

Mujeres, violencia y salud

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLACT770012005>

La epidemia de violencia contra las mujeres y niñas constituye una vergüenza terrible para la causa de los derechos humanos y una crisis de la salud pública. En todo el mundo, las mujeres son con frecuencia víctimas de golpes y abusos sexuales a manos de sus parejas, familiares, vecinos y desconocidos. También sufren violencia por motivos de género durante situaciones de conflicto y posconflicto y de guerra. Los efectos que esto produce en la salud de las mujeres van mucho más allá de las contusiones, de los huesos rotos e incluso de la muerte. Además de causarles sufrimiento físico, la violencia tiene profundas repercusiones sobre el bienestar psíquico de las mujeres, su salud sexual y reproductiva y el bienestar y la seguridad de sus familias y comunidades. El costo de la violencia contra las mujeres desde el punto de vista humano es enorme y tiene también una dimensión económica.

Es necesario comprender las formas, el contexto y las consecuencias de la violencia contra las mujeres con el fin de formular una respuesta desde una perspectiva de derechos humanos y para convencer a los gobiernos de que se necesita una respuesta similar a las campañas de salud pública que se emprenden frente a otras crisis en la salud.

Por otra parte, hay también una mayor necesidad de conocimiento y de desarrollo de técnicas por parte de los profesionales de la salud para que puedan:

- identificar mejor a las víctimas o sobrevivientes y asegurar que se les presta atención de forma adecuada;
- remitir a las sobrevivientes de actos de violencia a los servicios de apoyo apropiados;
- prestar una ayuda efectiva y adecuada a la necesidad de seguridad y justicia de la mujer;
- cooperar con eficacia con otros sectores de la sociedad para proteger mejor a las mujeres y dar respuesta a sus necesidades;
- defender con mayor eficacia el derecho de las mujeres al más alto nivel posible de atención de la salud.

En marzo de 2004, Amnistía Internacional comenzó una campaña de larga duración para poner fin a la violencia contra las mujeres. Este documento forma parte de esa campaña y examina las relaciones existentes entre la violencia contra las mujeres y su salud. Se publica con anticipación a la evaluación del decenio transcurrido desde la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, que examinará, entre otras cuestiones, las relacionadas con la violencia y las mujeres y con la salud de las mujeres. Tomada conjuntamente con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Plataforma de Acción de Beijing, ofrece objetivos claros para la mejora de la salud y el disfrute de los derechos humanos de la mujer.

Este documento examina las formas que adopta este tipo de violencia, e incluye la violencia física, la violencia sexual, la violencia psicológica o emocional y las privaciones económicas y de otra índole. Se examina el

contexto de esta violencia y se analizan los riesgos a que hacen frente grupos concretos de mujeres.

Entre las consecuencias de la violencia para la salud de las mujeres se cuentan lesiones físicas, enfermedades (incluido el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual) y consecuencias que afectan a la salud mental, así como discapacidad, efectos sobre la salud reproductiva y pérdida de la vida.

Este documento examina el cuidado de la salud de las sobrevivientes de la violencia, los planteamientos médicolegales para alcanzar la justicia para las mujeres y el papel del colectivo de profesionales de la salud en la respuesta a la violencia contra las mujeres.

El documento concluye con algunas recomendaciones para la acción por parte de los gobiernos y organismos profesionales.



Índice:

MUJERES, VIOLENCIA Y SALUD	1
EL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	2
TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	4
VIOLENCIA FÍSICA	4
VIOLENCIA SEXUAL	4
<i>Violación</i>	4
<i>Otras formas de violencia sexual</i>	5
VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL	5
PRIVACIONES ECONÓMICAS O DE OTRO TIPO	5
CONTEXTOS DE LA VIOLENCIA	6
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO FAMILIAR	6
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA COMUNIDAD.....	7
VIOLENCIA EN SITUACIONES DE CONFLICTO Y POSCONFLICTO ARMADO	7
TRATA DE PERSONAS Y PROSTITUCIÓN FORZADA.....	9
VIOLENCIA SEXUAL EN LAS FUERZAS ARMADAS.....	10
MATRIMONIOS FORZADOS	11
VIOLENCIA RELACIONADA CON LA DOTE O “PRECIO DE LA NOVIA”	12
MEDIDAS COERCITIVAS RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA.....	12
PRUEBAS DE VIRGINIDAD	13
MUTILACIÓN GENITAL.....	14
MUJERES QUE CORREN RIESGOS ESPECIALES.....	15
PRESAS	15
MUJERES INTERNADAS EN INSTITUCIONES	16
TRABAJADORAS DOMÉSTICAS.....	17
MUJERES Y NIÑAS REFUGIADAS Y DESPLAZADAS INTERNAS.....	17
MUJERES LESBIANAS, BISEXUALES Y TRANSGÉNERO	19
TRABAJADORAS DE LA INDUSTRIA DEL SEXO.....	19
CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA PARA LA SALUD DE LAS MUJERES	20
LESIONES FÍSICAS	20
ENFERMEDADES.....	22
<i>VIH/sida</i>	22
<i>Otras enfermedades de transmisión sexual</i>	25
CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD MENTAL	25
<i>Depresión, ansiedad y miedo</i>	26
<i>Cambios del comportamiento</i>	26
<i>Reacciones traumáticas causadas por estrés</i>	27
DISCAPACIDAD	28
ESTERILIZACIÓN FORZADA	28
EMBARAZO.....	29
MUERTE	31
LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y SUS EFECTOS SOBRE LOS NIÑOS.....	33
EL TRATAMIENTO DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.....	33
CUESTIONES MEDICO-LEGALES Y DE DOCUMENTACIÓN.....	34

Amnistía Internacional

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

EL PAPEL DE LA PRUEBA EN EL PROCESO JUDICIAL	34
EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	36
LA CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	36
EXPLORACIÓN EN BUSCA DE RASTROS DE VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR	37
¿DEBE SER OBLIGATORIA LA DENUNCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?.....	39
EFFECTOS DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	39
ORGANISMOS PROFESIONALES	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
A LOS GOBIERNOS.....	41
<i>Reforma de las leyes.....</i>	41
<i>Recursos</i>	41
<i>Capacitación.....</i>	42
<i>Ratificación de instrumentos internacionales que protegen los derechos de la mujer.....</i>	42
<i>Comprometer a los hombres a respetar, proteger y promover los derechos de la mujer.....</i>	42
A LOS ORGANISMOS PROFESIONALES	42

Mujeres, violencia y salud



<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLACT770012005>

Mujeres, violencia y salud

La epidemia de violencia contra las mujeres y niñas constituye una vergüenza terrible para la causa de los derechos humanos y una crisis de la salud pública. En todo el mundo, las mujeres son con frecuencia víctimas de golpes y abusos sexuales a manos de sus parejas, familiares, vecinos y desconocidos. También sufren violencia por motivos de género durante situaciones de conflicto y posconflicto y de guerra. Los efectos que esto produce en la salud de las mujeres van mucho más allá de las contusiones, de los huesos rotos e incluso de la muerte. Además de causarles sufrimiento físico, la violencia tiene profundas repercusiones sobre el bienestar psíquico de las mujeres, su salud sexual y reproductiva y el bienestar y la seguridad de sus familias y comunidades. El costo de la violencia contra las mujeres desde el punto de vista humano es enorme y tiene también una dimensión económica.¹

Es necesario comprender el fenómeno de la violencia contra las mujeres con el fin de formular una respuesta desde una perspectiva de derechos humanos y para convencer a los gobiernos de que se necesita una respuesta similar a las campañas de salud pública que se emprenden frente a otras crisis en la salud.

¹ OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, 2002 (traducción de la Organización Panamericana de la Salud, 2003); Waters H *et al.* *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.

Por otra parte, hay también una mayor necesidad de conocimiento y de desarrollo de técnicas por parte de los profesionales de la salud para que puedan:

- identificar mejor a las víctimas o sobrevivientes y asegurar que se les presta atención de forma adecuada;
- remitir a las sobrevivientes de actos de violencia a los servicios de apoyo apropiados;
- prestar una ayuda efectiva y adecuada a la necesidad de seguridad y justicia de la mujer;
- cooperar con eficacia con otros sectores de la sociedad para proteger mejor a las mujeres y dar respuesta a sus necesidades;
- defender con mayor eficacia el derecho de las mujeres al más alto nivel posible de atención de la salud.

En marzo de 2004, Amnistía Internacional comenzó una campaña de larga duración para poner fin a la violencia contra las mujeres. Este documento forma parte de esa campaña y examina las relaciones existentes entre la violencia contra las mujeres y su salud. Se publica con anticipación a la evaluación del decenio transcurrido desde la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, que examinará, entre otras cuestiones, las relacionadas con la

*violencia y las mujeres y con la salud de las mujeres.*² Tomada conjuntamente con los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*³, la *Plataforma de Acción de Beijing*, ofrece objetivos claros para la mejora de la salud y el disfrute de los derechos humanos de la mujer.

Este documento examina las formas que adopta la violencia de género, los contextos en que ocurre y sus consecuencias en el campo de la salud. El documento concluye con algunas recomendaciones para la acción por parte de los gobiernos y los organismos profesionales.

El problema de la violencia de género

La violencia de género⁴ es un tipo de violencia entre muchos otros. La Organización Mundial de la Salud ha definido la violencia en su sentido más amplio como:

*El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.*⁵

Haciéndose eco de la definición anterior, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer define que violencia contra las mujeres es:

*Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.*⁶

La Declaración señala que la violencia de género:

[...] abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos: a) la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; b) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la

² El 49º periodo de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, que tendrá lugar del 28 de febrero al 11 de marzo de 2005, revisará y evaluará la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, adoptadas por la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer en 1995. La Plataforma de Acción de Beijing pone de relieve 12 esferas “que requieren medidas especialmente urgentes y que se destacan como prioridades para la acción” por parte de gobiernos, la comunidad internacional y la sociedad civil. La acción de Amnistía Internacional se centra en cuatro de estas esferas: violencia contra las mujeres, mujeres y conflictos armados, mujeres y salud y derechos humanos de las mujeres. Un examen complementario de Amnistía Internacional sobre este proceso de revisión puede consultarse en: *No turning back – full implementation of women’s human rights now!* Índice AI: IOR 41/002/2005. Disponible –sólo en inglés– en: <http://web.amnesty.org/library/Index/IO410022005>.

³ La Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron acordados en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, que tuvo lugar en septiembre de 2000, y será examinada en el 60º periodo de sesiones de la Asamblea General de la ONU, en septiembre de 2005. Véase:

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

⁴ La violencia basada en el género es la violencia “dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 19, 1992, Doc. ONU: A/47/38, párr. 6.

⁵ OMS, Consulta global sobre la violencia y la salud. *Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento: WHO/EHA/SPI.POA.2). (Disponible sólo en inglés). Citado en el resumen del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, 2002.

⁶ Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York, Naciones Unidas, 23 de febrero de 1994 (Resolución A/RES/48/104).

Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations.htm>.

prostitución forzada; c) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

La violencia contra las mujeres da lugar a una serie de consecuencias físicas y psíquicas (incluidas las relacionadas con la salud emocional y sexual) que reflejan no sólo el mecanismo de la violencia sino también el interrelacionamiento entre la respuesta humana y la violencia. De este modo, la violencia física contra un individuo puede causar reacciones psíquicas graves como miedo, ansiedad o depresión, mientras que los abusos emocionales y sexuales pueden provocar síntomas físicos como dolor de pecho y taquicardia, además de cambios conductuales como el abuso de sustancias.

Normas internacionales de derechos humanos contra la violencia de género

○ La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993) exige a los Estados que condenen la violencia contra la mujer y que no invoquen ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer.⁷

○ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada en 1979, exige a los Estados Partes que actúen para proteger a las mujeres contra todo tipo de violencia en el ámbito familiar, en el lugar de trabajo o en cualquier otra esfera de la vida social.⁸

○ La Recomendación General 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer señala que “[l]a violencia de género [...] que menoscaba o anula el goce por la mujer de sus derechos humanos y libertades fundamentales en virtud del derecho internacional

o de convenios específicos de derechos humanos” constituye discriminación.⁹

○ La Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena, del 14 al 25 de junio de 1993, señala que “la Conferencia Mundial de Derechos Humanos subraya en especial la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, a eliminar todas las formas de acoso sexual, la explotación y la trata de mujeres [...]”.¹⁰

○ El Programa de Acción de El Cairo (1994) concluye que “[p]romover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer [...] son la piedra angular de los programas de población y desarrollo”¹¹

○ La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) concluyó: “La violencia contra la mujer impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. La violencia contra la mujer viola y menoscaba o impide su disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales”.¹²

○ La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994) establece: “Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto

⁹ Recomendación General 19, párr. 7, disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations.htm>.

¹⁰ Plataforma de la Conferencia, aprobada el 25 de junio de 1993, apartado II B 3, artículo 38. [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument).

¹¹ Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, 5-13 de septiembre de 1994, El Cairo, Egipto, Programa de Acción, Principio 4. Véase:

http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm.

¹² Plataforma de Acción de Beijing, D. Violencia contra las mujeres, párr. 112. Véase:

<http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/platesp.htm>.

¹³ Artículo 3. Véase:

<http://www.oas.org/cim/Spanish/ConvencionViolencia.htm>.

¹⁴ Artículo 4. El protocolo está disponible en el enlace “official documents” en: <http://www.africa-union.org>.

⁷ Declaración, artículo 4.

⁸ El texto de la Convención está disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>.

en el ámbito público como en el privado”.¹³

○ El Protocolo de la Unión Africana sobre los Derechos de la Mujer en África de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (2003) dispone que “[t]oda mujer tiene derecho al respeto a su vida y a la integridad y seguridad de su persona. Toda forma de explotación y de castigo y trato cruel inhumano y degradante estará prohibida”.¹⁴

Tipos de violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres puede ser de diversos tipos.

Violencia física

Los tipos de violencia física por motivos de género de los cuales son víctimas las mujeres comprenden desde bofetadas, puñetazos, estrangulación y patadas hasta golpes con bastones, porras o látigos, uso del fuego o de ácidos para causar dolor y daños de larga duración e incluso el homicidio.¹⁵

Violencia sexual

Violación

Las definiciones de violación varían de una jurisdicción a otra.¹⁶ Sin embargo, durante el último decenio se ha producido un importante desarrollo en el derecho internacional en lo relativo a la definición y comprensión de la violación. Como señalaba la entonces relatora especial sobre la violencia contra la mujer,

¹⁵ Amnistía Internacional. *Está en nuestras manos: no más violencia contra las mujeres*. Londres, 2004.

¹⁶ Véase, por ejemplo, el análisis en Temkin J. *Rape and the Legal Process* (Oxford Monographs on Criminal Law and Criminal Justice). Segunda edición. Oxford: OUP, 2002. Como mínimo, las definiciones se refieren a la penetración vaginal de una mujer por un varón sin que medie consentimiento. Esta definición está evolucionando para reflejar la naturaleza violenta de la violación, el mayor entendimiento de la penetración sexual y la inclusión de los varones como víctimas posibles de violación.

Radhika Coomaraswamy¹⁷, “existen [...] disposiciones que prohíben explícitamente [en el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional] todos los tipos de violencia sexual contra la mujer en tiempo de guerra”. En particular, “se entenderá por crímenes de lesa humanidad la violación, [...] y otros abusos sexuales de gravedad comparable cuando concurren los elementos constituyentes del delito”.¹⁸ En el artículo 8 del Estatuto se hace la misma afirmación en relación con los crímenes de guerra durante conflictos internacionales¹⁹ y durante conflictos internos.²⁰ Además, la definición de tortura recogida en el artículo 7 es lo bastante amplia para incluir los actos de violencia sexual perpetrados por particulares.²¹ La relatora especial señala que otros casos, originados en los Tribunales Penales Internacionales para Ruanda y la ex Yugoslavia, han brindado importantes resoluciones.²²

Las legislaciones nacionales varían en el alcance que sus conceptos de la violación ofrecen una protección adecuada a las mujeres. En muchos países, las mujeres carecen de protección contra la violación conyugal. En otros, el delito de violación puede “solucionarse” si el violador se casa con su víctima.²³ Incluso las disposiciones legales que introducen reformas positivas puede

¹⁷ Radhika Coomaraswamy fue relatora especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias, desde 1994 hasta 2003.

¹⁸ Radhika Coomaraswamy. *Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género. La violencia contra la mujer*. Doc. ONU: E/CN.4/2003/75, 2003, párr. 17, donde se cita el artículo (7) (1) (g) del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.

¹⁹ Estatuto de la Corte Penal Internacional, artículo (8) (2) (b) (22).

²⁰ Estatuto, artículo (8) (2) (e) (6).

²¹ Estatuto, artículo (7) (2) (e).

²² Véase el examen de los casos Foca, Furundzija y Akeyesu, Doc. ONU: E/CN.4/2003/75, 2003. párrs. 19, 20.

²³ OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, traducción de la Organización Panamericana de la Salud, 2003, p. 179.

fracasar a la hora de tratar adecuadamente algunos aspectos de la violación.²⁴

Amnistía Internacional y otras ONG han sostenido también que la violación cometida o tolerada por un funcionario del Estado es una forma o método de tortura que causa sufrimientos graves y ataca la identidad y la integridad de la mujer. La violación cometida por agentes no estatales también puede constituir tortura.²⁵

Otras formas de violencia sexual

Las mujeres son también víctimas de otros tipos de violencia sexual. Entre ellos se incluyen actos a los que hace referencia la Declaración sobre la

²⁴ Por ejemplo, el proyecto de ley que enmendó la ley de delitos sexuales de Sudáfrica en 2003 cambió la definición de violación con el fin de “incluir la penetración genital anal además de la vaginal, describir a las víctimas del delito con términos neutrales en cuanto al género y eliminar el énfasis que se ponía en la ausencia de consentimiento válido por parte de la víctima, centrándose en cambio en las acciones del autor”. Sin embargo, era motivo de preocupación para Amnistía Internacional y para Human Rights Watch que la nueva ley no incluyese “la penetración por medio de objetos u otras partes del cuerpo que no fuesen los órganos genitales, o la penetración por la boca”, y ambas organizaciones recomendaron la inclusión de estas acciones en la definición de violación. Véase: *Submission to the Parliamentary Portfolio Committee on Justice and Constitutional Development, Parliament of South Africa, on the draft Criminal Law (Sexual Offences) Amendment Bill, 2003, from Amnesty International and Human Rights Watch*. Índice AI: AFR 53/006/2003, 15 Septiembre de 2003. Disponible (sólo en inglés) en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAFR530062003>.

²⁵ Véase el análisis de la cuestión en Amnistía Internacional, *Contra la tortura: Manual de acción*, Índice AI: ACT 40/001/2003, Londres, 2003; *Los derechos humanos, un derecho de la mujer*. Índice AI: ACT 44/001/1995, Londres, 1995; y *Está en nuestras manos: No más violencia contra las mujeres*, Índice AI: ACT 77/003/2004, Londres, 2004. Véase también: Peel M. *Rape as a Method of Torture*. Londres: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, 2004. <http://www.torturecare.org.uk/publications/reportRape.htm>.

eliminación de la violencia contra la mujer citada *supra*.²⁶

Violencia psicológica o emocional

Las amenazas, los comentarios degradantes, el lenguaje sexista y el comportamiento humillante son componentes frecuentes de la conducta violenta hacia las mujeres que pueden tener consecuencias para su bienestar psíquico o emocional. Toda violencia física o sexual repercute también sobre el estado mental de la víctima.

Privaciones económicas o de otro tipo

Millones de mujeres en todo el mundo dependen de los hombres, que les dan apoyo económico y seguridad. Por lo tanto, los hombres pueden tener un impacto directo sobre el bienestar de la mujer, proporcionando o reteniendo los medios para la obtención de alimento, vestimenta y otras necesidades diarias. Pero el impacto puede ser aún más profundo. En algunas culturas, cuando el hombre se divorcia de su esposa, ésta puede quedar sin recursos y estigmatizada. Si él muere, pueden obligarla a casarse con el hermano de su esposo (“heredar la esposa”) o puede quedar expuesta a la explotación o el abuso de otros miembros de la familia o clan de su esposo. Como señaló el Equipo de Tareas del secretario general de las Naciones Unidas sobre Mujeres, Niñas y el VIH/sida en África Meridional:

*Sin el derecho ejecutable de poseer o heredar tierras y propiedades, las mujeres y niñas hacen frente a la indigencia al morir sus esposos, compañeros o padres, al tiempo que la pobreza las expone a mayor explotación sexual y a más violencia.*²⁷

²⁶ Las diversas modalidades de la violencia sexual se examinan en Amnistía Internacional, *Está en nuestras manos: No más violencia contra las mujeres*. Índice AI: ACT 77/003/2004, Londres, 2004.

²⁷ *Facing the Future Together: Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*. Ginebra: UNAIDS, 2004, p. 35. Disponible (sólo en inglés) en: <http://womenandaids.unaids.org>.

Contextos de la violencia

Mientras que la violencia tiene lugar en todas las sociedades, entre hombres, mujeres y niños, entre jóvenes y viejos, entre las personas sanas y las debilitadas, las mujeres constituyen la abrumadora mayoría de las víctimas de la violencia de género. Amnistía Internacional señaló en el lanzamiento de su campaña para combatir la violencia contra las mujeres:

Desde que nacen hasta que mueren, tanto en tiempo de paz como en la guerra, las mujeres se enfrentan a la discriminación y la violencia del Estado, la comunidad y la familia. El infanticidio femenino priva a innumerables mujeres de la vida misma. Cada año, millones de mujeres sufren violaciones y abusos sexuales a manos de familiares, hombres ajenos a la familia, agentes de seguridad y combatientes armados. Algunas formas de violencia, como los embarazos y abortos forzados, la “quema de novias” y los abusos relacionados con la dote, son específicos de las mujeres. Otras, como la violencia en el ámbito familiar, tienen entre sus víctimas un número desproporcionado de mujeres.²⁸

Violencia contra las mujeres en el ámbito familiar

La expresión “violencia contra las mujeres en el ámbito familiar”²⁹ se refiere normalmente a los abusos a manos de la pareja, que van desde la agresión verbal y física, la violencia sexual y la violación conyugal³⁰ hasta el homicidio. La violencia en el ámbito familiar puede tener un

²⁸ Amnistía Internacional. *Está en nuestras manos. No más violencia contra las mujeres*. Londres, 2004, p. 19.

²⁹ Otros términos de uso común en este contexto son “violencia doméstica” y “violencia a manos de la pareja”. Unas veces se entiende que las definiciones sólo se refieren a la pareja y otras veces que incluyen a otros miembros de la familia o de la casa. Un examen de las definiciones puede consultarse en el *Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy*. E/CN.4/1996/53, 6 de febrero de 1996.

³⁰ Bennice JA, Resick PA. Marital rape: history, research, and practice. *Trauma Violence & Abuse* 2003; 4(3):228-46.

componente económico. Por lo general, el autor es varón y la víctima mujer.

Para las mujeres europeas de 16 a 44 años, la violencia en el ámbito familiar es la primera causa de lesiones y muerte, más letal que los accidentes de tráfico y el cáncer. Entre el 25 y el 50 por ciento de las mujeres son víctimas de esta violencia. En Portugal, el 52,8 por ciento de las mujeres dicen que han sido tratadas con violencia por sus esposos o parejas. En Alemania, casi 300 mujeres por año –o sea tres mujeres cada cuatro días– mueren a manos de hombres con los que vivían. En Gran Bretaña, una mujer muere en circunstancias semejantes cada tres días. En España es a razón de una cada cuatro días. En Francia seis mujeres mueren de este modo cada mes: el 33 por ciento de ellas son apuñaladas, el 33 por ciento muertas de un tiro, el 20 por ciento estranguladas y el 10 por ciento apaleadas.³¹

La violencia en el ámbito familiar es una de las causas más importante de lesiones y muerte para las mujeres de todas las culturas.³² Las mujeres embarazadas no se libran de la violencia sexual y varios estudios documentan la magnitud y los resultados de los actos de violencia de la pareja durante el embarazo.³³ Además del sufrimiento físico y mental derivado de los abusos, las víctimas pueden también sentirse silenciadas –incapaces de hablar de su experiencia con otros familiares o con cuidadores– por miedo o porque se culpan a sí mismas de la violencia, o pueden verse limitadas en sus posibilidades de

³¹ Ramonet I. Violence begins at home. *Le Monde Diplomatique* (edición inglesa), julio de 2004.

³² OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, capítulo 4.

³³ Véase, por ejemplo: Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2004;18(4):260-9; Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, Suresh S, Bangdiwala SI; IndiaSAFE Group. Spousal physical violence against women during pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004;111(7):682-7; Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 2004;113(1):6-11. Véase también p. 29 *infra*.

cambiar la situación a causa de su dependencia económica, del estigma social o por sentirse impotentes.

Violencia contra las mujeres en la comunidad

Como ha señalado la relatora especial relatora especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias, Radhika Coomaraswamy, la comunidad es a la vez un entorno donde se niegan los derechos de la mujer y un espacio formador.³⁴ Sin embargo, el apoyo de la comunidad puede depender de que las mujeres compartan los conceptos de “honor” de esa comunidad.

*Por consiguiente, las comunidades “vigilan” el comportamiento de sus miembros mujeres. Si se considera que la conducta sexual de una mujer es inapropiada con arreglo a los cánones comunitarios, esa mujer puede ser castigada. El castigo va desde la expulsión de la comunidad hasta el castigo físico, como azotes y lapidación, o la muerte. En muchos casos, las restricciones a la sexualidad de la mujer, en los términos definidos por la comunidad son aprobadas por el Estado por la vía de leyes y políticas que reflejan los valores comunitarios.*³⁵

La violencia contra las mujeres en la comunidad (así como la violencia en el ámbito familiar) tiene dos consecuencias importantes. La primera es el daño físico y mental que provocan las agresiones y la segunda es el impacto que produce la amenaza de tales actos sobre la percepción de seguridad y protección de las mujeres. Mientras que todas las mujeres pueden sentirse, o pueden estar, en peligro, algunas de ellas corren mayores riesgos. Como se verá *infra*, entre ellas están las mujeres pertenecientes a comunidades marginadas, las jóvenes, las mujeres que están bajo custodia y las refugiadas.

³⁴ Coomaraswamy R. *Informe de la Relatora Especial, Sra. Radhika Coomaraswamy, sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias*, Doc. ONU: E/CN.4/1997/47, 1997.

³⁵ *Ibíd.* párr. 8.

Violencia en situaciones de conflicto y posconflicto armado

Los conflictos armados del último decenio en los Balcanes, África Central, África Occidental y otros lugares se han caracterizado por los altos niveles de violencia sexual y de otra índole dirigida contra las mujeres y por el colapso (o la ausencia) de sistemas sanitarios eficaces.

Las mujeres están en peligro no sólo cuando se encuentran en sus comunidades durante las acciones bélicas, sino también cuando huyen de las zonas de combate.³⁶ Durante los conflictos en el África Occidental que terminaron en 2002, una mujer de 35 años que había huido primeramente de Liberia y luego de Sierra Leona, de donde pasó a Guinea, fue violada cuando trataba de escapar de miembros de grupos políticos armados y de soldados de Guinea. Formaba parte de un grupo de 17 personas que huyeron de un campo para personas desplazadas cuando éste fue atacado simultáneamente por rebeldes y por el ejército de Guinea en septiembre de 2000. El grupo, en el cual se encontraban la madre de la mujer, de 65 años de edad, sus seis hijos y tres hijastros, fue

³⁶ *Los efectos de los conflictos armados en las mujeres*. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja, 2001. El informe destaca la importancia de comprender que las mujeres en situaciones de conflicto armado no son solamente “víctimas” necesitadas de asistencia y protección. Señala que las “mujeres participan activamente en las contiendas como combatientes o elementos de apoyo de las fuerzas armadas regulares. Las mujeres actúan como dirigentes políticos, líderes de organizaciones no gubernamentales, de grupos sociales y políticos y toman parte activamente en campañas en favor de la paz. Como miembros de la población civil, desempeñan en la sociedad y en el ámbito de la familia roles económicos importantes y a veces fundamentales, y poseen técnicas y habilidades que les permiten soportar el aumento de estrés y la carga a que se ven sometidas en tiempos de guerra. Por ejemplo, las mujeres han iniciado pequeñas empresas y proyectos generadores de ingresos con exiguos recursos en sus devastadas comunidades y en los campos para desplazados. Las mujeres en tiempos de guerra muestran un coraje y una resistencia tremendos como sobrevivientes y cabezas de sus hogares, un papel para el cual muchas de ellas habían tenido ninguna o muy poca preparación y que se vuelve más difícil a causa de las presiones sociales que se les imponen. Los términos ‘vulnerable’ y ‘víctima’ no son sinónimos de ‘mujer’”. Resumen ejecutivo, p. 20. Traducción de AI.

capturado por las fuerzas rebeldes. Obligaron a todos los refugiados a desnudarse y luego los registraron buscando dinero y armas. A las mujeres se las sometió a registros vaginales ofensivos y después fueron violadas.³⁷

Amnistía Internacional ha documentado numerosos relatos similares de abusos contra mujeres mientras escapaban del peligro en África Occidental y Central y en otros lugares.³⁸ Médicos sin Fronteras ha informado sobre las experiencias de su clínica en Baraka, Congo Oriental.

La violencia sexual durante el ciclo de una situación de refugiados³⁹

Fase	Tipo de violencia
Durante el conflicto, antes de la huida	Abusos físicos y sexuales a manos de personas que tienen autoridad; violencia sexual por parte de combatientes del gobierno o de la oposición, o de civiles.
Durante la huida	Agresión sexual a manos de bandidos, guardias fronterizos, piratas; captura y trata por parte de tratantes.
En el país de asilo o refugio	Abusos sexuales por parte de las autoridades, abuso sexual de niñas acogidas; violencia doméstica; agresiones sexuales durante la recolección de leña, acarreo

³⁷ Amnistía Internacional. *Guinea and Sierra Leone: No place of refuge*. Índice AI: AFR 05/006/2001, octubre 2001. (Disponible sólo en inglés.)

³⁸ Véanse, por ejemplo, Amnistía Internacional. *Burundi. La violación, abuso oculto contra los derechos humanos*. AFR 16/006/2004, febrero de 2004; *Sudán, Darfur. La violación como arma de guerra*. AFR 54/076/2004, julio de 2004. Se publicarán asimismo dos informes de Amnistía Internacional sobre la violencia sexual contra las mujeres en la República Democrática del Congo y sobre la militarización y las mujeres.

³⁹ Cuadro adaptado de: ACNUR. *Prevención y Respuesta a la Violencia Sexual y de Género en Situaciones de Refugiados. Documentos de la Conferencia Interagencial sobre las Lecciones Aprendidas, 27-29 Marzo de 2001*, Ginebra.

de agua, etc.; comercio forzado de favores sexuales para sobrevivir.

Durante la repatriación

Abuso sexual de mujeres y niñas que han sido separadas de su familia; abuso sexual a manos de personas que tienen poder; agresión sexual por parte de bandidos y guardias fronterizos.

Durante la reintegración

Las retornadas pueden sufrir abusos sexuales como represalia; extorsión sexual para obtener condición legal; violencia doméstica.

Entre agosto de 2003 y enero de 2004, la clínica atendió a más de 550 víctimas de violencia sexual. Médicos sin Fronteras (MSF) creía que en zonas inaccesibles cientos de mujeres quedaron aisladas e impedidas de recibir ayuda. MSF informó de que las:

*consecuencias médicas de la violencia sexual son numerosas e incluyen la creciente transmisión del VIH y complicaciones graves de la salud reproductiva. Miedo, pesadillas y dolores psicósomáticos son sólo algunos de los problemas que experimentan las víctimas de violencia sexual. Para las mujeres, la violación a menudo acarrea el rechazo de su esposo e incluso de toda la comunidad.*⁴⁰

Las mujeres que deben atravesar fronteras corren un riesgo especial de ser explotadas sexualmente, cuando tratan de negociar un viaje seguro para ellas y sus hijos. (Véase el cuadro *supra*.)

Los efectos de los conflictos sobre la salud son considerables para todas las personas involucradas, pero lo son aún más para las mujeres y los niños. Un informe reciente de Amnistía Internacional sobre Burundi señalaba:

⁴⁰ Médicos sin Fronteras. *"I have no joy, no peace of mind": Medical, Psychosocial and Economic Consequences of Sexual Violence in Eastern DRC*. Amsterdam: Médecins Sans Frontières (MSF)-Holland, marzo de 2004.

Los últimos diez años de inseguridad han pasado factura a la salud de la población de varias formas: problemas físicos causados por heridas relacionadas con la guerra; deterioro de la salud como consecuencia de la limitación del acceso a los campos de labranza y a los mercados [...]; vulnerabilidad frente a las enfermedades agravada por el hecho de dormir a la intemperie, a menudo con frío y lluvia, los desplazamientos reiterados, la fatiga, la desnutrición [...]; destrucción de centros de salud e inaccesibilidad a los servicios médicos a causa de la inseguridad; saqueo de almacenes de productos farmacéuticos, y violencia sexual generalizada, con la consiguiente transmisión del VIH/sida y otras enfermedades.⁴¹

Los datos parecen indicar que “en muchos países que han sufrido conflictos violentos, las tasas de violencia interpersonal siguieron siendo altas aun después de la cesación de las hostilidades, entre otras razones, debido a la manera en que la violencia se convierte en algo socialmente más aceptado y a la disponibilidad de armas”.⁴²

Trata de personas y prostitución forzada

La trata de mujeres se define en el Protocolo de Palermo.⁴³ El artículo 3 recoge cuatro elementos definitorios que se refieren a la naturaleza de la captación, el engaño y la explotación de las víctimas de la trata de personas, la cuestión del consentimiento y la protección de los niños.⁴⁴

⁴¹ Amnistía Internacional. *Burundi. La violación, abuso oculto contra los derechos humanos*. Londres 2004, disponible en:

<http://web.amnesty.org/library/index/eslafr160062004>.

⁴² OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, p. 15.

⁴³ ONU. Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. Doc. ONU: A/55/383, 2000.

⁴⁴ La definición es la siguiente:

“Para los fines del presente Protocolo:

A las mujeres y niñas que son víctimas de trata se las priva de sus derechos humanos fundamentales y deben hacer frente a riesgos considerables. Durante el tránsito hacia el país de destino pueden ser violadas por quienes las transportan o por otras personas; a su llegada se enfrentan al riesgo de ser violadas por sus nuevos “dueños”, que usan la violación como medida de control y coacción. La violencia forma parte del proceso de coacción. A las mujeres víctimas de trata se las somete repetidamente a abusos psicológicos, que pueden incluir intimidación y amenazas, mentiras y engaños, manipulación emocional y chantaje, en particular amenazas de informar a sus familias sobre la naturaleza de su trabajo o relativas a la seguridad de sus familias. Los tratantes mantienen a las mujeres en la inseguridad haciendo que sus vidas sean impredecibles y su entorno inseguro. Una vez que llegan al país de destino se las obliga a trabajar en régimen de explotación.

No es sorprendente que esta cultura de coacción y violencia, así como la naturaleza de los abusos sexuales a que son sometidas rutinariamente, tenga consecuencias para la

-
- a) Por ‘trata de personas’ se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos;
- b) El consentimiento dado por la víctima de la trata de personas a toda forma de explotación intencional descrita en el apartado a) del presente artículo no se tendrá en cuenta cuando se haya recurrido a cualquiera de los medios enunciados en dicho apartado;
- c) La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de un niño con fines de explotación se considerará ‘trata de personas’ incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios enunciados en el apartado a) del presente artículo;
- d) Por ‘niño’ se entenderá toda persona menor de 18 años”. (Véase el Anexo 2 de Doc. ONU: A/55/383. Disponible en: http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents/383s.pdf.)

salud.⁴⁵ Como en muchos casos las mujeres que son objeto de trata han entrado en el país de forma ilegal, además de sus temores generalizados y de estar expuestas a las amenazas y la coacción, pueden no tener acceso a servicios que están disponibles para otras personas, incluida la atención médica. En un estudio citado por Amnistía Internacional se indicaba que sólo el 10 por ciento de las mujeres víctimas de trata en Kosovo recibían atención médica con regularidad.⁴⁶ Los riesgos a los que deben hacer frente estas mujeres tienen consecuencias para la responsabilidad ética profesional de los investigadores de derechos humanos y de la salud, que deben prestar la atención debida a la seguridad de las mujeres.⁴⁷

⁴⁵ Zimmerman C, Yun K, Shvab I, Watts C, et al. *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study*. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003; Hynes HP, Raymond JG. Put in Harm's Way: The Neglected Health Consequences of Sex Trafficking in the United States. En: Silliman J, Bhattacharjee A (eds.) *Policing the National Body: Sex, Race, and Criminalization*. Cambridge, MA: South End Press, 2002.

⁴⁶ Amnistía Internacional. “¿Significa eso que tengo derechos?” *Proteger los derechos humanos de las mujeres y niñas objeto de trata para la prostitución forzada en Kosovo*. Londres: Índice AI: EUR 70/010/2004, 6 de mayo de 2004. Un estudio llevado a cabo por Physicians for Human Rights sobre la situación de mujeres y niñas migrantes y víctimas de trata en Tailandia puso énfasis sobre su falta de acceso a la atención de la salud. Véase: *No Status: Migration, Trafficking and Exploitation of Women in Thailand*. Boston: Physicians for Human Rights, julio de 2004. Los obstáculos para acceder al cuidado de la salud identificados en el estudio de Physicians for Human Rights incluían falta de acceso a trabajadores de la salud, temor a la detención y a otras cuestiones de seguridad, costo del transporte y las distancias de traslado involucradas. Muchas mujeres migrantes se encontraban en mal estado de salud antes de llegar a Tailandia (p. 38).

⁴⁷ WHO *Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women*. Geneva: WHO, 2003. Available at: <http://www.who.int/gender/documents/en/>. Hay paralelismos con algunas de las cuestiones éticas que surgen de la investigación de la violencia en el ámbito de la familia. Véase: Ellsberg M, Heise L. Bearing witness: ethics in domestic violence research. *The Lancet* 2002; 359: 1599–604.

Violencia sexual en las fuerzas armadas

Las mujeres que trabajan en las fuerzas armadas corren el riesgo de ser víctimas de violencia sexual a manos de sus compañeros varones. Los informes indican que por lo menos 37 mujeres pertenecientes a las fuerzas armadas solicitaron asistencia sociopsicológica y de otra índole, por trauma sexual, a organizaciones civiles de acción contra la violación al regresar a Estados Unidos después de desempeñar funciones de guerra en Irak, Afganistán, Kuwait y otros puestos en el extranjero⁴⁸ y que personal femenino de las fuerzas armadas de Estados Unidos ha denunciado más de 175 casos de agresión sexual o conducta indebida por parte de soldados varones.⁴⁹ Sin embargo, el problema de la violencia sexual contra mujeres miembros de las fuerzas armadas se ha documentado durante un largo periodo. Un estudio del periódico *The Denver Post* señalaba que “casi 5.000 presuntos delincuentes sexuales, entre ellos violadores, han evitado el procesamiento y la posibilidad de ser encarcelados, desde 1992, según datos del ejército” al serles impuestas sanciones administrativas en vez de ser juzgados ante un consejo de guerra. Las cifras relativas a la fuerza aérea, la marina y el cuerpo de infantería de Marina no eran incompletas o no estaban disponibles. El periódico citaba un estudio del Pentágono que había revelado en 1988 que más del 90 por ciento de las víctimas militares de acoso sexual no habían denunciado los abusos, algunas de ellas porque temían ser culpadas.⁵⁰

Un estudio anterior llegó a la conclusión de que la exposición de las mujeres al acoso sexual en las fuerzas armadas está mucho más extendida de lo que se creía anteriormente. De una muestra de población que recibía tratamiento por trastorno de estrés post-traumático, el 63 por ciento

⁴⁸ Herdy A, Moffeit M. *Camouflaging Criminals: Sexual Violence Against Women in the Military*. Amnistía Internacional Estados Unidos, Nueva York, primavera de 2004. Disponible en: http://www.amnestyusa.org/amnestynow/camouflaging_criminals.html

⁴⁹ *The Denver Post*. ‘Pentagon to address sex assaults.’ 2 de junio de 2004.

⁵⁰ *The Denver Post*, ‘Betrayal in the ranks’; serie en tres partes, 16-18 de noviembre de 2003. Disponible en línea en: http://63.147.65.175/justice/tdp_betrayal.pdf

denunció acoso sexual durante el servicio militar y el 43 por ciento denunció violación. Se observó que la exposición al “estrés sexual” (según la terminología de los autores del estudio) tenía especial importancia en la aparición del trastorno de estrés post-traumático.⁵¹ Otro estudio realizado en Estados Unidos reveló que, de más de 500 mujeres que llevaron a cabo la entrevista de investigación, la mitad habían sufrido actos violentos durante el servicio militar, incluida la violación, la agresión física o ambas cosas. Los autores llegaron a la conclusión de que la calidad de vida, en lo relativo a la salud, de las mujeres que habían sufrido agresión física o violación era muy inferior.⁵²

Las niñas y mujeres que combaten en los grupos armados de oposición pueden tener que afrontar actos de violencia sexual grave. Por ejemplo, en un informe de 2002, la relatora especial sobre la violencia contra la mujer señaló que “[l]os testimonios dados por las ex combatientes demuestran cómo mientras formaron parte de un grupo armado se las sometió a diversos tipos de violencia basada en el sexo, como abusos sexuales o acoso por parte de los superiores” así como a violación de sus derechos reproductivos.⁵³

Matrimonios forzados

Las normas de derechos humanos afirman con claridad que el matrimonio debe ser una unión

voluntaria entre los cónyuges.⁵⁴ En algunos países y culturas se obliga a las mujeres –en particular a las jóvenes– a casarse con hombres que han sido elegidos para ellas por sus padres o tutores y con quienes ellas no desean casarse. Esta vulneración de los derechos humanos puede ocasionar conflictos conyugales y violencia por parte del esposo. Si la mujer trata de abandonar la relación puede correr el riesgo de sufrir actos de violencia a manos de los familiares del esposo o de su propia familia, que puede sentirse deshonrada por su comportamiento.⁵⁵

⁵⁴ La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma, en su artículo 16: “1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio. 2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio”. Véase también la Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios, artículo 1: “No podrá contraerse matrimonio sin el pleno y libre consentimiento de ambos contrayentes, expresado por éstos en persona, después de la debida publicidad, ante la autoridad competente para formalizar el matrimonio y testigos, de acuerdo con la ley”.

⁵⁵ Amnistía Internacional. *Está en nuestras manos. No más violencia contra las mujeres*. Londres, 2004; véase también *Swaziland: Human rights at risk in a climate of political and legal uncertainty*. Índice AI: AFR 55/006/2004, 2004. En algunas zonas de conflicto, el fenómeno que a menudo recibe el nombre de “matrimonio forzado” es en realidad una forma de esclavitud sexual de las mujeres por parte de los soldados de las fuerzas de ocupación, aunque es distinto de la práctica que se describe *supra*. En mayo de 2004, la Sala de Primera Instancia del Tribunal Especial para Sierra Leona aprobó por mayoría una moción presentada por la fiscalía de agregar el nuevo cargo de “matrimonio forzado” a las actas de acusación contra seis inculpados que presuntamente habían sido líderes de anteriores fuerzas militares del país. La aprobación de la nueva acta de acusación por la Sala señala la primera vez que se procesará el “matrimonio forzado” en un contexto de conflicto como crimen de lesa humanidad con arreglo al derecho internacional. (Tribunal Especial para Sierra Leona. Trial Chamber Approves New Count of Forced Marriage. Comunicado de prensa, Freetown, Sierra Leona, 7 de mayo de 2004. <http://www.sc-sl.org/Press/pressrelease-050704.html>)

⁵¹ Fontana A, Rosenheck R. Duty-related and sexual stress in the etiology of PTSD among women veterans who seek treatment. *Psychiatric Services* 1998; 658-62.

⁵² Sadler AG, Booth, BM, Nielson D, Doebbeling BN. Health-related consequences of physical and sexual violence: women in the military. *Obstetrics and Gynecology* 2000; 96: 473-480.

⁵³ Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, Adición. Misión a Colombia (1º a 7 de noviembre de 2001). Naciones Unidas, E/CN.4/2002/83/Add.3, párrs. 55 y 56. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.2002.83.Add.3.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.2002.83.Add.3.Sp?Opendocument).

Violencia relacionada con la dote o “precio de la novia”

Pueden hacerse pagos relativos al matrimonio, ya sea a la familia de la novia por parte del esposo (por ejemplo, en ciertas zonas de África) o por parte de la familia de la novia al esposo o a su familia (en el sur de Asia y en otras regiones). En las culturas que exigen que la familia de la novia pague una cantidad a la familia del esposo en el momento del matrimonio, pueden surgir disputas relacionadas con la cuantía o con supuestos defectos de la esposa, lo que hace que la mujer se vea sometida a diversas formas de violencia. (Los supuestos defectos de la esposa también pueden causar violencia en las culturas en que es la familia del hombre la que paga esa cantidad.) En algunos casos la esposa es asesinada. En la India, miles de mujeres han muerto en homicidios relacionados con la dote durante el último decenio.⁵⁶

La costumbre de fijar un precio por la novia puede poner en peligro la salud de la mujer si, por ejemplo, debilita su capacidad de negociación en lo relativo a las relaciones sexuales o a acordar el número de hijos que la pareja ha de tener. En algunas culturas, el hermano del esposo fallecido puede “heredar” su esposa. Los defensores de los derechos de la mujer consideran que costumbres como éstas aumentan en la mujer el riesgo de infectarse con el VIH/sida.⁵⁷

Medidas coercitivas relacionadas con la salud reproductiva

Varias prácticas relacionadas con la salud reproductiva tienen consecuencias para la seguridad y el bienestar de las mujeres. Durante

⁵⁶ Jutla RK, Heimbach D. Love burns: An essay about bride burning in India. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 2004;25:165-70. Los procesamientos en estos casos son relativamente infrecuentes. La injusticia en el contexto del homicidio de la esposa también aparece en otros lugares. Véase, por ejemplo: WLSA - Swaziland, *Multiple Jeopardy: Domestic Violence and Women's Search for Justice in Swaziland*, Mbabane, 2001.

⁵⁷ Wendo C. African women denounce bride price. *The Lancet* 2004; 363:716. Véase, en un sentido más general, Amnistía Internacional. *Mujeres, VIH/sida y derechos humanos*. Índice AI: ACT 77/084/2004, noviembre de 2004.

las guerras de los Balcanes en la década de 1990, a las mujeres se las violaba sistemáticamente, lo que producía en muchos casos embarazos forzados y no deseados. En otros países se ha obligado a las mujeres a interrumpir el embarazo en contra de su voluntad. Esto puede ocurrir como consecuencia de un programa estatal de restricción del número de hijos que las personas pueden tener o de una intervención médica no consensuada.⁵⁸ Una tercera medida coercitiva es la esterilización involuntaria. Esta práctica al parecer está ligada a la política nacional de población, al control de la reproducción de las minorías o al propósito de controlar la fertilidad de las mujeres que tienen dificultades de aprendizaje.⁵⁹

En Nigeria y algunas otras jurisdicciones, las mujeres pueden ser condenadas a muerte por el Estado si se comprueba que han interrumpido un embarazo. Durante una visita de investigación a Nigeria, en marzo de 2003, Amnistía Internacional entrevistó a siete mujeres recluidas en la cárcel de Katsina, en el estado de Katsina, y comprobó que una de ellas había sido procesada por “homicidio sin premeditación” y condenada a morir en la horca por haberse sometido a un aborto. De las mujeres que aún esperaban ser juzgadas, tres habían sido acusadas del delito de homicidio sin premeditación, que conlleva la pena capital. Dos de estas mujeres habían sido acusadas o declaradas culpables con arreglo al Código Penal y una según el Código Penal de la Ley Islámica de Katsina.⁶⁰ En muchas otras

⁵⁸ Véase, por ejemplo, ‘Surgeon reprimanded for aborting baby without consent’, *The Independent*, Londres, 31 de mayo de 2002.

⁵⁹ Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Clarendon Press, 2003, pp. 237-8.

⁶⁰ Amnistía Internacional. *Las mujeres y la pena de muerte en los sistemas penales nigerianos*. Índice AI: AFR 44/001/2004, 2004. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/index/eslafr440012004>

jurisdicciones las mujeres son castigadas por interrumpir un embarazo o por intentar hacerlo.⁶¹

Pruebas de virginidad

En algunas culturas que atribuyen un valor elevado a la “castidad” femenina, su familia, la familia del posible esposo u otras personas pueden exigir que una mujer joven “pruebe” su virginidad. En consecuencia, se requiere a veces al personal médico o de enfermería para que realice las llamadas pruebas de virginidad –una inspección de los genitales externos de la mujer– para determinar si ha tenido actividad sexual.

En 1994, Human Rights Watch informó de que a las alumnas de enseñanza secundaria en toda Turquía se las obligaba a someterse a pruebas de control de la virginidad. Estas pruebas también se les practicaban a “detenidas por motivos políticos, a mujeres acusadas de ‘comportamiento inmodesto’, a pacientes ingresadas en hospitales, a residentes en dormitorios estatales y a mujeres que solicitaban empleos del Estado”.⁶²

Los intentos de suicidio de cinco alumnas turcas a quienes se amenazó con examinarlas por la fuerza condujeron a la prohibición de esta práctica en 1999. Sin embargo, en 2001 se propuso volver a establecerla, antes de que un dictamen definitivo contra las pruebas a alumnas

de enseñanza secundaria se anunciase en febrero de 2002.⁶³

Un estudio efectuado en Turquía en 1999 reveló que en una encuesta realizada a 188 médicos forenses éstos afirmaron haber llevado a cabo casi 6.000 pruebas en los 12 meses anteriores. La mayor parte de ellas se habían realizado a causa de presuntas agresiones sexuales⁶⁴, pero alrededor de 1.800 se habían practicado por razones sociales. Aunque el 68 por ciento del personal médico forense declaró que creía que las “pruebas de virginidad” no eran apropiadas cuando no existía una denuncia de agresión sexual, el 45 por ciento de ellos las habían realizado por razones sociales. Una gran mayoría de los profesionales médicos encuestados (más del 90 por ciento) coincidieron en que las pruebas son traumáticas desde el punto de vista psicológico para los pacientes. Por otra parte, más de la mitad de los médicos informaron que la mayoría de las pacientes se someten al examen en contra de su voluntad.⁶⁵

Otros países tienen un dilatado historial en el uso de las pruebas de virginidad. Una subespecialidad completa de la medicina forense

⁶³ BBC. Turkey scraps virginity tests.

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1845784.stm>, 28 de febrero de 2002. Amnistía Internacional informó sobre el uso de “pruebas de virginidad” en el contexto de la represión política. A una mujer en Mersin “[a] parecer, agentes de policía varones la golpearon y la sometieron a abusos sexuales en el transcurso de un registro. La forzaron a someterse a una “prueba de virginidad” y, según los informes, los agentes amenazaron al médico para que no redactara un informe dando cuenta de las torturas sufridas”. Véase: *Turquía: ¡No más violencia contra las mujeres detenidas!* Índice AI: EUR 44/006/2003. Disponible en:

<http://web.amnesty.org/library/index/esleur440062003>

⁶⁴ No debe confundirse un examen forense practicado después de una denuncia de violación con una “prueba de virginidad”. El examen forense debe tener mayor amplitud y no centrarse –y desde luego no *solamente*– en el estado del himen. Véase: Amnistía Internacional. *Protecting the human rights of women and girls: a medico-legal workshop on the care, treatment and forensic medical examination of rape survivors in Southern and East Africa*. Índice AI: AFR 53/001/2002.

⁶⁵ Frank MW, Bauer HM, Arican N, Fincanci SK, Iacopino V. Virginity examinations in Turkey: role of forensic physicians in controlling female sexuality. *JAMA* 1999;282:485-490

⁶¹ La Recomendación General 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, párr. 31(c), establece: “En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>

⁶² Human Rights Watch. *A Matter of Power: State Control of Women’s Virginity in Turkey*. New York, 1994. Available at: <http://www.hrw.org/reports/1994/turkey/TURKEY.pdf>

en Irak está dedicada a la virginidad, según un patólogo forense iraquí citado en un artículo reciente. El patólogo señaló que la actual falta de seguridad en Irak y las elevadas cifras de muertes violentas han conducido a que se haga menos esfuerzo por ocultar el homicidio de mujeres por motivos de “honor”.⁶⁶

Mutilación genital

Hasta 136 millones de niñas y mujeres se ven afectadas por la práctica cultural de cortar o mutilar los genitales externos.⁶⁷ Aunque tiene sus raíces en una práctica tradicional de gran antigüedad y ha sido explicada de diversas maneras como producto de la cultura, la religión, los valores estéticos o el patriarcado, se la considera cada vez más una violación de los derechos humanos de las personas a quienes se le impone.⁶⁸ Esta práctica tiene consecuencias profundas y prolongadas, que afectan a la vida sexual y reproductiva de la mujer. En el periodo inmediatamente posterior a la intervención, la herida puede presentar hemorragias o infectarse y provocar una septicemia generalizada. La persona afectada puede morir en cualquiera de los dos casos. La niña o mujer también puede tener problemas para orinar. Los efectos de la mutilación genital femenina pueden ser perjudiciales para la mujer en épocas posteriores de su vida, cuando las relaciones sexuales, el embarazo y el parto pueden ser dolorosos y, en el

⁶⁶ Packer G. Letter from Baghdad: Caught in the crossfire. *The New Yorker*, 17 de mayo de 2004. Véase: http://www.newyorker.com/fact/content/?040517fa_fac_t. Según Packer, antes de la guerra actual, “la familia [de la víctima] hubiera quemado o ahogado a la mujer para ocultar el asesinato”.

⁶⁷ Magoha GA, Magoha OB. Current global status of female genital mutilation: a review. *East African Medical Journal* 2000;77:268-72; Henrion R. Mutilations génitales féminines, mariages forcés et grossesses précoces. *Bull Acad Natle Méd.* 2003;187:1051-66.

⁶⁸ Amnistía Internacional publicará un informe sobre la mutilación genital femenina en 2005. Véase también: *La mutilación genital femenina y los derechos humanos*. Londres, 1997; Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2002;79(3):281-7.

caso del parto, peligroso para la vida (véase cuadro *infra*).⁶⁹

Categorías de mutilación genital femenina

La Organización Mundial de la Salud establece las siguientes categorías en esta práctica:

Tipo I: Excisión del prepucio o capucha del clítoris, con o sin resección parcial o total del clítoris.

Tipo II: Excisión del clítoris conjuntamente con resección parcial o total de los labios menores.

Tipo III: Excisión parcial o total de los genitales externos y sutura/estrechamiento de la entrada vaginal (infibulación)

Tipo IV: Sin clasificar: incluye pinchar, perforar o incidir el clítoris y/o los labios; estirar el clítoris y/o los labios; cauterización por quemado del clítoris y los tejidos adyacentes, raspado [...] de la entrada vaginal o incisión [...] de la vagina; introducción en la vagina de sustancias corrosivas para causar sangrado o de hierbas con el propósito de tensarla o estrecharla; todo otro procedimiento que esté incluido en la definición de mutilación genital femenina [de la OMS].⁷⁰

Complicaciones y consecuencias posibles de la mutilación genital femenina

Inmediatas y a corto plazo:

Hemorragia, infección, disfunción urinaria, shock, muerte

A largo plazo:

Complicaciones urinarias, dolores de cicatrización, infección, infertilidad, relaciones

⁶⁹ Nour NM. Female genital cutting: clinical and cultural guidelines. *Obstetrics and Gynecology Survey* 2004; 59:272-9. Un análisis exhaustivo de los estudios sobre los efectos de la mutilación genital femenina se encuentra en: Organización Mundial de la Salud. *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth*. Documento WHO/FCH/WMH/00.2, Ginebra, 2000.

⁷⁰ OMS. Nota informativa (*Fact sheet*) núm. 241: *Female genital mutilation*. Ginebra, junio de 2000.

sexuales dolorosas

Obstétricas:

Desgarro, infección de las heridas, hemorragia post-parto, septicemia, muerte

Numerosos grupos locales e internacionales han trabajado contra esta práctica durante el último cuarto de siglo. Se están usando diversas estrategias, como la movilización de la comunidad, la denuncia judicial, la educación para la salud y el desarrollo de formas alternativas de la ceremonia que marca el “rito de paso” de las niñas. Una respuesta a estos riesgos ha sido que la intervención sea realizada por médicos, con el fin de involucrar a los profesionales de la medicina en un procedimiento de mutilación no médico.⁷¹ Esta participación ha encontrado la oposición generalizada en las organizaciones de profesionales de la salud.⁷²

Mujeres que corren riesgos especiales

Todas las mujeres y niñas pueden ser objeto de violencia de género, pero hay varios factores que aumentan el riesgo. El factor de más importancia en la cuestión de la violencia sexual es la convivencia con un compañero varón. Sin embargo, existen otros factores que influyen sobre el riesgo de la violencia sexual, como “ser joven; consumir alcohol u otras drogas; haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad; [...] ser profesional del sexo; [...] la pobreza”.⁷³

Presas

La violencia sexual y de otra índole contra las mujeres en cárceles y centros de detención es un problema importante. Amnistía Internacional y otras organizaciones defensoras de los derechos humanos han documentado la violencia contra las

⁷¹ Véase, por ejemplo, Siringi S. Kenyan health professionals participate in female circumcision. *The Lancet* 2002;360:2057.

⁷² Por ejemplo, el Consejo Internacional de Enfermeras se opone a la mutilación genital femenina y “a todo movimiento tendente a considerar[la] como ‘práctica médica’”. Véase: CIE. Eliminación de la mutilación genital femenina, <http://www.icn.ch/psgenitalsp.htm>.

⁷³ OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, traducción de la Organización Panamericana de la Salud, 2003, p. 171.

mujeres detenidas en numerosos países, cometida por guardias penitenciarios y personal de seguridad, pero también por otros presos.⁷⁴

Amnistía Internacional ha documentado los abusos persistentes contra las mujeres en las cárceles de Turquía. En marzo de 2002, Hamdiye Aslan, una mujer kurda de 37 años, estuvo dos días recluida en el Departamento Antiterrorista de la Comisaría Central de la Policía de Mardín, durante los cuales le vendaron los ojos y la amenazaron. Según la información recibida, los agentes de policía le arrojaron agua fría mientras la exponían a la corriente de aire frío de un aparato de aire acondicionado. La desnudaron y sufrió violación anal con una porra. El Colegio Médico de Turquía abrió expediente a dos médicos que redactaron informes en los que declaraban que no había sido torturada. Hamdiye Aslan fue trasladada a una prisión, donde permaneció hasta que un tribunal ordenó su excarcelación tres semanas después de su detención. Tras presentar una denuncia formal por el trato sufrido, obtuvo nuevos certificados médicos que daban fe de lesiones que corroboraban sus acusaciones de tortura.⁷⁵ Siguen recibiendo informes de violaciones y violencia sexual contra las mujeres detenidas en Turquía.

Como en la mayor parte de los países, las mujeres presas en el Brasil representan sólo un pequeño porcentaje –alrededor del 5 por ciento– de la población reclusa total. Sin embargo, estas mujeres corren riesgo de ser sometidas a malos tratos. En algunos centros de detención, sufren tortura y malos tratos a manos de la policía y de

⁷⁴ Amnistía Internacional. *Cuerpos rotos, mentes destrozadas. Torturas y malos tratos a mujeres*. Índice AI: ACT 40/001/2001. Londres, 2001: “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”,

<http://web.amnesty.org/library/index/esIACT400012001?open&of=esl-313>. Véase también Amnistía Internacional. *Contra la tortura. Manual de Acción*. Índice AI: ACT 40/001/2003, Londres, 2003. <http://web.amnesty.org/pages/stoptorture-manual-index-esl>.

⁷⁵ Amnistía Internacional. *Turquía: ¡No más violencia contra las mujeres detenidas!* Índice AI: EUR 44/006/2003.

<http://web.amnesty.org/library/index/esleur440062003>.



funcionarios penitenciarios. Las mujeres detenidas en comisarías de policía soportan condiciones de hacinamiento extremo y falta de intimidad. No se dispone de servicios sanitarios adecuados ni de atención médica y no se presta atención a las necesidades de cuidado de la salud de las mujeres, en particular en lo relativo al embarazo y el parto y a sus responsabilidades familiares.⁷⁶

Los abusos sexuales y de otro carácter que sufren las mujeres presas son motivo de preocupación desde hace tiempo en las cárceles de Estados Unidos. En octubre de 1998, Florence Krell se ahorcó colgándose de la puerta de su celda en la Institución Penitenciaria de Jefferson, Florida. Antes de morir escribió al juez que la había condenado y a su madre, quejándose de haber sido sometida a abusos por los guardias y a otras formas de malos tratos, como dejarla desnuda en su celda, bajo la observación de funcionarios varones.⁷⁷

El cacheo o registro de mujeres presas puede prestarse a abusos sexuales. En 2003, en la prisión estatal de Valley para mujeres de California, la cárcel de mujeres más grande del estado, se restableció la práctica de permitir que agentes varones registraran físicamente a las mujeres. La nueva normativa permitía a los guardias varones practicar cacheos no supervisados a presas mujeres, lo que implicaba tocar la zona de los pechos y la entrepierna, un procedimiento que había sido prohibido en la prisión de Valley en 1998 después de años de protestas de las mujeres que eran sometidas a manoseo y otros abusos sexuales a manos de los guardias varones. Entre las mujeres que eran sometidas a estos registros se encontraban reclusas que tenían antecedentes de haber sufrido abusos físicos o sexuales antes de

ser encarceladas.⁷⁸ Esta práctica fue suprimida el 15 de octubre de 2003, poco después del comienzo de una campaña en contra de la normativa.

Las mujeres también pueden estar expuestas a humillación sexual cuando *visitan* a presos. En Argentina, las mujeres visitantes eran sometidas a revisiones vaginales hasta que en 1996 un caso que se presentó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos llevó a que se dictase una resolución que estableció que las revisiones constituían una invasión de los cuerpos de las mujeres y niñas y violaban el derecho de las visitantes a la intimidad, la integridad física y psíquica, la protección de la familia y los derechos del niño.⁷⁹

Mujeres internadas en instituciones

Las mujeres internadas en instituciones estatales o que tienen habilitación estatal corren el riesgo de ser privadas de muchos derechos básicos. Aunque el personal médico y otros funcionarios dedicados al cuidado de la salud tienen la obligación de actuar en salvaguardia del interés superior de las mujeres, existen sin embargo datos que indican que estas mujeres son vulnerables, y pueden ser víctimas de abusos a manos de sus cuidadores o de otras personas con el conocimiento de sus cuidadores.

En 2001, Amnistía Internacional informó de que a mujeres con discapacidad mental internadas en una institución estatal en el pueblo de Sanadinovo, en Bulgaria, se las sometía a condiciones que constituían trato cruel, inhumano

⁷⁶ Amnistía Internacional. *Brasil. "Aquí nadie duerme tranquilo". Violaciones de derechos humanos contra detenidos y presos.* Índice AI: AMR 19/009/1999.

Véase apartado 6.4.

⁷⁷ Amnistía Internacional. *United States of America: "Not Part of My Sentence" - Violations of the Human Rights of Women in Custody.* Índice AI: AMR 51/001/1999. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAMR510011999> (disponible sólo en inglés).

⁷⁸ Amnistía Internacional. *EE. UU.: Trato degradante a las mujeres en la prisión estatal de Valley.* Londres: Índice AI: AMR 51/135/2003.

<http://web.amnesty.org/library/Index/eslamr511352003>

⁷⁹ Cabal L, Roa M, Sepúlveda-Oliva L. ¿Qué rol puede desempeñar el litigio internacional en la promoción y avance de los derechos reproductivos en América Latina? (Disponible en inglés y próximamente en español en:

http://www.crlp.org/esp_ww_lacprogram.html.) *Health and Human Rights: An International Journal.* 2003; Vol.7, N° 1:51-88. El texto de la resolución (Informe núm. 38/96, caso 10.506) se encuentra disponible en español en: <http://www.cidh.org/annualrep/96span/IA1996CapIIIa.html>.

y degradante. A algunas internas las tenían encerradas en una jaula, porque el personal sostenía que “se han portado mal”. Expertos independientes citados por Amnistía Internacional en su informe describían las condiciones en estas instituciones como “una muerte lenta”.⁸⁰ El gobierno clausuró la institución después de una campaña internacional de protesta.

La ONG Mental Disability Rights International (MDRI) recibió informes sobre casos de acoso sexual, explotación, violación y otras formas de violencia en instituciones de Kosovo: Shtime, el hospital universitario de Pristina y una institución conocida como la Casa de los Ancianos. La dirección de la institución y las autoridades de las Naciones Unidas fueron informadas de casos de abusos en Shtime, un centro para personas con discapacidad mental, a pesar de lo cual los culpables conocidos de los abusos no fueron excluidos del trato diario con sus víctimas. Mental Disability Rights International ha recibido informes de abusos sexuales contra mujeres a manos del personal del Hospital Universitario de Pristina.⁸¹ Un año después, MDRI continuaba expresando preocupación por la falta de avances en tratamiento efectivo de los abusos.⁸²

Se ha informado de que mujeres que están internadas a causa de enfermedades mentales en otros lugares se han visto afectadas por la violencia sexual, aunque no necesariamente dentro de la institución. Mujeres hospitalizadas en un centro psiquiátrico en el sur de la India informaron sobre actividades sexuales bajo coacción en las que los autores eran el esposo (en casi el 50 por ciento de los casos), un amigo o conocido (en el 25 por ciento de los casos), o un familiar, como por ejemplo un tío o primo (en el 20 por ciento de los casos). La mayor parte de las

actividades tuvieron lugar en el domicilio de las mujeres.⁸³

Trabajadoras domésticas

Las empleadas domésticas –mujeres que trabajan en las casas de familias más pudientes en el mundo desarrollado o en desarrollo– corren el riesgo de sufrir abusos sexuales por parte de sus empleadores y familiares y de amigos del empleador. El riesgo de las mujeres que viajan al extranjero para trabajar en el servicio doméstico es aún mayor. Las mujeres que han entrado en un país sin documentación, o cuya documentación les ha sido retirada por sus empleadores, en muchos casos no pueden buscar resarcimiento legal por los abusos que han sufrido. Esta situación puede surgir porque se encuentran preocupadas por estar infringiendo las leyes del país y en consecuencia, tienen temor de perder su empleo, su casa y su seguridad. Los empleadores pueden servirse de este miedo para silenciar a la mujer. Las empleadas domésticas pueden tener que hacer frente a restricciones legales si desean cambiar de trabajo, y pueden experimentar dificultades con el idioma y miedo a la deportación si protestan por el maltrato.⁸⁴

Mujeres y niñas refugiadas y desplazadas internas

Las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo que huyen de una situación de peligro pueden encontrarse en nuevas situaciones de grave riesgo. Se ha sabido que funcionarios estatales (como los funcionarios de inmigración o los guardias fronterizos), traficantes, miembros de grupos armados, refugiados varones u otros migrantes han abusado de mujeres refugiadas mientras estaban en tránsito.

⁸⁰ Amnistía Internacional. *Bulgaria: Mujeres internadas en Sanadinovo*. Londres, Índice AI: EUR 15/001/2001. Disponible en:

<http://web.amnesty.org/library/index/esleur150012001>

⁸¹ MDRI. *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC, 2002.

⁸² Véase: <http://www.mdri.org/takeaction/kosovo.htm> [acceso conseguido el 2 de junio de 2004].

⁸³ Chandra PS, Deepthivarma S, Carey MP, Carey KB, Shalinianant MP. A cry from the darkness: women with severe mental illness in India reveal their experiences with sexual coercion. *Psychiatry* 2003; 66(4):323-34.

⁸⁴ Véase: Lin Chew. Programme Consultation Meeting on the Protection of Domestic Workers Against the Threat of Forced Labour and Trafficking: Discussion Paper. Londres: Anti-Slavery International, enero de 2003; Amnistía Internacional. *Arabia Saudí: Las mujeres, víctimas de graves abusos contra los derechos humanos*. Índice AI 23/057/2000, Londres, 2000. <http://web.amnesty.org/library/index/eslmde230572001>



En varios países, los solicitantes de asilo son recluidos en prisiones o instalaciones de detención similares a prisiones donde viven como reclusos penados. Amnistía Internacional y otras organizaciones defensoras de los derechos humanos han documentado casos de abusos contra mujeres y niñas refugiadas y solicitantes de asilo durante la detención, así como de condiciones que constituyen trato cruel, inhumano o degradante.⁸⁵

Para las mujeres inmigrantes (y para las que pertenecen a grupos minoritarios) también es difícil tomar medidas cuando sufren actos de violencia en el ámbito familiar. Un estudio realizado en Canadá describió una “serie compleja de circunstancias, actitudes, barreras y vacíos de servicios que hacen que las mujeres inmigrantes y las que pertenecen a minorías distinguibles se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad, que les impide obtener el apoyo necesario cuando hacen frente a la violencia doméstica”.⁸⁶

Incluso en los casos en que las mujeres consideran que existen condiciones suficientes de seguridad para regresar a su país de origen (o en los casos de retorno involuntario), a su vuelta se pueden encontrar viviendo al lado de los autores de los abusos que las obligaron a huir. Al regreso del desplazamiento interno o del exilio en otro país, las mujeres y niñas también pueden encontrarse con una nueva serie de problemas, incluso con la persistencia de altos niveles de violencia.⁸⁷ El colapso de las estructuras comunitarias y de los roles tradicionales que es a menudo una consecuencia del conflicto y de la

huida presenta nuevos desafíos a la sociedad después del conflicto.⁸⁸

Los datos recogidos en los últimos años indican que las mujeres y niñas refugiadas ni siquiera están protegidas contra la explotación sexual y de otro carácter a manos del personal de ayuda humanitaria. En informes publicados en 2002 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) conjuntamente con Save the Children (ONG británica) se documentaron graves denuncias de abusos sexuales y explotación de mujeres y niños por parte de personal de ayuda humanitaria en campos para refugiados y personas desplazadas en Sierra Leona, Liberia y Guinea. Las denuncias afirmaban que el personal de ayuda humanitaria retenía alimentos y servicios deliberadamente, con el fin de obtener a cambio favores sexuales.⁸⁹

En Nepal, el ACNUR admitió que al menos en 18 casos, el personal de ayuda a los refugiados había sometido a abusos sexuales y explotación a refugiadas butanesas alojadas en los campos. Entre las víctimas estaban una niña de siete años y

⁸⁵ Véase, por ejemplo, Amnistía Internacional. *Lost in the Labyrinth: Detention of Asylum-Seekers*. London, 1999, Índice AI: AMR 51/051/1999. Resumen en español, AMR 51/115/1999, *Perdidos en el laberinto: solicitantes de asilo en prisión*.

⁸⁶ Smith E. *Nowhere to Turn? Responding to Partner Violence against Immigrant and Visible Minority Women*. Canadian Council on Social Development, marzo de 2004. Disponible en: <http://www.ccsd.ca/pubs/2004/nowhere/>.

⁸⁷ OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, traducción de la Organización Panamericana de la Salud, 2003, cap. 1.

⁸⁸ “Los conflictos pueden cambiar por completo el papel de la mujer en la familia, en la comunidad y en la esfera ‘pública’. Por lo general obligan a las mujeres a convertirse en cabezas de familia y principal sostén de la casa, cargando sobre sí la responsabilidad de ganar el sustento, cuidar granja y animales, hacer negocios y estar fuera de casa, actividades desempeñadas tradicionalmente por los hombres.” Bouta T, Frerks G. *Women’s Roles in Conflict Prevention, Conflict Resolution and Post-Conflict Reconstruction: Literature Review and Institutional Analysis*. Conflict Research Unit, Netherlands Institute of International Relations, La Haya, 2002, p. 36.

⁸⁹ *Note for Implementing and Operational Partners By UNHCR and Save the Children-UK on Sexual Violence & Exploitation: The Experience of Refugee Children in Guinea, Liberia and Sierra Leone based on Initial Findings and Recommendations from Assessment Mission 22 October - 30 November 2001 (Nota para Socios Operativos y de Implementación sobre Violencia y Explotación Sexual: La Experiencia de los niños refugiados en Guinea, Liberia y Sierra Leona*. ACNUR y Save the Children-UK, Ginebra, febrero de 2002 [Disponible –sólo en inglés– en: <http://www.unhcr.ch>; comunicado de prensa –en español– en: http://www.acnur.org/index.php?id_pag=191].

una mujer discapacitada.⁹⁰ En 2004 se formularon nuevas denuncias con respecto a las fuerzas de la ONU para el mantenimiento de la paz en la República Democrática del Congo.⁹¹

Si voy a ver a los soldados [de la ONU] por la noche y duermo con ellos, entonces a veces me dan comida, quizás una banana o un pastel [...] tengo que hacerlo con ellos porque no hay nadie que se preocupe, nadie excepto yo que proteja a Joseph [su hijo]. Él es todo lo que tengo y debo cuidarlo. Faela, 13 años

Yo cruzo la alambrada cuando necesito comida. [...] Allí no nos pasa nada malo, los soldados son bondadosos y nos regalan cosas. En este campo no hay mucho. Yo vine a Bunia para estar segura y para escaparme de los soldados que atacaron mi pueblo. [...] Los soldados de la ONU ayudan a las muchachas como yo –nos dan comida y cosas si vamos [tenemos relaciones sexuales] con ellos. María, 15 años, República Democrática del Congo⁹²

Como respuesta al alto nivel de violencia al que deben hacer frente las mujeres refugiadas, la Organización Mundial de la Salud ha publicado un manual sobre el manejo clínico de la violación entre los refugiados y los desplazados internos.⁹³

Mujeres lesbianas, bisexuales y transgénero

Las mujeres lesbianas, bisexuales y transgénero deben hacer frente a violencia de género dentro de la comunidad así como a manos de funcionarios del Estado.

⁹⁰ Amnistía Internacional, Human Rights Watch. *Nepal: Los informes de abusos sexuales ponen de manifiesto la terrible situación de los refugiados bhutaneses*. Índice AI: ASA 31/071/2002, 22 de noviembre de 2002. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/index/eslasa310712002>

⁹¹ *The Independent* (Londres). 'UN troops buy sex from teenage refugees in Congo camp', 25 de mayo de 2004.

⁹² *Ibíd.*

⁹³ OMS. *Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*, Ginebra, 2001. Véase: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_8/clinical_management.pdf.

Una activista ugandesa de los derechos de las lesbianas y los gays, Christine (nombre ficticio), y cuatro amigos formaron un grupo de defensa de los derechos humanos a comienzos de 1999. Los cinco se encontraron con obstáculos especiales en Uganda, donde “el conocimiento carnal de cualquier persona contra el orden natural” es un delito que puede ser penado con cadena perpetua. Christine y los otros cuatro fueron detenidos y torturados en un centro de detención secreto. A Christine la violaron luego de dejarla sola en una habitación con tres detenidos varones. La detuvieron solamente porque era lesbiana y activista de derechos humanos en un país donde la homosexualidad es un delito. Más tarde, ella declaró: “Al llegar la medianoche, dijeron: ‘Vamos a enseñarte una cosa’. Me quitaron la ropa y me violaron. Recuerdo que me violaron dos de ellos, después me desmayé”.⁹⁴

Trabajadoras de la industria del sexo

Las personas que venden servicios sexuales, de forma independiente o bajo el control de un “agente” o proxeneta, corren a menudo un alto riesgo de violencia. Pueden sufrir violencia para obligarlas a iniciarse en el trabajo sexual; violencia para que se mantengan en él; violencia a manos de los clientes; y violencia si fracasan en cualquier intento de escapar del control del proxeneta. Para algunas, su principal motivo de preocupación es la violencia por parte de los clientes.⁹⁵ Las mujeres objeto de trata corren un riesgo de violencia particularmente alto (véanse pp. 8-10 *supra*).

⁹⁴ Amnistía Internacional. *Crímenes de odio, conspiración de silencio. Tortura y malos tratos basados en la identidad sexual*. Londres: Índice AI: ACT 40/016/2001. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/Index/esIACT400162001>.

⁹⁵ Green ST, Goldberg DJ, Christie PR, Frischer M, Thomson A, Carr SV, Taylor A. Female streetworker-prostitutes in Glasgow: a descriptive study of their lifestyle. *AIDS Care* 1993;5:321-35; Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524-525.

Véase también: Romero-Daza N, Weeks M, Singer M. “Nobody gives a damn if I live or die”: violence, drugs, and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut. *Medical Anthropology* 2003;22:233-59.



Las trabajadoras de la industria del sexo que son violadas pueden descubrir que sus quejas no son oídas o no son entendidas. El colectivo de trabajadores de la salud se cuenta las personas que no siempre sienten compasión por quienes venden servicios sexuales. En la India, las mujeres que ejercen el sexo como profesión se han topado con una insistencia coactiva de parte de los trabajadores de la salud para que se sometan a un examen de VIH en lugar de tratar de averiguar qué problema de salud tiene la mujer.⁹⁶

Consecuencias de la violencia para la salud de las mujeres

Las consecuencias de la violencia para la salud se perciben en muchos niveles diferentes. Por ejemplo, las secuelas que siente la persona; los efectos sobre la familia; el impacto de la violencia en la comunidad; las implicaciones para el sistema médico-legal; y el impacto de la violencia en el autor de esa clase de actos. Aunque en el apartado siguiente se consideran por separado las lesiones físicas, las consecuencias para la salud mental y las repercusiones de las enfermedades derivadas de la violencia contra las mujeres, debe tenerse en cuenta que existe una compleja interacción entre estos aspectos y que el examen separado de cada uno de ellos no expresa la complejidad del efecto total de la violencia.

⁹⁶ Misra G, Mahal A, Shah R. Protecting the rights of sex workers: the Indian experience. *Health and Human Rights* 2000; 5: 89-115.

Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja⁹⁷

Físicas

Lesiones abdominales y torácicas
Hematomas, desgarros y abrasiones
Síndromes de dolor crónico
Discapacidad
Fracturas
Trastornos gastrointestinales
Estado general de salud deprimido, o número de síntomas mayor que el promedio

Sexuales y reproductivas

Trastornos ginecológicos
Infertilidad
Aborto espontáneo
Enfermedad inflamatoria pélvica
Problemas relacionados con el embarazo
Disfunción sexual
Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH
Aborto practicado en condiciones peligrosas
Embarazo no deseado

Psíquicas y del comportamiento

Ansiedad, miedo, depresión
Sentimientos de vergüenza y culpabilidad
Trastornos del sueño
Trastornos de los hábitos alimentarios
Autoestima baja
Trastorno de estrés post-traumático
Daño autoinfligido
Consumo y abuso de sustancias
Pensamientos suicidas
Comportamiento sexual de riesgo

Lesiones físicas

Los estudios llevados a cabo en todos los continentes han documentado los daños físicos causados a las mujeres como consecuencia de la violencia por motivos de género. El *Informe*

⁹⁷ Adaptado de OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Ginebra, 2002, p. 110. Véase también: Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002; 359: 1331-36.

mundial sobre la violencia y la salud examina el costo global de la violencia para las mujeres.⁹⁸

Los efectos de la violencia contra las mujeres son a la vez inmediatos y de larga duración. Un estudio efectuado en Suecia sobre casi 400 mujeres de mediana edad reveló que los problemas de salud entre las mujeres eran 11 veces más probables entre aquellas que habían sufrido abusos de niñas, y 7 veces más probables entre las que habían sufrido abusos en la edad adulta.⁹⁹

En un estudio realizado en Estados Unidos, Valera y Berenbaum examinaron los casos de 99 mujeres maltratadas y llegaron a la conclusión de que casi tres cuartas partes de las mujeres habían sufrido por lo menos una lesión cerebral relacionada con la violencia de su compañero, y la mitad había sufrido lesiones cerebrales múltiples por la misma razón.¹⁰⁰

La penetración sexual no consensuada puede causar numerosas complicaciones ginecológicas entre las que se incluyen las hemorragias o infecciones vaginales, los fibromas, la disminución del deseo sexual, la irritación de la zona genital, el dolor durante el coito, los dolores crónicos de la pelvis y las infecciones de las vías urinarias.¹⁰¹ (Véase el cuadro *supra*.)

Ni el embarazo ni la edad avanzada protegen a las mujeres de la violencia y sus efectos. Un estudio realizado en Estados Unidos mostró que la

proporción de mujeres embarazadas que sufrían violencia física era

Servicios de salud que necesitan las mujeres víctimas de violencia sexual

Tratamiento de lesiones

Asistencia sociopsicológica

Exámenes y/o profilaxis de enfermedades de transmisión sexual

Pruebas de embarazo

Prevención del embarazo (anticoncepción de emergencia)

Asistencia y asesoramiento relativos al embarazo

Documentación médica con fines legales

Remisión a servicios no médicos tales como asistencia social y asesoramiento jurídico

de alrededor del 11 por ciento. Las mujeres que denunciaron ser víctimas de actos de violencia tenían más probabilidades que sus contrapartes de referencia (es decir, mujeres con características similares pero que no habían denunciado violencia) de dar a luz mediante operación cesárea y de ser hospitalizadas antes del parto por complicaciones maternas como por ejemplo infección renal, parto prematuro y trauma causado por caídas o golpes en el abdomen.¹⁰²

Un examen de estudios sobre la violencia contra las mujeres embarazadas en países en desarrollo reveló que la proporción iba desde el 4 por ciento hasta el 29 por ciento. Entre los principales factores de riesgo con respecto a sufrir abusos durante el embarazo figuraban el bajo nivel económico, la escasa educación de los dos miembros de la pareja y la falta de planeamiento del embarazo. El bajo peso del niño al nacer se

⁹⁸ OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, traducción de la Organización Panamericana de la Salud, 2003, caps. 4 y 6. (Estos capítulos tratan de la violencia sexual y la violencia en la pareja, respectivamente. Aunque estas formas de violencia no las experimentan solamente las mujeres, son ellas las víctimas principales de tal violencia.) Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm+&hl=es

⁹⁹ Krantz G, Ostergren P. The association between violence, victimisation and common symptoms in Swedish women. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: 815-21.

¹⁰⁰ Valera EM, Berenbaum H. Brain injury in battered women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2003; 71(4): 797-804.

¹⁰¹ OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, traducción de la Organización Panamericana de la Salud, 2003, p. 177.

¹⁰² Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology*. 1999; 93:661-6.

consideraba consecuencia de la violencia.¹⁰³

Enfermedades

VIH/sida

Los tipos predominantes de enfermedades graves causadas por la violencia contra las mujeres se transmiten por vía sexual. De éstas, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las más graves¹⁰⁴, pero no se ha investigado adecuadamente el nexo entre la violación y la transmisión del virus. Se ha calculado que el índice de transmisión en único episodio durante un acto sexual no violento sin protección se sitúa entre el 0,03 y el 0,56 por ciento (es decir, de 3 a 56 episodios de seroconversión por cada 10.000 actos sexuales)¹⁰⁵. Sin embargo, no hay duda de que la violación sitúa a la mujer en un nivel más elevado de riesgo de infección con el VIH en

¹⁰³ Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence. *European Journal of Public Health* 2003;13(2):105-7.

¹⁰⁴ Como señala el Equipo de Tareas del secretario general de la ONU en un informe reciente, el VIH puede también ser causa de violencia del hombre contra su pareja cuando ésta le revela su condición de seropositiva. Véase: *Facing the future together. Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*, 2004, p. 33. Disponible (sólo en inglés) en: <http://www.sarpn.org.za/documents/d0000839/index.php>.

¹⁰⁵ Los índices estimados de transmisión dependen de muchas variables, incluidos los cambios en los modelos de comportamiento sexual. Las cifras citadas se refieren al coito vaginal. El riesgo de transmisión estimado del coito receptivo anal sin protección es mayor, y otros factores de riesgo como infecciones de transmisión sexual preexistentes y el uso de violencia aumentan el riesgo tanto en el coito vaginal como en el anal. Véase: Royce RA, Seña A, Cates W, Jr, et al. Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine* 1997; 336: 1072-1078; Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *American Journal of Epidemiology* 1999;150(3):306-11.

países con un alto índice de incidencia del virus y altos niveles de violencia sexual.¹⁰⁶

Otras formas de violencia también tienen influencia sobre la infección con el VIH. Hay estudios que sugieren que las mujeres que están infectadas o corren riesgo de infectarse con el VIH pertenecen a segmentos de población que también corren riesgo de violencia. En el caso de una pequeña porción de las mujeres, la violencia puede originarse cuando revelan su condición de infectadas con el VIH o como resultado de una discusión acerca del uso de preservativos.¹⁰⁷

La violencia basada en el género es un factor de riesgo de infección con el VIH (después de ajustar la tasa con arreglo al propio comportamiento de alto riesgo de las mujeres, que es a su vez posiblemente producto de la violencia del hombre). Un estudio reciente¹⁰⁸ sobre cerca de 1.400 mujeres que se presentaron para solicitar atención prenatal en cuatro centros sanitarios de Soweto, Sudáfrica, reveló que la violencia masculina en la pareja, así como un nivel elevado de control masculino en la relación en curso de una mujer estaban vinculados con la condición de portadora del VIH. Los autores del estudio llegaron a la conclusión de que las mujeres cuyos compañeros son violentos o dominantes corren mayor riesgo de contraer el VIH a lo largo de su vida. Sugirieron que los hombres violentos tienen más probabilidades de ser portadores del VIH y de imponer prácticas sexuales de riesgo a sus parejas, y pidieron que se sigan realizando investigaciones para aclarar la relación entre el concepto social de la masculinidad, la violencia a manos de la pareja, la dominación masculina en las relaciones de pareja y las conductas que acarrearán riesgo de contraer el VIH en los hombres.

¹⁰⁶ Amnistía Internacional. *Mujeres, VIH/sida y derechos humanos*. Índice AI: ACT 77/084/2004. Londres, noviembre de 2004. Disponible en:

<http://web.amnesty.org/library/index/eslact770842004>

¹⁰⁷ Koenig LJ, Moore J. Women, violence, and HIV: a critical evaluation with implications for HIV services. *Maternal and Child Health Journal*. 2000;4:103-9.

¹⁰⁸ Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet* 2004; 363:1415-21.

Un estudio realizado en Chennai (Madrás), en la India, reveló que las normas comunitarias de género aprueban en forma tácita la violencia en familiar y que esta aprobación a su vez impide la adopción de comportamientos que dificulten la transmisión del VIH.¹⁰⁹ Los autores indican que dada la elección entre la amenaza inmediata de violencia y la amenaza más distante del VIH, las mujeres acceden a menudo a exigencias sexuales que pueden incrementar el riesgo de contraer el VIH. Esto implica que las intervenciones dirigidas a la prevención del sida deben incorporar aspectos relacionados con el género en escenarios en los cuales los esposos imponen estrictamente su control. Los mensajes de prevención del VIH dirigidos a los hombres pueden reducir efectivamente la exposición de las mujeres al VIH/sida.

Las consecuencias médicas de la violencia sexual son devastadoras. Las lesiones físicas pueden hacer peligrar la vida, y muchas víctimas de violación corren el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH. [...] Este riesgo aumenta significativamente durante la violación porque el coito forzado causa lesiones y hemorragias, facilitando de este modo la transmisión del virus.

Los embarazos no deseados como consecuencia de violación pueden obligar a las mujeres a procurar abortos no supervisados por médicos. Médicos sin Fronteras ha visto casos de infecciones inflamatorias pélvicas y de septicemia causadas por tales procedimientos. Otros problemas que afectan la salud reproductiva incluyen interrupciones o anormalidades del ciclo menstrual o retraso en la concepción.

Médicos sin Fronteras, marzo de 2004¹¹⁰

¹⁰⁹ Go VF, Sethulakshmi CJ, Bentley ME, Sivaram S, Srikrishnan AK, Solomon S, Celentano DD. When HIV-prevention messages and gender norms clash: the impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India. *AIDS and Behavior* 2003; 7:263-72.

¹¹⁰ MSF. Consequences of rape. En: Sexual violence as a weapon of war. Bruselas, marzo de 2004. Disponible en: <http://www.msf.org/content/page.cfm?articleid=E16B6E3F-4E4E-4D13-BFE78E2539E6EAFD>

En Ruanda, un estudio llevado a cabo en 2000 por AVEGA, una asociación de viudas que sobrevivieron el genocidio de 1994, reveló que dos tercios de 1.125 mujeres que sobrevivieron a la violación durante el genocidio eran portadoras del VIH. Según un informe de la ONU citado por Amnistía Internacional, por lo menos 250.000 mujeres fueron violadas durante el genocidio y después un elevado número de estas mujeres fueron asesinadas.¹¹¹ Se estima que el 70 por ciento de las sobrevivientes están infectadas con el VIH.

Ha sido en este contexto en el que los investigadores médicos y las ONG de Sudáfrica han abogado por una política de profilaxis después de la exposición en casos de violación.¹¹² Aunque existe un apoyo creciente al uso de la profilaxis después de la exposición, ha habido escasa investigación rigurosa respecto a su eficacia tanto en los casos de accidentes médicos como en la posible transmisión sexual¹¹³; los casos de los que se tiene conocimiento son alentadores aunque puede no ser una forma de protección segura después de la exposición no

¹¹¹ Amnistía Internacional. Ruanda: "Marcadas para morir". Sobrevivientes de violación afectadas de VIH/sida. Índice AI: AFR 47/007/2004. Londres, 2004. Disponible en:

<http://web.amnesty.org/library/index/eslafr470072004>

¹¹² Kim JC, Martin LJ, Denny L. Rape and HIV post-exposure prophylaxis: addressing the dual epidemics in South Africa. *Reproductive Health Matters*. 2003;11:101-12; AIDS Law Project, Centre for the Study of Violence and Reconciliation. *Preventing HIV after Rape - The PEP Booklet*. Johannesburg: ALP, 2003; Amnesty International. *Protecting the Human Rights of Women and Girls: A medico-legal Workshop on the Care, Treatment and Forensic Medical Examination of Rape Survivors in Southern and East Africa*. London, 2002; Human Rights Watch. *Deadly Delay: South Africa's Efforts to Prevent HIV in Survivors of Sexual Violence*. New York: HRW, 2004. Disponible en:

<http://hrw.org/reports/2004/southafrica0304/>

¹¹³ Roland M. Prophylaxis following nonoccupational exposure to HIV. Febrero de 2004. Disponible en: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=kb-07&doc=kb-07-02-07> (ingresado 10 de julio de 2004).

ocupacional.¹¹⁴ En enero de 2005, una normativa revisada sobre profilaxis después de la exposición no ocupacional adoptada por los Centros de Control de las Enfermedades de Estados Unidos. Indicaba que la profilaxis después de la exposición debía aplicarse “cuando las personas buscan atención dentro de las 72 horas de la exposición, se conoce que proviene de una fuente infectada con el VIH y las circunstancias de la exposición representan un riesgo sustancial de transmisión”. La normativa aconsejaba que otro tipo de casos se evaluaran uno a uno.¹¹⁵

Estaba en Nianza durante la guerra, y mataron a mi marido. Los milicianos nos violaron, a mí y a mis cuñadas. A las que replicaban las mataban. Yo era tímida, así que sobreviví.[...] Ya estaba embarazada en ese momento, ahora mi hijo tiene 10 años.[...] Mi segundo esposo perdió el juicio, yo he enfermado más a causa de las preocupaciones que me da. Me abandonó cuando supo que tenía el VIH, y por eso lloro tanto ahora. Me humilló delante de los vecinos, así que ahora ellos se burlan de mí. Quizá mi marido está sano, y por eso lo hizo. Él no quiere que le hagan la prueba. Yo estoy preocupada porque no tengo propiedades, ni dinero para la comida de los niños, y vivimos mal. Siempre estoy enferma y somos demasiado pobres. [...] A mí no me tocó la ayuda del gobierno porque no perdí suficientes personas durante el genocidio.

Sobreviviente de violación, Kigali, Ruanda¹¹⁶

Dado que las mujeres frecuentemente no tienen control, o casi no lo tienen, sobre el uso de

¹¹⁴ Fournier S, Maillard A, Molina JM. Failure of postexposure prophylaxis after sexual exposure to HIV. *AIDS* 2001;15:430; Cordes C, Moll A, Kuecherer C, Marcus U. HIV transmission despite HIV post-exposure prophylaxis after non-occupational exposure. *AIDS* 2004; 18:582-4.

¹¹⁵ Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recomendaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *MMRW* 2005 (21 de enero) 54(RR02);1-20, disponible en línea en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>

¹¹⁶ Citado en *ibíd.*

preservativos por sus parejas, se ha prestado cada vez más atención al desarrollo de microbicidas.¹¹⁷ Como los microbicidas ofrecen protección a las mujeres, independientemente del control de los hombres, su importancia potencial es muy grande. La Campaña Global de Microbicidas ha indicado que los microbicidas podrían tener efectos importantes sobre la epidemia de VIH. La Campaña cita investigaciones que muestran que si una pequeña proporción de mujeres en los países de ingresos bajos usara un microbicida con una eficacia del 60 por ciento en la mitad de las relaciones sexuales en las que no se usan preservativos, se podrían evitar 2,5 millones de infecciones con el VIH en tres años.¹¹⁸ La importancia de los microbicidas reside en el hecho que son una medida de protección que puede ser usada por las mujeres con independencia de los hombres.

Profilaxis posterior a la exposición al VIH

¿Qué es?	Un tratamiento de 28 días de duración, con uno, dos o tres fármacos antirretrovirales para impedir que el virus establezca una infección.
¿Quiénes deben recibirla?	Las personas que han estado, expuestas al VIH, o probablemente lo hayan estado, pero que son seronegativas y por lo tanto vulnerables.
¿Cuándo debe ser administrada?	La profilaxis después de la exposición debe comenzar dentro de las 72 horas siguientes a la probable exposición.

¹¹⁷ Los microbicidas son preparados como geles o cremas que pueden utilizarse por vía tópica en la vagina para desactivar virus –en particular el VIH– o bacterias. Véase: <http://www.global-campaign.org/>.

¹¹⁸ Public Health Benefits Working Group. *The Public Health Benefits of Microbicides in Lower-income Countries: Model Projections*. A Report by the Public Health Working Group of the Microbicide Initiative. Sin fecha [posterior a 2002]. Disponible en el sitio web de la Rockefeller Foundation: http://www.rockfound.org/Documents/488/rep7_public_health.pdf.

	a la probable exposición.
¿A quiénes <i>no</i> se les debe administrar la profilaxis?	Personas que no han estado expuestas a sexo de riesgo. Personas que no han tenido relaciones sexuales con personas infectadas. Personas que ya son portadoras del VIH ¹¹⁹ .

Las campañas de las ONG, así como las acciones judiciales en los tribunales, han llevado a un mayor compromiso político para que haya mayor disponibilidad de fármacos antirretrovirales y han contribuido a un mayor compromiso de entrega de los medicamentos necesarios a las personas que los necesitan.¹²⁰ La OMS se ha fijado el objetivo de poner el tratamiento retroviral de por vida al alcance de 3 millones de personas que viven con el VIH/sida en los países más desfavorecidos antes del final de 2005. La organización ha manifestado que los principios que la guían son la urgencia, la equidad y la sostenibilidad.¹²¹

Otras enfermedades de transmisión sexual

Las mujeres que han sido víctimas de violación son también vulnerables a las infecciones

¹¹⁹ Para consultar un análisis exhaustivo de la profilaxis posterior a la exposición, véanse los trabajos presentados en la conferencia “Indicaciones y uso de la profilaxis posterior a la exposición después de una agresión sexual: un taller de dos días de duración”, que se celebró en Sudáfrica en septiembre de 2002. Noviembre de 2002, disponible en:

<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=pr-rr-07>; Roland M. Prophylaxis following non-occupational exposure to HIV. HIV InSite Knowledge Base Chapter, febrero de 2004. Disponible en:

<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=kb-07-02-07>.

¹²⁰ Entre estas ONG se destaca Campaña de Acceso a Tratamientos, que tiene su base en Ciudad del Cabo. La Campaña de Acceso a Tratamientos recibió el premio Nelson Mandela de Salud y Derechos humanos en 2003.

¹²¹ OMS. *Tratar a 3 millones de personas para 2005. Cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS.* Ginebra, 2003. Disponible en: http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn_9241591129/en/

bacterianas: sífilis, gonorrea, clamidia; a las infecciones virales: hepatitis B, herpes simplex (herpes genital), y papiloma (verrugas genitales); a la tricomoniasis (que es causada por protozoarios unicelulares) y a las molestias que causan los piojos púbicos (ladillas) y la sarna.¹²²

Enfermedades de transmisión sexual			
Virales	Bacterianas	Protozoarias	Causadas por insectos
Citomegalovirus	Clamidia	Tricomonas	
VIH/sida	Gonorrea		Piojos púbicos (ladillas)
Hepatitis B	Sífilis		Sarna
Herpes simplex			
Papiloma humano			

Consecuencias de la violencia en la salud mental

La violencia tiene el efecto de destruir la sensación de seguridad personal de la mujer. La violencia sexual agrega a lo anterior una agresión profunda al ser más íntimo de la mujer. Las mujeres experimentan una variedad de consecuencias psíquicas y del comportamiento de la violencia (véase el cuadro, p. 23). Éstas incluyen: ansiedad, miedo, depresión, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, autoestima baja, trastorno de estrés post-traumático, daño autoinfligido, consumo y abuso de sustancias, pensamientos suicidas, comportamiento sexual de riesgo.

El VIH/sida ha agregado un factor adicional con respecto a la reacción psíquica y conductual ante la agresión. Según un estudio, las sobrevivientes de agresiones sexuales presentaban mayor ansiedad, depresión y síntomas de trastorno de la personalidad límite y tenían probabilidades significativamente mayores de denunciar coitos

¹²² Jackson D, Dallabetta G, Steen R. Sexually transmitted infections: prevention and management. *Clinics in Occupational and Environmental Medicine.* 2004;4(1):167-88.



recientes sin protección que las personas que no habían sufrido agresiones sexuales.¹²³

Depresión, ansiedad y miedo

Las mujeres que han sido víctimas de violencia pueden experimentar depresión, aumento de la ansiedad y temores por su seguridad personal, la vida rutinaria y la salud.¹²⁴ La depresión es una de las consecuencias mentales negativas más predominantes de la violencia en el ámbito familiar o a manos de la pareja.¹²⁵

Mientras que la ansiedad y el miedo son consecuencias comunes de la violencia, el miedo y la aprensión entre las mujeres y niñas en la comunidad no están relacionados solamente con experiencias de agresión, sino que reflejan una sensación de falta de seguridad. Un estudio llevado a cabo en Australia, que descubrió que el 70 por ciento de las mujeres tenían miedo a caminar por la calle de noche, señaló que el nivel de miedo era mayor en las mujeres que tenían pareja que en las que vivían sin compañero.¹²⁶ Encuestas realizadas en el Reino Unido informaron de que el 37 por ciento de las mujeres jóvenes de 16 a 29 años tienen miedo a la violación, y la mitad del total de mujeres se sienten inseguras cuando van caminando hacia sus

casas de noche.¹²⁷ Aunque el miedo pueda ser una reacción apropiada ante un peligro inminente, puede tener el efecto de controlar el comportamiento de las mujeres y limitar sus movimientos incluso cuando el riesgo de violencia es menor de lo que se teme.

Cambios del comportamiento

El comportamiento de las mujeres y las niñas puede cambiar significativamente como consecuencia de los abusos físicos y sexuales. Estos cambios incluyen correr riesgos,¹²⁸ abuso de sustancias,¹²⁹ trastornos del sueño,¹³⁰ trastornos alimentarios¹³¹ y conducta autoagresiva¹³². Pensamientos suicidas e intentos de suicidio

¹²³ Kalichman SC, Sikkema KJ, DiFonzo K, Luke W, Austin, J. Emotional adjustment in survivors of sexual assault living with HIV/AIDS. *Journal of Traumatic Stress* 2002;15(4):289-96.

¹²⁴ Stein MB, Lang AJ, Laffaye C, Satz LE, Lenox RJ, Dresselhaus TR. Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26(3): 178-83; Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry* 2003 ;183:332-9; 340-1.

¹²⁵ Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing* 2000;21(5):499-513.

¹²⁶ Carcach C, Mukherjee S. *Women's Fear of Violence in the Community*. Australian Institute of Criminology. Publication No. 135, 1999. <http://www.aic.gov.au/publications/tandi/ti135.pdf>

¹²⁷ Kershaw C, Budd T, Kinshott G, Mattinson J, Mayhew P, Myhill A. The 2000 British Crime Survey England and Wales. *Home Office Statistical Bulletin*, 18/00, 2000; Mirrlees-Black C, Mayhew P, Percy A. The 1996 British Crime Survey England and Wales. *Home Office Statistical Bulletin*, 19/96, septiembre de 1996.

¹²⁸ Campbell R, Sefl T, Ahrens CE. The impact of rape on women's sexual health risk behaviors. *Health Psychology* 2004 Jan;23(1):67-74. Las conductas de riesgo pueden incluir un incremento de la frecuencia de la actividad sexual, del número de parejas sexuales, el uso infrecuente de preservativos, y la frecuencia del consumo de alcohol y/o drogas durante el acto sexual.

¹²⁹ Choquet M Darves-Bornoz JM, Ledoux S, Manfredi R, Hassler C,. Self reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect* 1997; 21:823-32. Substance abuse also a predictor of sexual assault. King G, Flisher AJ, Noubary F, Reece R, Marais A, Lombard C. Substance abuse and behavioural correlates of sexual assault among South African adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2004;28(6):683-96.

¹³⁰ Clum GA, Nishith P, Resick PA. Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 2001 Sep;189(9):618-22.

¹³¹ Walsh JMW, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: the role of the primary care physician. *Journal of General Internal Medicine* 2000;15(8):577-90. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1946/j.1525-1497.2000.02439.x/full/>

¹³² Cavanaugh RM. Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2002;15(2):97-100.

pueden también seguir a los abusos.¹³³ La agresión sexual puede tener repercusiones en el comportamiento sexual de la mujer que se manifiestan en problemas de inhibición de respuesta, como miedo y disfunciones en la excitación y el deseo. Un conjunto de factores puede mitigar estos problemas, incluido un fuerte apoyo de la pareja.¹³⁴

Reacciones traumáticas causadas por estrés

Las mujeres (y los hombres) que han sufrido agresiones sexuales o actos de violencia con peligro para su vida pueden reaccionar de varios modos distintos, que tomados en conjunto constituyen una reacción traumática por estrés. *La reacción de estrés agudo* es un estado pasajero que responde a un acontecimiento traumático. Los síntomas comienzan en el momento del acontecimiento y pueden desaparecer en pocos días. Estos incluyen la reducción de la atención, desorientación, depresión, aislamiento y ansiedad. El trastorno que se ha observado con más frecuencia –debido a su duración y gravedad– es el *trastorno de estrés post-traumático*. Aunque esta categoría de diagnóstico ha sido criticada,¹³⁵ lo cierto es que refleja tipos ampliamente observados de reacción a la violencia y en particular a la violación. (Véase el cuadro *infra* que muestra un resumen de los elementos diagnósticos del trastorno de estrés post-traumático tal como los presentan la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Estadounidense.)

Trastorno de estrés post-traumático

Criterios de diagnosis de la OMS

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente

amenazante o catastrófica.

B. Hay un permanente recuerdo o un “revivir” del elemento estresante en “flashbacks” intrusivos. [...]

C. La persona trata de evitar las circunstancias que se asemejan o que están asociadas con el elemento estresante. [...]

D. Se presentan uno de los dos elementos siguientes o ambos: (i) imposibilidad de recordar algunos aspectos importantes del periodo de exposición al elemento estresante; (ii) síntomas persistentes que no estaban presentes durante la exposición y que incluyen dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido; irritabilidad y explosiones de furia; dificultad de concentración; hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada.

E. Los criterios B, C, y D aparecen dentro de los seis meses siguientes al acontecimiento estresante o al final de un periodo de estrés.

Véase: OMS. *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Criterios de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense

La definición del trastorno de estrés post-traumático de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense contiene elementos semejantes a los descritos *supra* (con algunos factores adicionales). (Véase: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition [DSM-IV]. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

Numerosos estudios han documentado la incidencia, la epidemiología, los factores de predisposición y los enfoques en la terapia del trastorno de estrés post-traumático. Hay pruebas claras de que el trastorno representa una consecuencia de la violación y de otras agresiones

¹³³ Ullman SE, Brecklin LR. Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 2002;32(2):117-30.

¹³⁴ van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research* 2000;11:235-57.

¹³⁵ Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal* 2001;322:95-98.

traumáticas a las mujeres que tiene gran importancia para la salud mental.¹³⁶

Discapacidad

La violencia contra las mujeres puede acarrear discapacidad física. Durante el genocidio en Ruanda y en los conflictos civiles en África Occidental, las mujeres –y los hombres– sufrieron amputación de manos y brazos cometida por combatientes de la oposición. También fueron víctimas de lesiones causadas por agresiones selectivas por motivos de género. En varios conflictos, a las mujeres les han cortado los senos y les han dañado gravemente los órganos reproductores. Una lesión causada por la violación violenta que resulta particularmente aislante desde el punto de vista social para las mujeres es la fístula –una ruptura de las paredes que separan la vagina de la vejiga o del recto–. La víctima padece incontinencia y por lo general se la aísla socialmente y se la excluye de la participación en la comunidad. La herida puede corregirse mediante cirugía si la mujer puede acceder a un hospital adecuado.¹³⁷

Los problemas psíquicos causados por la exposición a la violencia pueden de por sí constituir una discapacidad, porque inhiben la capacidad de las mujeres para desempeñarse de manera eficaz.

Esterilización forzada

En un periodo de cinco años (1996-2000), más de 250.000 mujeres, de una pobreza abrumadora y provenientes de zonas rurales remotas, fueron sometidas a esterilización forzada, sin un adecuado proceso de consentimiento, durante la aplicación de un programa de planificación

¹³⁶ Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence* 1999; 14:99-132.

¹³⁷ Muleta M, Williams G. Postcoital injuries treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991-97. *The Lancet* 1999;354:2051-2.

familiar en Perú.¹³⁸ Un juicio que sentó jurisprudencia, presentado contra el gobierno de Perú, se resolvió ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en octubre de 2002, al aceptar el gobierno que se habían violado varios tratados de derechos humanos pertinentes.¹³⁹

En Eslovaquia, se afirmó que a mujeres de la minoría romaní las habían esterilizado sin su consentimiento durante el periodo de gobierno comunista y durante la década de 1990.¹⁴⁰ Aunque el gobierno declaró que investigaría las denuncias, Amnistía Internacional volvió a manifestar sus motivos de preocupación a mediados de 2003, dado que, a pesar de sus repetidos llamamientos, no se estaba realizando la investigación de las denuncias de manera independiente, exhaustiva e imparcial, como exige el derecho internacional. Además, Amnistía Internacional expresó su inquietud en relación con el persistente acoso y la intimidación a que, según se había informado, se había sometido a víctimas,

¹³⁸ Miranda JJ, Yamin AE. Reproductive health without rights in Peru. *The Lancet* 2004; 363: 68-69; Bathelmy F. Peru: the scandal of forced sterilisation. *Le Monde Diplomatique*, mayo de 2004; Amnistía Internacional. *Perú. La Comisión de la Verdad y Reconciliación – un primer paso hacia un país sin injusticias*. Índice AI: AMR 46/003/2004, agosto de 2004. Disponible en:

<http://web.amnesty.org/library/index/eslamr460032004>

¹³⁹ Informe N° 66/00 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos, Petición 12.191, María Mamérita Mestanza Chávez, Perú, 3 de octubre de 2000; luego del reconocimiento de responsabilidad por las violaciones cometidas en 2002, el caso fue resuelto formalmente en 2003: Informe N° 71/03, Petición 12.191, Solución Amistosa, María Mamérita Mestanza Chávez, Perú, 22 de octubre de 2003. Véase el análisis del tema en Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Clarendon Press, 2003, pp. 172-173.

¹⁴⁰ Center for Reproductive Rights y Poradňa pre občianske a ľudské práva (Centro para los Derechos Civiles y Humanos), *Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia*, Nueva York, 2003, pág.60.

testigos y defensores de los derechos humanos.¹⁴¹ La campaña continuó durante el año siguiente para asegurar que las investigaciones del gobierno cumplieran las normas exigidas.

Embarazo

El embarazo es a la vez un resultado de la violencia sexual y un factor en la comisión de actos de violencia por parte de la pareja.¹⁴² El índice de embarazos por violación es de difícil documentación por varias razones, como por ejemplo el hecho que la mayor parte de las violaciones no son denunciadas. Por otra parte, algunas mujeres son víctimas de sistemática y repetida, lo que aumentaría la probabilidad de embarazo como consecuencia. Stewart y Trussel¹⁴³ estimaron que en Estados Unidos en 1998 se produjeron unas 25.000 concepciones como consecuencia de violación. Ese año se denunciaron unas 330.000 agresiones, aunque el número real fue sin duda más elevado. Un estudio anterior realizado en Estados Unidos calculó que el índice nacional de embarazos relacionados con la violación era del 5 por ciento del total de violaciones [es decir que como promedio, 5 mujeres de cada 100 quedarían embarazadas después de la violación] entre las víctimas en edad reproductiva (de 12 a 45 años). Los autores estimaron que cada año se producen 32.000 embarazos de mujeres adultas como consecuencia

¹⁴¹ Amnistía Internacional. *Slovakia: Failing to ensure an impartial and thorough investigation into allegations of illegal sterilization of Romani women*. Índice AI: EUR 72/002/2003. Disponible (sólo en inglés) en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGEUR720022003>

¹⁴² El embarazo forzado es también, en sí mismo, una forma de abuso. Está incluido entre las formas de “violencia sexual que también [constituyen] una infracción grave de los Convenios de Ginebra”, y el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional considera que constituye un crimen de guerra. Estatuto de Roma: artículo 8 (2) (b) (xxii).

¹⁴³ Stewart FH, Trussell J. Prevention of pregnancy resulting from rape: a neglected preventive health measure. *American Journal of Preventive Medicine* 2000; 19:228-9.

de violaciones.¹⁴⁴ No se dispone de información sobre otros países.

Las normas internacionales de derechos humanos no contemplan el derecho al aborto.¹⁴⁵ Sin embargo, en las conferencias internacionales de derechos humanos y en los organismos intergubernamentales que interpretan los tratados sobre derechos humanos se observa un aumento del apoyo a la postura de que, cuando sea legal, el aborto debe ser seguro y accesible y que, además, debe permitirse en los casos en que el embarazo es consecuencia de violación.¹⁴⁶ Los organismos internacionales de derechos humanos también han instado a los gobiernos a eliminar las sanciones penales al aborto; esto es, que las mujeres no deben ser encarceladas por abortar.¹⁴⁷

Los datos indican que los abortos ilegales tienen, en general, un índice de complicaciones y muerte más elevado que los que se llevan a cabo

¹⁴⁴ Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996:320-4; y véanse también pp. 324-325.

¹⁴⁵ El Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África es el primer tratado internacional que autoriza explícitamente el acceso al aborto como medio de proteger los derechos reproductivos de la mujer. Véase el artículo 14(2)c, disponible (en inglés y francés) en:

http://www.achpr.org/english/info/women_en.html.

¹⁴⁶ Véase el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer comentó, como respuesta a los informes periódicos 2º y 3º del gobierno de Panamá: “El Comité recomienda que se tomen medidas multidisciplinarias para garantizar una atención especial a las víctimas de la violencia sexual, que deben comprender la atención legal y psicológica de la víctima. Asimismo, recomienda que se conceda la oportunidad a las mujeres panameñas que resulten embarazadas al ser violadas de poner fin a su embarazo.” Doc. ONU: A/53/38/Rev.1 (Segunda Parte), párrs. 175-205, párr. 201.

¹⁴⁷ Véase: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24, en particular el párrafo 31(c): “En la medida de lo posible, deberá enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”.)

legalmente en una clínica.¹⁴⁸ En Brasil, las organizaciones de mujeres y las sociedades obstétricas y ginecológicas han estado ejerciendo presión para lograr que se disponga de servicios seguros de interrupción del embarazo de acuerdo con la legislación vigente en el país, para evitar las consecuencias fatales de los abortos ilegales¹⁴⁹, y la Organización Mundial de la Salud ha tratado esta cuestión en un informe reciente.¹⁵⁰

Los estudios sobre la violencia contra las mujeres embarazadas han señalado índices de violencia del 1,2 al 21 por ciento de las muestras de población estudiadas.¹⁵¹ Coker y sus colaboradores en Estados Unidos han puesto de relieve que los abusos durante el embarazo están relacionados con la muerte perinatal y con el parto pretérmino con bajo peso al nacer y que el riesgo aumenta al aumentar la frecuencia de los abusos.¹⁵² Investigadores en Arabia Saudí informaron sobre un índice de violencia física del

¹⁴⁸ La OMS ha informado de que 19 millones de mujeres se someten a abortos de riesgo en todo el mundo cada año; 18,5 millones de ellos tienen lugar en los países en desarrollo. Unas 68.000 mujeres mueren por complicaciones derivadas de abortos de riesgo cada año, todas en los países en desarrollo. (Las cifras corresponden al año 2000.) Véase:

http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/.

¹⁴⁹ Faundes A, Andalt J. Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2002;78 Suppl. 1:S67-73; Vieira Villela W, de Oliveira Araújo MJ. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 2000; 8(16):77-82.

¹⁵⁰ OMS. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Ginebra: OMS, 2003.

¹⁵¹ Petersen R, Gazmararian JA, Spitz AM, Rowley DL, et al. Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research. *American Journal of Preventive Medicine* 1997 Sep-Oct;13(5):366-73; véase también Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordstrom ML, Saarinen H, Wenker A. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2001;22:189-97 [señalan tasas del 1,3 por ciento durante el embarazo al 21 por ciento de riesgo de violencia a lo largo de la vida.]

¹⁵² Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2004;18(4):260-9.

21 por ciento en la muestra objeto de estudio; evidenciaron que las mujeres que habían experimentado esta clase de violencia tenían más probabilidades de ser hospitalizadas durante el período prenatal a causa de complicaciones maternas como trauma abdominal en la mujer embarazada, parto prematuro e infecciones renales. Hay una relación estadística positiva entre la violencia durante el embarazo y el nacimiento por cesárea, el sufrimiento fetal y el parto prematuro.¹⁵³

Un estudio reciente llevado a cabo en Canadá puso de manifiesto una tasa de violencia menor – el 1,2 por ciento – pero confirmó los resultados de los trabajos de investigadores anteriores, incluida la relación entre los abusos físicos durante el embarazo y el retardo del crecimiento intrauterino y, además, la relación de la violencia con índices más elevados de hemorragias preparto y mortalidad perinatal.¹⁵⁴

Un estudio en Nicaragua concluyó que los abusos físicos a manos de la pareja durante el embarazo eran un factor de riesgo independiente en el nacimiento de niños con bajo peso¹⁵⁵, un resultado confirmado por un estudio realizado en Costa Rica por Núñez y otros¹⁵⁶, por estudios estadounidenses a cargo de Lipsky y sus colaboradores entre adultos¹⁵⁷ y por Covington y

¹⁵³ Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 2002;103:26-9.

¹⁵⁴ Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003;188:1341-7.

¹⁵⁵ Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 100: 700-5.

¹⁵⁶ Núñez Rivas HP, Monge Rojas R, Gríos Dávila C, Elizondo Ureña AM, Rojas Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003; 14:75-83.

¹⁵⁷ Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology*. 2003;102:557-64.

colaboradores entre adolescentes estadounidenses.¹⁵⁸

Muerte

Las mujeres corren peligro de muerte a manos de sus parejas, con una tasa, además, considerablemente más elevada que la del riesgo que corren los hombres de ser agredidos por sus compañeras. Los estudios realizados en varios países, como Estados Unidos y Australia, han puesto de relieve que entre el 40 y el 70 por ciento de las mujeres asesinadas habían muerto a manos de sus parejas varones. En Estados Unidos y Australia, entre el 4 y el 9 por ciento de los varones víctimas de asesinato habían muerto a manos de sus parejas mujeres.¹⁵⁹ En el Reino Unido, el 37 por ciento de las mujeres víctimas de homicidio habían muerto a manos de sus parejas varones actuales o anteriores: 92 mujeres, lo que significaba un promedio de casi dos mujeres por semana.¹⁶⁰ Nuevas investigaciones en Sudáfrica han puesto de manifiesto que en promedio, una mujer es víctima de homicidio cada seis horas a manos de un compañero íntimo, una tasa de 28 muertes por semana. Según el informe, ésta es la tasa más elevada del mundo de entre los lugares donde el fenómeno ha sido estudiado.¹⁶¹ El estudio mostraba que el 50 por ciento de todas las mujeres asesinadas en Sudáfrica por autores conocidos en 1999 habían muerto a manos de hombres con quienes mantenían una relación íntima.

En algunos países, las mujeres corren riesgo de perder la vida a causa de prácticas culturales que imponen la muerte a las mujeres de quienes se

¹⁵⁸ Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2001;28:55-61.

¹⁵⁹ OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, traducción de la Organización Panamericana de la Salud, 2003, p. 101.

¹⁶⁰ Estadísticas del Ministerio del Interior del Reino Unido. Véase: <http://www.homeoffice.gov.uk/crime/domesticviolence/index.html>.

¹⁶¹ Mathews S, Abrahams N, Martin LJ, Vetten L, van de Merwe L, Jewkes R. 'Every six hours a woman is killed by her intimate partner': A national study of female homicide in South Africa. MRC Policy Brief No. 5, junio de 2004. Disponible en: <http://www.mrc.ac.za/policybriefs/woman.pdf>.

percibe que no observan las normas sociales o se rebelan contra ellas. En los países del Mediterráneo Oriental y en el subcontinente indio, a las mujeres se les da muerte con impunidad si se advierte que ofenden ya sea el "honor" de los hombres, a través de lo que se percibe como su mala conducta sexual, o los valores más generales de la comunidad que definen lo que se considera la conducta apropiada para una mujer. Un informe de Human Rights Watch documentó la situación de las mujeres en Jordania, que corren riesgo de violencia si hablan con un hombre que no pertenezca a su familia, si se casan sin la aprobación de la familia, mantienen relaciones sexuales prematrimoniales o quedan embarazadas fuera del matrimonio. En 2003, por lo menos 17 mujeres murieron en los llamados homicidios en nombre del "honor", mientras que 22 perdieron la vida en 2002¹⁶² y por lo menos 19 en 2001.¹⁶³

Sin embargo, mientras que a los hombres acusados de homicidios por motivos de "honor" se tiende a tratarlos con indulgencia, las mujeres que se enfrentan a la posibilidad de ser acusadas de delitos en nombre del "honor" pueden ser enviadas a prisión "por su propia seguridad". Una vez allí, no les permiten salir de la prisión hasta que un familiar varón declare que garantizará su seguridad.¹⁶⁴

En Pakistán, todos los años se da muerte a cientos de mujeres, de todas las edades, en todas partes del país y por una variedad de motivos relacionados con percepciones del "honor". Entre las víctimas se encuentran jóvenes prepubescentes, jóvenes y mujeres solteras, mujeres ancianas, incluso abuelas, mujeres casadas y viudas. La presunta mala conducta que

¹⁶² Human Rights Watch. *Honoring the Killers: Justice Denied for "Honor" Crimes in Jordan*. New York, 2004. Disponible en: <http://hrw.org/reports/2004/jordan0404/>.

¹⁶³ Amnistía Internacional. *Informe Anual 2002*. Londres, 2002.

¹⁶⁴ Human Rights Watch. *Honoring the Killers* (véase nota 162 *supra*).

acarrea “deshonor” es por lo común de orden sexual.¹⁶⁵

En el subcontinente indio, numerosas mujeres mueren cada año por quemaduras causadas con fuego o ácidos. Un estudio forense de las muertes causadas por quemaduras documentó la naturaleza terrible de esta práctica. La mayoría de las víctimas tenían de 16 a 25 años de edad en el momento de la agresión –por lo común las mojan con queroseno y les prenden fuego– y sufrían quemaduras que les afectaban más del 70 por ciento de la superficie total del cuerpo.¹⁶⁶

El uso de ácido sulfúrico o nítrico con el fin de causar heridas y sufrimientos atroces a las mujeres ha sido documentado en Bangladesh.¹⁶⁷ Motiva estos ataques, al parecer, la venganza por el rechazo a insinuaciones sexuales o a propuestas de matrimonio u otras razones relacionadas con conflictos familiares. Una ONG, la Organización de Sobrevivientes al Ácido, trabaja en favor de las víctimas de esta forma de violencia.¹⁶⁸

La hospitalización no protege necesariamente a las mujeres que han sido marcadas por “deshonrar” a su familia. En febrero de 2004, varias semanas después del nacimiento de un hijo ilegítimo, a Guldunya Toren, una mujer turca de

¹⁶⁵ Amnistía Internacional. *Pakistan: Violence against women in the name of honour*. Índice AI: ASA 33/017/1999, septiembre de 1999. Disponible (sólo en inglés) en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGASA330171999>.

¹⁶⁶ Kumar V, Tripathi CB. Burnt wives: a study of homicides. *Medicine, Science and the Law* 2004;44:55-60.

¹⁶⁷ Faga A, Scevola D, Mezzetti MG, Scevola S. Sulphuric acid burned women in Bangladesh: a social and medical problem. *Burns* 2000;26(8):701-9. Véase también: Anwary A. Acid violence and medical care in Bangladesh: women’s activism as carework. *Gender & Society* 2003; 17: 305-313; Begum AA. Acid violence: a burning issue of Bangladesh – Its medicolegal aspects. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2004, 25(4):321-323; y Amnistía Internacional. *Cuerpos rotos, mentes destrozadas. Tortura y malos tratos a mujeres*. Índice AI: ACT 40/001/2001, Londres, 6 de marzo de 2001. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/index/eslact400012001>.

¹⁶⁸ Véase: <http://www.acidsurvivors.org>.

22 años, sus dos hermanos le dispararon y la hirieron en la calle. Desde su cama de hospital en Estambul, ella rogó a la policía que la salvara. Sin embargo, no se le brindó protección, y una noche, a altas horas, sus hermanos entraron en el hospital, que no tenía vigilancia, y le dispararon a la cabeza, dándole muerte.¹⁶⁹

En otro caso, Mehmet Halitogullari confesó haber estrangulado a su hija de 14 años, Nuran, en abril de 2004, tras ser secuestrada cuando volvía a su casa por un hombre que la retuvo y violó durante varios días. La policía detuvo al hombre y devolvió a Nuran a su casa, donde su padre le dio muerte. El padre de Nuran está siendo enjuiciado por asesinato.¹⁷⁰

Las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual en Turquía se encuentran en una situación intolerable. Un médico turco dijo: “Las mujeres que han sido violadas tienen cuatro alternativas bajo este régimen legal [el turco]: casarse con el violador, suicidarse, hacerse prostitutas o que las maten”.¹⁷¹ Un informe reciente de Amnistía Internacional sobre Turquía reveló que a más o menos la mitad de las mujeres encuestadas en el sur y sudeste de Turquía no las habían consultado para la elección de esposo o las habían casado sin su consentimiento. El informe ilustra también el comentario que hizo el médico que se cita *supra*:

*En Samsun, en el norte de Turquía, se dejó en libertad, por aplazamiento de su condena de siete años de prisión, a un violador convicto por aceptar casarse con la niña de 14 años de edad a la que había violado. La muchacha declaró en el tribunal que no podía pasear por su pueblo ni hablar con nadie porque sentía mucha vergüenza.*¹⁷²

¹⁶⁹ Amnistía Internacional. *Turquía. Las mujeres frente a la violencia en el ámbito familiar*. Londres, Índice AI: EUR 44/013/2004. Disponible en:

<http://web.amnesty.org/library/index/esleur440132004>.

¹⁷⁰ *Ibid.*
¹⁷¹ Dr. Adem Sozuer, citado en *Radikal*; citado por *The Toronto Star*, 16 de mayo de 2004.

¹⁷² Amnistía Internacional. *Turquía. Las mujeres frente a la violencia en el ámbito familiar*. (Véase nota 169 *supra*.)

La violencia contra las mujeres y sus efectos sobre los niños

En las familias en que la violencia es algo habitual, los niños pueden ser víctimas directas y sufrir abusos físicos, psicológicos o sexuales.¹⁷³ Pero los niños también sufren a causa de la violencia dirigida contra su madre natural o adoptiva. Los niños que presencian actos de violencia entre sus progenitores corren un elevado riesgo de sufrir ansiedad, depresión, autoestima baja, pesadillas y otros problemas similares, como agresividad permanente.¹⁷⁴

Estos niños a menudo presentan problemas semejantes a los de los niños que han sido víctimas de abusos.¹⁷⁵ Asimismo, hay abundantes pruebas de que una proporción significativa de los adultos autores de abusos han estado expuestos a la violencia y al abuso sexual cuando eran niños.¹⁷⁶

El tratamiento de las víctimas de violencia

Las víctimas de violencia pueden buscar tratamiento de diversos tipos –por parte de curanderos tradicionales, personal médico y de enfermería, especialistas en salud mental y otros– o pueden no buscar ayuda alguna, confiar en sus propios recursos o en el apoyo de sus amigos. En algunos casos, las mujeres se presentan en los servicios de salud recabando ayuda para resolver un problema de salud, y los otros problemas relacionados con la violencia salen a luz en el curso de la consulta.

Una cuestión de capital importancia es la disponibilidad de servicios de salud y de atención

¹⁷³ Johnson CF. Child sexual abuse. *The Lancet* 2004; 364: 462-70.

¹⁷⁴ Kernic MA, Wolf ME, Holt VL, McKnight B, Huebner CE, Rivara FP. Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect* 2003, 27: 1231-46.

¹⁷⁵ Edleson JL. Children witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence* 1999; 14: 839-70.

¹⁷⁶ Véase, por ejemplo, Kellogg ND, Menard SW. Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 2003; 27:1367-76.

psicosocial adecuados para las mujeres que han sido víctimas de la violencia. En muchas situaciones de conflicto y posconflicto se carece de servicios médicos básicos. En algunos casos, la política económica del gobierno, que impone costos a las personas que procuran atención médica, puede actuar como un obstáculo para quienes la necesitan.¹⁷⁷ En otros casos, la provisión de servicios es desigual o no existe. En muchos países, las situaciones de conflicto pueden impedir a las personas que los necesitan el acceso a los servicios existentes. Sin embargo, incluso en países donde no existen problemas de seguridad, puede no haber servicios adecuados para atender a las mujeres que han sufrido actos de violencia.

A pesar de todo, existe un cuerpo experimentado de especialistas en la atención de la salud particularmente dotado para abordar las necesidades de las mujeres en el campo de la salud, y una literatura creciente sobre la documentación y el tratamiento de las mujeres que han sido torturadas, violadas o que han sufrido otros tipos de violencia y abusos contra los derechos humanos. El alcance de este tratamiento es demasiado amplio como para resumirlo con pocas palabras en este documento, y remitimos a las personas interesadas a la literatura publicada sobre la cuestión.¹⁷⁸

¹⁷⁷ *Burundi. La violación, abuso oculto contra los derechos humanos*. Londres, Amnistía Internacional. Índice AI: AFR 16/006/2004. Las condiciones impuestas a los gobiernos por las instituciones internacionales de crédito pueden limitar sus opciones con respecto al gasto en salud y a una política de recuperación de costos. Disponible en:

<http://web.amnesty.org/library/index/eslafr160062004>.

¹⁷⁸ Hinshelwood G. The sexual abuse of females. En: Peel M, Iacopino V (eds.). *The Medical Documentation of Torture*. Londres: Greenwich, 2002, 172-7. Peel M (ed.). *Rape as a Method of Torture*. Londres: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, 2004. Herman J. *Trauma and Recovery*. Nueva York: Basic Books, 1992:276pp. Véase también: Cantu M, Coppola M, Lindner AJ. Evaluation and management of the sexually assaulted woman. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2003; 2(3):737-50.



Cuestiones medico-legales y de documentación

El procesamiento efectivo del delito de violación o de otros actos de violencia depende de la obtención eficaz de pruebas, de la investigación y detención del o de la persona o las personas presuntamente responsables y de su enjuiciamiento ante un tribunal.¹⁷⁹ En la práctica esto por lo general no ocurre. Puede deberse a que la mujer no denuncia el delito por razones de miedo, estigma o el deseo de dejar atrás la agresión y seguir adelante.¹⁸⁰ O puede darse el caso de que los esfuerzos por obtener pruebas médicas se dilaten o no los realicen los trabajadores de la salud, que pueden pensar que no son competentes o que les falta el equipamiento necesario para recoger pruebas.¹⁸¹

El papel de la prueba en el proceso judicial

Se ha pensado y analizado con considerable profundidad la redacción de los protocolos de interrogación y los procedimientos de obtención de pruebas en los casos de violencia sexual en el marco de la medicina forense y de la

¹⁷⁹ Estos procedimientos deben respetar el derecho del acusado a un juicio justo pero también impedir la retraumatización de la víctima.

¹⁸⁰ Myhill A, Allen J. Rape and sexual assault of women: findings from the British Crime Survey. Home Office Findings No. 159 (informa que cerca del 20 por ciento de la muestra denunció la agresión a la policía). En Sudáfrica, Jewkes y sus colaboradores también encontraron tasas bajas de denuncia (Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* 2002; 55:1231-44), pero también que las mujeres más jóvenes tenían probabilidades significativamente más altas de denunciar la violación que las mujeres mayores (Jewkes R *et al.* Rape of girls in South Africa. *The Lancet* 2002; 359: 319-20).

¹⁸¹ Para abordar este problema, CEHAT, una ONG con base en Mumbai (Bombay), dedicada a la atención de la salud, produjo una "carpeta de materiales para agresiones sexuales" que contiene información, materiales y los formularios necesarios para la documentación del caso. Véase:

<http://www.cehat.org/publications/sexualassaultkit.html>

enfermería.¹⁸² En los últimos años se han incrementado los esfuerzos para la recolección efectiva de las pruebas médicas pertinentes que permitan la identificación del autor y coadyuven al éxito de su procesamiento y su condena ante un tribunal.

El índice de denuncia, acusación y condena en los casos de violación continúa siendo bajo. La mayor parte de los casos no se denuncian a la policía. La detención del presunto autor del delito no se consigue en todos los casos denunciados, y aun en los casos en que esto ocurre, se registra un número significativo de absoluciones.

Varios investigadores forenses han desarrollado protocolos cada vez más rigurosos, con el propósito de fortalecer la calidad y el impacto de las pruebas forenses de la agresión sexual. La Organización Mundial de la Salud, teniendo como base los estudios mencionados y sus propios conocimientos, ha patrocinado la compilación de un manual acerca de la investigación y la documentación de la violencia sexual, con el propósito de fortalecer la recolección de pruebas.¹⁸³

El valor de las pruebas forenses pormenorizadas ha sido confirmado por una serie de estudios. McGregor y Dumont y sus colegas en Canadá pusieron de manifiesto que las pruebas del trauma relacionado con la violación han contribuido a lograr la condena de los autores

¹⁸² Véase, por ejemplo, Girardin B, Faugno DK, Howitt J. Adult sexual assault: practical management. En Payne-James J, Bussitil A, Smock W (eds). *Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects*. Londres: Greenwich Medical Media, 2003, pp. 409-51.

¹⁸³ Organización Mundial de la Salud. *Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence*. Ginebra: OMS, 2004; disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/med_leg_guidelines/en/

encausados,¹⁸⁴ un descubrimiento confirmado por Wiley y otros.¹⁸⁵ Por esta razón, en los últimos años se ha realizado un esfuerzo considerable en diversos países con el fin de (i) aumentar la capacidad de los servicios forenses para responder a los casos de agresión sexual, para lo cual han agregado los servicios de profesionales de la enfermería examinadores de agresiones sexuales,¹⁸⁶ entre otras medidas; (ii) desarrollar protocolos de examen con mayor nivel de normalización y (iii) extender la capacitación y la concienciación sobre la importancia de la documentación forense.¹⁸⁷ Aunque el aumento de la capacidad forense para responder a la violencia sexual, así como la armonización de la relación entre los investigadores de delitos y los profesionales de la medicina, han sido beneficiosos, algunas investigaciones indican que la eficacia del aumento del esfuerzo para recoger

datos forenses tiene ciertos límites, en particular encontrar pruebas de los microtraumas prácticamente invisibles sufridos por la mujer. Este esfuerzo no aparece reflejado en un índice más elevado de condenas judiciales.

Tanto el personal médico que participa en la documentación de agresiones sexuales como el personal de enfermería examinador han expresado, según se ha informado, de forma explícita o implícita, una sensación de conflicto entre los papeles del proveedor de atención clínica y del recolector de pruebas forenses.¹⁸⁸ En entornos de recursos limitados, este conflicto se volvería más agudo, y por medio de declaraciones hechas a Amnistía Internacional se ha podido saber que la inmensa mayoría del personal médico que trabaja en las zonas de conflicto del África Central consideran que su prioridad es la de proveer servicios clínicos a las mujeres y no la de dedicarse a recoger pruebas.

Una cuestión importante que surge del trabajo llevado a cabo hasta ahora en el campo de la documentación de la violación es la prevención de una victimización secundaria de las sobrevivientes de violación en el sistema de justicia penal.¹⁸⁹ Una forma de minimizar este tipo de trauma adicional es reducir al mínimo los interrogatorios destinados a esclarecer los hechos y practicar los exámenes médicos en locales especiales donde exista la posibilidad de ofrecer asistencia sociopsicológica.¹⁹⁰

¹⁸⁴ McGregor MJ, Le G, Marion SA, Wiebe E. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? *Canadian Medical Association Journal*, 1999; 160:1565–1569, disponible en:

<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/160/11/1565>;
McGregor MJ, Du Mont J, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: Is evidence related to successful prosecution? *Annals of Emergency Medicine* 2002; 39: 639-64.

¹⁸⁵ Wiley J, Sugar N, Fine D, Eckert LO. Legal outcomes of sexual assault. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 188:1638-41.

¹⁸⁶ Houmes BV, Fagan MM, Quintana NM. Establishing a sexual assault nurse examiner (SANE) program in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine* 2003;25:111-21; Regan L, Lovett J, Kelly L. *Forensic Nursing: An option for improving responses to reported rape and sexual assault*, Home Office Development & Practice Report 31. Londres: Home Office, 2004

¹⁸⁷ En agosto de 2002, Amnistía Internacional se unió a la Unidad Médico-Legal Independiente en Durban para patrocinar un taller de cuatro días sobre la aplicación de las técnicas forenses a la documentación de la violación y de otros abusos en el sur y el este de África. Véase: Amnistía Internacional. *Protecting the Human Rights of Women and Girls: A medico-legal Workshop on the Care, Treatment and Forensic Medical Examination of Rape Survivors in Southern and East Africa*. Índice AI: AFR 53/001/2002, Londres, 2002 (Disponible sólo en inglés.) Véase también McQuoid-Mason D, Pillemer B, Friedman C, Dada M. *Crimes Against Women and Children: A Medico-Legal Guide*. Universidad de Dundee y Unidad Médico-Legal Independiente, Durban (IMLU), 2002.

¹⁸⁸ Véase: Du Mont J, Parnis D. The doctor's dilemma: caregiving and medicolegal evidence collection. *Medicine and Law*, 2004; 23(3):515-29; Du Mont J, Parnis D. Forensic nursing in the context of sexual assault: comparing the opinions and practices of nurse examiners and nurses. *Applied Nursing Research* 2003;16(3):173-83.

¹⁸⁹ Suffla S, Seedat M, Nascimento A. Evaluation of medico-legal services in Gauteng: implications for the development of best practices in the after-care of rape survivors. Medical Research Council [Sudáfrica], diciembre de 2001.

¹⁹⁰ McLean I, Balding V. Some characteristics of 7,289 cases of rape and sexual assault seen at St. Mary's Sexual Assault Referral Centre since 1986. *Health Psychology Update*, 2003; 12(4), 56-61; Kerr E, Cottee C, Chowdhury R, Jawad R, Welch J. The Haven: a pilot referral centre in London for cases of serious sexual assault. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003;110:267-71.

El papel de los profesionales de la salud

Los profesionales de la salud pueden contribuir mucho a la lucha por abordar el problema de la violencia contra las mujeres, a partir del nivel básico de asegurar que no haya prácticas violentas contra las mujeres dentro de los servicios de salud. d'Oliveira y sus colaboradores sugieren que por violencia dentro de los centros de salud se entiende: “negligencia, violencia de palabra y trato brusco, amenazas, reprimendas, gritos y humillación intencional; violencia física, incluida la negativa a tratar el dolor cuando está indicado técnicamente; y violencia sexual”.¹⁹¹ También sugieren que se deben tomar medidas en este sentido ya desde el comienzo de la capacitación de los estudiantes y que las técnicas de comunicación son un elemento importante para la reducción de la violencia. Se requiere una política de exigir al personal que se haga responsable de sus actos de violencia y de explotación sexual, pero también se necesitan mejores condiciones de trabajo para permitir al personal que interactúe efectivamente con los pacientes. Se considera asimismo importante el papel de los organismos profesionales internacionales.

Debemos proveer programas de capacitación eficaces para el personal de la salud con respecto a cómo debe tratarse a las víctimas de la violencia sexual, y debemos asegurar que las organizaciones locales y los grupos de mujeres participen activamente en cada paso del camino. No necesitamos algunas buenas mujeres aquí y allá, necesitamos la paridad de género para que las mujeres que ocupen posiciones de poder puedan detener los abusos de poder.

Es urgente que las sobrevivientes de violencia sexual sean asistidas por servicios legales,

¹⁹¹ d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet* 2002; 359:1681-85.

¹⁹² Fondo de Población de las Naciones Unidas. Debate abierto del Consejo de Seguridad de la ONU en torno a la Resolución 1325 sobre la mujer, la paz y la seguridad. Respuesta a las necesidades de las víctimas de la violencia de género. Declaración de Thoraya Ahmed Obaid, director ejecutivo del UNFPA, 28 de octubre de 2004. Disponible (sólo en inglés) en: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=523&Language=1>. Traducción de AI.

psicosociales y de salud reproductiva de calidad para tratar la horrible violencia que han soportado. Debemos ponernos a trabajar para aplicar programas dirigidos al público y a los líderes de la comunidad sobre la importancia de no estigmatizar a las víctimas de violencia sexual y actuar para conferir poderes a las mujeres y niñas para hacerles posible buscar ayuda y apoyo adecuados.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, octubre de 2004¹⁹²

Las personas responsables de las políticas de salud deben asegurar una provisión efectiva de servicios para aplicar tratamientos de anticoncepción de emergencia, control de las enfermedades de transmisión sexual, recogida de pruebas médico-legales y remisión de las mujeres a cuidados especiales o a asistencia sociopsicológica.

En una escala más amplia, los profesionales de la salud pueden promover un enfoque preventivo de la violencia contra las mujeres, que vincule a los profesionales de la salud con otros profesionales del sector de la asistencia social, las organizaciones de mujeres así como del sistema judicial penal y la comunidad en general.

Los profesionales de la salud pueden apoyar y contribuir a una investigación más profunda sobre los orígenes, efectos y respuestas a la violencia contra las mujeres. Los resultados de una investigación de este tipo pueden contribuir a la formulación de políticas, a las reformas legales, y al desarrollo del cuidado de la salud.

La capacitación de los profesionales de la salud

Hay una necesidad continua de capacitación efectiva de los profesionales de la salud para abordar la violencia contra las mujeres. A pesar de esta necesidad, es relativamente escasa la literatura sobre la capacitación de profesionales de la salud en materia de tratamiento de la violencia en el ámbito familiar. Un estudio publicado recientemente en México sobre el conocimiento y las actitudes de los médicos y de los especialistas médicos reveló que el 90 por ciento de ellos no habían recibido capacitación sobre la violencia contra las mujeres. Los médicos de familia eran

más receptivos a esta cuestión que los especialistas, y las mujeres médicas eran más compasivas con las mujeres maltratadas. Los autores recomendaban la capacitación en todos los niveles del sistema de salud.¹⁹³

Se reconoce cada vez más que los servicios de salud son capaces de desempeñar un papel importante en el tratamiento de las formas más comunes de la violencia, especialmente en la prevención secundaria y terciaria. Se está desarrollando un consenso sobre la necesidad de evaluar e identificar intervenciones efectivas en el sector de la salud para convencer a los proveedores de salud y a los creadores de políticas del valor de estas intervenciones. [...] Una respuesta efectiva del sector de la salud hacia las mujeres que conviven con la violencia debe incluir la capacitación con regularidad de los trabajadores de la salud que aborde sus propios valores y actitudes y que provea técnicas específicas.[...]

Dra. Claudia García-Moreno, OMS(192)¹⁹⁴

Un estudio realizado en el Reino Unido¹⁹⁵ sobre la eficacia de la capacitación que se les da a las parteras puso de relieve que las participantes en el curso de capacitación informaron de una mayor conciencia y comprensión de la violencia doméstica como resultado de su participación en el curso, así como de una mayor probabilidad de identificar y apoyar a las mujeres, en parte gracias al mejor conocimiento de otros organismos de ayuda. Sin embargo, hubo cuestiones que plantearon dificultades, entre ellas la confidencialidad y la documentación, que hicieron surgir incertidumbre en las participantes. Cuestiones prácticas como el tiempo y la privacidad fueron también planteadas por las

¹⁹³ Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniestra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública de México* 2003;45:472-482.

¹⁹⁴ García-Moreno G. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet* 2002; 359:1509-14.

¹⁹⁵ Protheroe L, Green J, Spiby H. An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery* 2004; 20:94-103.

asistentes. Una encuesta a estudiantes de medicina que iniciaban su residencia médica en Arizona dio como resultado un nivel inadecuado de conciencia de la violencia doméstica; los autores recomendaron que “el contenido de la educación médica de los estudiantes universitarios sobre [la violencia doméstica] debe ser fortalecido”.¹⁹⁶

Kim y Motsei, que trabajan en Sudáfrica, han señalado que los profesionales de la salud traen consigo sus propias actitudes al respecto del género a su trabajo con víctimas de violencia basada en el género, en particular la aceptación por parte de las enfermeras de atención primaria de la violencia de género como una realidad cultural admisible.¹⁹⁷ Los autores indican que “existe una necesidad urgente de comprender y tratar las experiencias vividas por el personal de enfermería [en Sudáfrica], y la dualidad de sus roles como profesionales y como miembros de la comunidad, antes de promover la capacitación del personal de enfermería como una estrategia eficaz para abordar la violencia por motivos de género”.

Exploración en busca de rastros de violencia en el ámbito familiar

Se ha producido un enérgico debate en la literatura médica con respecto a la exploración en hospital y en la práctica médica en busca de pruebas de violencia doméstica.¹⁹⁸ Para alcanzar

¹⁹⁶ Miller AW, Coonrod DV, Brady MJ, Moffitt MP, Bay RC. Medical student training in domestic violence: a comparison of students entering residency training in 1995 and 2001. *Teaching and Learning in Medicine* 2004; 16:3-6.

¹⁹⁷ Kim J, Motsei M. “Women enjoy punishment”: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science and Medicine* 2002;54:1243-54.

¹⁹⁸ La exploración es una técnica por medio de la cual a toda persona en riesgo de sufrir un peligro potencial se le practica de forma rutinaria un examen consensuado, para buscar signos de que ha estado expuesta al peligro. Es muy eficaz cuando hay riesgo significativo de encontrar pruebas firmes que indiquen la presencia del peligro, y se vuelve menos eficaz cuanto más infrecuente o ambigua es la prueba (o, como en el caso del VIH, donde los signos positivos se asocian al estigma y la discriminación). En el contexto de la violencia doméstica, la exploración exigiría a los profesionales de la salud que interrogasen de forma rutinaria a las mujeres acerca de su exposición a la violencia.



una normativa, los encargados de las decisiones han tratado de equilibrar: (i) el nivel de abusos existente en la comunidad (y por tanto el nivel de detección posible); (ii) los resultados positivos potenciales, como por ejemplo la denuncia de la violencia y la aplicación de medidas de protección y (iii) los resultados negativos potenciales de la exploración de rutina como la violencia como represalia por parte de los hombres cuando las mujeres buscan intervención o el fracaso en la detección de abusos por producirse una deficiencia del proceso de exploración. Aunque la exploración tiene sus defensores, hay igualmente organismos médicos e investigadores que señalan que no hay suficientes pruebas para apoyar la exploración de rutina.¹⁹⁹

Al mismo tiempo, existe el reconocimiento generalizado de que el colectivo de trabajadores de la salud se encuentra en una situación ideal para detectar abusos y para tomar medidas para ayudar a las mujeres que son víctimas de estos abusos. Anglin y Sachs investigaron la situación en el departamento de urgencias del hospital.

¹⁹⁹ Guo SF, Wu JL, Qu CY, Yan RY. Domestic abuse on women before, during, and after pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2004;84:281-6. (“Se aconseja la exploración de rutina por abusos para disminuir sus efectos sobre las mujeres y sus hijos en escenarios de servicios de maternidad”); Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J; US Preventive Services Task Force. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2004 ;140:387-96. (“Aunque la literatura sobre la violencia en el ámbito familiar y por parte de la pareja es abundante, pocos estudios suministran información sobre su detección y gestión para guiar a los clínicos.”); Webster J, Holt V. Screening for partner violence: direct questioning or self-report? *Obstetrics and Gynecology*. 2004; 103: 299-303. (“Un formulario cumplimentado por la propia mujer es una alternativa eficaz al cuestionario directo cuando se busca detectar mujeres que experimenten violencia a manos de su pareja, y es aceptable para la mujer.”); Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal* 2002;325:314. (“Aunque la violencia doméstica es un problema común que acarrea consecuencias de gran importancia para la salud de la mujer, la aplicación de programas de exploración en ámbitos de atención a la salud no puede justificarse”).

Observaron que a causa de la escasez de investigación de resultados de la evaluación de la exploración e intervenciones en el departamento de urgencias, no había suficientes pruebas a favor o en contra de la exploración de la violencia en el ámbito de la familia. Sin embargo, propusieron los autores, “a causa de la gran carga de sufrimiento que causa la violencia doméstica, los proveedores de atención de la salud deben considerar firmemente preguntar en forma rutinaria por la violencia como parte del historial, cuando menos en los casos de todas las pacientes adolescentes y adultas”.²⁰⁰

Las organizaciones profesionales están divididas, y sus opiniones oscilan entre las que están a favor de la exploración sistemática, como la Asociación Estadounidense de Médicos,²⁰¹ y las que se muestran indiferentes u opuestas.²⁰² Incluso cuando los organismos profesionales recomiendan la exploración, no ocurre necesariamente que el personal médico lleve a cabo estas exploraciones.²⁰³ Sin embargo, las oportunidades que se ponen al alcance de los profesionales para identificar signos de violencia contra las mujeres y para actuar en consecuencia son importantes y

²⁰⁰ Anglin D, Sachs C. Preventive care in the emergency department: Screening for domestic violence in the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 2003, 10:1118-27.

²⁰¹ American Medical Association Council on Scientific Affairs. Violence against women: relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267(23):3184-9.

²⁰² Wathen CN, MacMillan HL, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal* 2003; 169: 582-4. El Grupo Especial llegó a la conclusión de que no había suficientes pruebas “a favor o en contra de la exploración universal de rutina”.

²⁰³ Bair-Merritt MH, Giardino AP, Turner M, Ganetsky M, Christian CW. Pediatric residency training on domestic violence: a national survey. *Ambulatory Pediatrics* 2004;4:24-7.

han dado origen a una variedad de formas sugeridas de aproximación para llevarla a cabo.²⁰⁴

¿Debe ser obligatoria la denuncia de la violencia doméstica por parte de los profesionales de la salud?

Aunque la idea de exigir al colectivo de profesionales de la salud que denuncien los episodios de violencia contra las mujeres pueda parecer una reforma plausible (del mismo modo que es obligatoria la denuncia de abusos contra los niños que se exige en muchas jurisdicciones), al parecer tiene poco o ningún apoyo. Se cree que una de las razones de la falta de apoyo a la denuncia obligatoria de la violencia es la potencial ruptura de la confidencialidad paciente-médico, una base fundamental de la provisión de asistencia médica.²⁰⁵ Sin embargo, subyacente en el principio de confidencialidad está el riesgo que puede correr la mujer si su victimario se entera de que ella está buscando atención médica de un profesional de la salud que podría denunciar el abuso. A la vez que la denuncia obligatoria encuentra pocos simpatizantes, la necesidad de mejorar la detección y fortalecer la protección de las mujeres que consultan a profesionales de la salud sigue siendo objeto de debate.

²⁰⁴ Véase: Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, Cosgrove K, Mulley K, Feder G. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ* 2003;327:673-6. Véanse también “respuestas rápidas” a este trabajo en:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/327/7416/673>

(ingresado el 10 de julio de 2004). Véase también:

Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review.

JAMA 2003;289:589-600; y Taket A, Wathen CN, Macmillan H. Should health professionals screen all women for domestic violence? *PLoS Medicine* 2004 Oct;1(1):e4.

²⁰⁵ Braude M. Psychiatrists and mandatory reporting of domestic violence. *Psychiatric Times*, abril de 2002. El Dr Braude señala que a causa de la adhesión del personal médico a la tradición hipocrática, “las organizaciones de médicos, entre ellas la Asociación Estadounidense de Médicos, la Asociación Estadounidense de Mujeres Médicas, el Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencia, y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos han tomado posición en contra [de la denuncia obligatoria]. La Asociación Psiquiátrica Estadounidense no ha tomado posición.”

Efectos de la violencia contra las mujeres en los profesionales de la salud

Las mujeres que trabajan en el sector de la salud pueden ser también víctimas de violencia, como todas las mujeres, en sus relaciones personales, o de parte de extraños, pero también a manos de sus compañeros de trabajo o de los pacientes.

Además, el personal femenino que atiende a las víctimas de violencia puede tener que soportar cargas adicionales derivadas de su papel clínico. Un estudio realizado en Victoria, Australia, señaló que en la opinión tanto de médicos como de médicas, las mujeres médicas demostraban más empatía, lo que tenía la consecuencia no intencional de que “a causa de su empatía con el sufrimiento de las víctimas [las mujeres médicas] expresaban mayor tristeza, sentimientos de frustración y angustia por no tener un remedio “mágico”. En consecuencia, algunas se sentían impotentes o desmoralizadas.²⁰⁶

Organismos profesionales

En los últimos años ha habido un aumento significativo en el número de organismos profesionales que han abordado la cuestión de las mujeres y la violencia desde una perspectiva de derechos humanos.

En el ámbito internacional, el organismo profesional de las enfermeras, el Consejo Internacional de Enfermeras, ha emitido varias declaraciones pertinentes. En 2002, por ejemplo, el Consejo resolvió apoyar “la protección de los derechos de la mujer y deplora la explotación sexual, el tráfico de mujeres y niñas para la prostitución, y todas las formas de violencia

²⁰⁶ Taft A, Broom DH, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *BMJ* 2003; 328: 618-21. El resultado más importante que produjo el estudio fue que los profesionales de medicina general que tratan los abusos a manos de la pareja necesitan estar familiarizados con los principios centrales de confidencialidad y seguridad de las mujeres y los niños, y aplicarlos. Véase:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj;328/7440/618>.

contra la mujer, incluida la mutilación genital femenina”.²⁰⁷

La Asociación Médica Mundial adoptó en 1996 una posición sobre la violencia en el ámbito familiar, en la cual reclamaba, entre otras cosas, que “[t]odo médico debe recibir una formación adecuada en los aspectos médicos, sociológicos, psicológicos y preventivos de todo tipo de violencia familiar”.²⁰⁸

En 1997, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, que cuenta con un comité permanente sobre los derechos sexuales y reproductivos²⁰⁹, emitió una declaración sobre la violencia contra las mujeres. La Federación se mantiene en su posición contraria a la violencia contra la mujer.²¹⁰

En el ámbito nacional, numerosas organizaciones médicas, de enfermería, de psicología y psiquiatría, así como ONG médicas, han hecho declaraciones relativas a la cuestión de la violencia contra las mujeres. Los organismos nacionales también han tomado posiciones activas en cuestiones relacionadas con la violencia contra las mujeres y con el papel de los organismos de profesionales de la medicina en la provisión de

asistencia.²¹¹

Sin embargo, las mujeres que recaban la ayuda de profesionales de la salud no siempre consideran que reciben el apoyo que necesitan.²¹² Un estudio realizado en el Reino Unido puso de manifiesto que muy pocas mujeres revelan voluntariamente los episodios de violencia en el ámbito familiar a los profesionales de la salud, y que a un número aún menor le ha preguntado alguno de ellos directamente sobre la violencia doméstica. Los autores indicaron que es importante para los profesionales de la salud preguntar con sensibilidad con respecto a la violencia doméstica y dar una respuesta adecuada que satisfaga las complejas necesidades de las mujeres. La capacitación es esencial para dotar a los profesionales de la salud de los conocimientos y las técnicas que necesitan para responder a la violencia doméstica con mayor eficacia.²¹³

²⁰⁷ ICN. Salud de la mujer. Aprobado en 1996, revisado en 2002. Disponible en:

<http://www.icn.ch/pswomen.htm>.

²⁰⁸ Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Violencia Familiar.. Adoptada en 1996. Disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/fl.htm>.

²⁰⁹ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Resolución sobre la violencia contra las mujeres, 1997.

²¹⁰ Benagiano G, Schei B. A FIGO initiative for the 21st century: eliminate all forms of violence against women worldwide. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86(2): 328-334.

²¹¹ Véase, por ejemplo, Faundes A, Andalf J. Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2002;78 Suppl 1:S67-73; British Medical Association. *Domestic violence: a health care issue?* Londres: BMA, 1998; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. (1998). The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998; 101:1091-1092. Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/6/1091>.

²¹² McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside “Pandora's box”: abused women's experiences with clinicians and health services. *Journal of General Internal Medicine* 1998;13:549-555; Rodriguez MA, Quiroga SS, Bauer HM. Breaking the silence. Battered women's perspectives on medical care. *Archives of Family Medicine* 1996;5:153-158.

²¹³ Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in the Community* 2003;1:10-18.

Conclusiones y recomendaciones

A los gobiernos

Los gobiernos deben reconocer que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública de la mayor importancia, así como una crisis de derechos humanos. Deben tomar las siguientes medidas para proteger a las mujeres y para garantizar su salud y bienestar.

Reforma de las leyes

Los gobiernos deben asegurar:

- la abolición de todas las leyes que
 - faciliten la impunidad con respecto a la violación, el asesinato y otros actos de violencia contra las mujeres;
 - criminalicen las relaciones sexuales consensuadas en privado; impongan restricciones arbitrarias al derecho de la mujer a elegir su pareja; y
 - obstaculicen el acceso de las mujeres a la atención de la salud reproductiva y a la planificación familiar tal como se establece en las normas internacionales y en los documentos de consenso.
- que se promulguen y se hagan cumplir leyes que protejan a las mujeres, con el fin de que la violencia en el ámbito familiar se trate con la misma firmeza que las agresiones en otros contextos, y que la violación y otras formas de violencia contra las mujeres sean criminalizadas
- que mejore la protección de las mujeres internadas en instituciones mediante
 - el incremento del conocimiento de sus derechos;
 - la creación de programas de inspección apropiados;
 - la institución del cargo de defensor del pueblo;
 - la capacitación del personal, y

- la insistencia en la rendición de cuentas por los efectos de sus acciones por parte de la administración y el personal

- que los autores de actos de violencia contra las mujeres –en la familia, en la comunidad, en las fuerzas armadas, en el sector de atención a la salud– sean investigados, procesados y castigados conforme a las normas internacionales.

Recursos

Los gobiernos deben asegurar que:

- se establece una dotación adecuada de recursos para el cuidado de la salud y la asistencia psicosocial requerida por las víctimas de violencia. Esta dotación deben incluir ayuda específica en etapas tales como la inmediata después de que una agresión se haya denunciado a la policía o al personal de atención de la salud; durante la investigación de la agresión; y durante el procesamiento del presunto autor;
- se estimula y apoya a las ONG y las organizaciones de ayuda mutua que trabajan con las mujeres que han sido víctimas de violencia;
- se reconoce al VIH/sida como un riesgo de suma importancia relacionado con la violencia contra las mujeres; y que:
 - se refuerzan los servicios relativos al VIH para la mujer;
 - se ponen al alcance de las personas que las necesiten las medidas de prevención después de la exposición y que se publicita su accesibilidad;
 - se pone al alcance de las mujeres la medicación antirretroviral de acuerdo con sus necesidades;
- se toman medidas para abordar la pobreza de las mujeres y su vulnerabilidad ante la violencia por medio de la eliminación de la discriminación contra las mujeres en lo relativo a su acceso a los derechos económicos y sociales. Esto significa, entre

otras cosas, garantizar el derecho de la mujer a heredar propiedades de su esposo así como asegurar otros derechos de propiedad.

Capacitación

Los gobiernos deben asegurar que el personal de atención de la salud, el personal de custodia y las personas que trabajan en instituciones de internación reciben capacitación sensible al género sobre la violencia contra las mujeres, con inclusión del tratamiento adecuado de las denuncias de violencia sexual.

Los gobiernos deben asegurar que los protocolos en desarrollo y las metodologías para la documentación de la violencia sexual (“la mejor práctica”) sean integrados a la práctica profesional de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y de los servicios forenses.

Se deben aplicar programas de educación pública para asegurar que se acepta de forma generalizada que la violencia contra la mujer es mala y contraria a la ley.

Ratificación de instrumentos internacionales que protegen los derechos de la mujer

Los gobiernos deben:

- ratificar y aplicar la Convención de la ONU sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y su Protocolo Facultativo, sin reservas;
- ratificar y aplicar los tratados regionales que protegen los derechos de la mujer;
- ratificar el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional y aprobar legislación nacional que permita su aplicación para que la Corte pueda ser potencialmente un medio para poner fin a la impunidad en relación con la violencia contra las mujeres en situaciones en las que tenga jurisdicción;
- acordar un Tratado Internacional sobre el Tráfico de Armas para detener la proliferación de armas que se utilizan para cometer actos de violencia contra las mujeres.

Comprometer a los hombres a respetar, proteger y promover los derechos de la mujer

Los gobiernos deben instituir programas educativos para aumentar la conciencia y el conocimiento de los efectos de la violencia en las mujeres y para estimular su participación en estrategias para la reducción de la violencia.

A los organismos profesionales

Las asociaciones profesionales deben:

- continuar la promoción de los derechos de la mujer y la conciencia de las violaciones de derechos humanos contra las mujeres;
- adoptar políticas que aborden explícitamente la violencia sexual y de otra índole y medidas que los profesionales de la salud pueden tomar para prevenirla y responder a ella;
- estimular nuevas investigaciones sobre las medidas necesarias para identificar efectivamente y ayudar a quienes corren riesgo
- estimular a los gobiernos a adoptar políticas que impidan la violencia contra las mujeres y las consecuencias negativas para la salud que resultan de ella.