de dichos riesgos y quiénes son las y los más expuestos frente a ellas.
- Elaborar un plan de prevención sobre violencia sexual y otras formas de violencia contra las mujeres en las comunidades ubicadas en zonas con mayores probabilidades de sufrir desastres naturales y/o similares.
- Difundir las relaciones que existen entre la VCM y el VIH en profesionales de salud, en investigadores de estos temas y en la población en general.
- En el sector educación fortalecer a los y las docentes para que brinden educación sexual de calidad a los y las escolares, enfatizando y promoviendo la equidad de género, habilidades sociales, sexualidad y el ejercicio de derechos.
- Realizar campañas de prevención de la VCM y el VIH y promoción del ejercicio de derechos a través de los medios de comunicación, teniendo en cuenta la sensibilidad cultural.

Bibliografía

1. INSTITUTO GEOFISICO DEL PERU – SISMOLOGÍA. Sismo del 15 de Agosto de 2007. Disponible en la web: <http://khatati.igp.gob.pe/cns/reportes/2007/sism_150807.pdf>
2. BERNAL, Isabel. (2007) *Las Escalas de Magnitud y el Terremoto de Pisco del 15/08/07*. En: INSTITUTO GEOFISICO DEL PERU. *El Terremoto de Pisco del 15 de Agosto 2007 – Volumen Especial (Versión Preliminar)* Disponible en la web: <<http://khatati.igp.gob.pe/Webs/cns06/pisco2007/articulo04.pdf>>
3. BERNAL, Isabel; SALAS, Henry y TAVERA, Hernando. (2007) El Terremoto de Pisco del 15 de Agosto de 2007: Aspectos Sismológicos. En: INSTITUTO GEOFISICO DEL PERU. *El Terremoto de Pisco del 15 de Agosto 2007 – Volumen Especial (Versión Preliminar)* Disponible en la web: <<http://khatati.igp.gob.pe/Webs/cns06/pisco2007/articulo03.pdf>>
4. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – INEI. (2007) Censo de las áreas afectadas por el Sismo del Sur. Nota de Prensa N° 180. Lima, Perú Disponible en la web: <http://economia.unmsm.edu.pe/Servicios/Banco%20Estad%C3%ADstico/Datos/INEI_NP_10.07_180.pdf>
5. Diario La República, 18/08/07. Disponible en la web: <<http://www.larepublica.com.pe/content/view/172823/36/>>
6. Organización Panamericana de la Salud (2001) Género y desastres naturales. Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington DC. Febrero de 2001. Disponible en la web: <<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/genderdisasterssp.PDF>>
7. CLARAMUNT, María Cecilia (2002) *Violencia Sexual Basada en Género y Salud. Sistematización del Taller Introductorio: Violencia Sexual y Salud*. OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública, N° 13. San José, Costa Rica.
8. CARCEDO CABAÑAS, Ana (2001). *Violencia contra las mujeres, un problema de poder*. Disponible en la web: <<http://www.isis.cl/temas/vi/reflex17.htm>>
9. CHEJTER, Silvia y RUFFA, Beatriz (2002) *Mujeres víctimas de violencia sexual. Proteger, recuperar, reparar*. Centro de Encuentros Cultura y Mujer – CECYM. Buenos Aires, Argentina.
10. HEISE, L., PITANGUY, J., GERMAIN, A. (1994) *Violencia contra la mujer. La carga oculta de salud*. OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C., USA.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1998). “*Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*”. División de Salud Familiar y Reproductiva, OMS y la División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Washington, DC.
12. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA (1999) *Violencia contra las Niñas y las Mujeres. Prioridad de Salud Pública*. New York, USA.
13. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington D.C.
14. PATH. 2006. *Violencia contra la mujer, el VIH y los microbicidas*. Ficha técnica # 10. Campana Global por los Microbicidas. <[http://www.global-campaign.org/clientfiles/FS10_Violencia\(E\).doc](http://www.global-campaign.org/clientfiles/FS10_Violencia(E).doc)>
15. ONUSIDA. *Violencia contra la mujer y SIDA*. Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. Disponible en: <http://data.unaids.org/GCWA/gcwa_bg_violence_es.pdf>
16. Luciano, Dinys. 2007. Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Development Connections. Washington D.C. Disponible en: <<http://www.dvcn.org/Documents/InterseccionesVIHVCM2.pdf>>

-
17. Comisión de Derechos Humanos. 61º período de sesiones. Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: violencia contra la mujer. INTERRELACIONES ENTRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y EL VIH/SIDA. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, y sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk. 2005.
<http://www.unfpa.org/derechos/documents/relatora_violencia_2005.pdf>
 18. HEISE, L.; ELLSBERG, M. ; GOTTEMOELLER, M. (1999) Para acabar con la violencia contra la mujer. Population Reports 27, no. 4. Serie L, Número 11. Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health y CHANGE. Maryland, USA. Disponible en la web: <<http://www.jhuccp.org/pr/prs/sl11edsum.shtml>>
 19. Dimensiones del VIH en América Latina - UNAIDS. Disponible en:
http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/08-Latin_America_2006_EpiUpdate_Es.pdf
 20. UNIFEM, UNFPA, UNAIDS. La mujer y el VIH/Sida: enfrentar la crisis. <<http://www.unfpa.org/hiv/docs/women-aids-sum-spa.pdf>>
 21. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1979 (ECOSOC) Disponible en la web:
<<http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/cedaw.htm>>
 22. Convención de Belem Do Pará, 1994. Disponible en la web: <<http://www.oas.org/CIM/Spanish/ConvencionViolencia.htm>>
 23. NACIONES UNIDAS. Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
 24. NACIONES UNIDAS. Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.