

CAPÍTULO SÉPTIMO

LA MUJER EN CONFLICTOS ARMADOS Y GUERRAS

Pilar Estébanez Estébanez

RESUMEN

La mujer, en situaciones de conflicto armado o guerra, sufre, además de la desigualdad y discriminación por ser mujer, una carga añadida de violencia derivada de la situación de conflicto, menor acceso a la salud y a los recursos sanitarios, a los alimentos y a los recursos para procurar su supervivencia o la de sus hijos.

En este capítulo vamos a explicar cuáles son las consecuencias para la mujer que se ve inmersa en estas situaciones, que se suelen dar, además, en países en los que existe pobreza endémica, discriminación histórica de la mujer, altas tasas de enfermedades infecciosas, graves deficiencias de los sistemas de salud, violencia sistemática y falta de libertades. Estas consecuencias se plasman en mayor discriminación, menor acceso a la salud (materno-infantil, mayor incidencia de VIH/SIDA, tasas más altas de cáncer), víctima de una mayor carga de violencia (violencia sexual, explotación sexual), mayor vulnerabilidad (expondremos la situación de la mujer en cuatro países), y, finalmente, expondremos el punto de vista de la autora como cooperante.

Palabras clave:

Salud materno-infantil, mortalidad, vulnerabilidad, discriminación, VIH/SIDA, violencia sexual, violación como arma de guerra, esclavas sexuales

ABSTRACT

Women in situations of armed conflict or war, is suffering, in addition to inequality and discrimination as a woman, an added violence due to conflict, less access to health and medical resources, food and resources to ensure their survival or their children.

In this chapter we will explain what the consequences for the woman who is thrown into these situations that usually occur also in countries where there is endemic poverty, historical discrimination against women, high rates of infectious diseases, severe weaknesses in health systems, systematic violence and lack of freedoms. These consequences are reflected in increased discrimination, reduced access to health (maternal and child health, increased incidence of HIV / AIDS, higher rates of cancer), the victim of a greater amount of violence (sexual violence, sexual exploitation), vulnerability (we will discuss the situation of women in four countries), and finally, we will present the viewpoint of the author as a volunteer.

Key words:

Maternal and child health, Mortality, Vulnerability, Discrimination, HIV/AIDS, Sexual violence, War Rape, Sex slaves

■ INTRODUCCIÓN

La mujer, en situaciones de conflicto armado o guerra, suma a su situación de desigualdad y discriminación por ser mujer, con todo lo que ello implica (desigualdad en el acceso a los servicios de salud, falta de recursos de salud materno-infantil, violencia de género o menor capacidad de decisión o de acceso a la educación, mayor dificultad para acceder a los recursos económicos, etc.), la discriminación derivada de la situación de refugiada o víctima de la violencia armada, que empeora, si cabe, su situación.

En este capítulo vamos a explicar cuáles son las consecuencias para la mujer que se ve inmersa en estas situaciones, que se suelen dar, además, en países que, por sus características –pobreza endémica, discriminación histórica de la mujer, altas tasas de enfermedades infecciosas, graves deficiencias de los sistemas de salud, violencia sistemática, falta de libertades–, constituyen un mal lugar para ser mujer.

Estas consecuencias se plasman en una mayor vulnerabilidad de la mujer y se explican en los siguientes puntos, que desarrollaremos a lo largo del artículo:

- 1) Mayor discriminación.
- 2) Menor acceso a la salud:
 - a. Materno-infantil.
 - b. Mayor incidencia de VIH/SIDA.
 - c. Tasas más altas de cáncer.
- 3) Víctima de una mayor carga de violencia:
 - a. Violación como arma de guerra.
 - b. Niñas soldado y esclavas sexuales.
 - c. Prostitución.
- 4) Mayor vulnerabilidad como refugiada. Cuatro países, cuatro ejemplos: Somalia, Haití, Congo y Sierra Leona.
- 5) La mujer cooperante. Un punto de vista personal.

La mujer, en el espacio humanitario en casos de guerra, se ve relegada en cuando a los derechos que le asistirían en lo relativo a la salud reproductiva: este tipo de programas siempre son los últimos que se ponen en marcha en estas situaciones, cuando deberían ser de extrema urgencia. La consecuencia es, como veremos más adelante, el aumento de las tasas de mortalidad materno-infantil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de manifiesto en numerosos documentos que la principal causa de mortalidad materna está relacionada con la maternidad: por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una adolescente de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4.300 en los países desarrollados, frente a 1 en 120 en los países en desarrollo⁽¹⁾.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- las infecciones (generalmente tras el parto)
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- la obstrucción del parto
- los abortos peligrosos.

Ello significa que cada día mueren unas mil mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de ellas en países en desarrollo.

Esto es lo que respecta a lo que la Organización Mundial de la Salud denomina «causas directas» y que provocan el 80% de los fallecimientos de mujeres. Sin embargo, a esta sangría de más de 365.000 muertes anuales relacionadas con la maternidad hay que añadir las muertes por causas «indirectas», el 20% restante: las enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares⁽²⁾.

En África, donde se concentra el mayor número de conflictos bélicos (18, entre guerras de baja y alta intensidad)⁽³⁾, se registra el mayor número de muertes de mujeres a consecuencia del VIH/SIDA, ya que en situaciones de guerra las mujeres son más vulnerables a esta enfermedad que los hombres: en África la proporción de mujeres con VIH/SIDA es del 60%, porcentaje que crece hasta el 74% si hablamos de mujeres jóvenes y adolescentes⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva n.º 348. Noviembre de 2010.

⁽²⁾ *Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005, p. 62.

⁽³⁾ Uppsala Conflict Data Program.

⁽⁴⁾ En 30 años de epidemia, las mujeres y las niñas representan el 60% de las personas que viven con el VIH en el África Subsahariana, y el 76% de los jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH son mujeres. Las encuestas nacionales muestran que las mujeres jóvenes en África oriental y meridional tienen hasta seis veces más probabilidades de infectarse que los

Mujeres y niñas son las mayores víctimas de la guerra en muchos países: son muchos los conflictos armados en los que mujeres y niñas son sometidas a agresiones y violencia precisamente por su condición. Así, en algunas guerras la violación ha sido utilizada como arma y agresión en el enfrentamiento entre contendientes: Sierra Leona, Ruanda, Liberia, Congo o ex-Yugoslavia. En otros conflictos las mujeres, especialmente las más jóvenes e incluso las niñas, han sido secuestradas o reclutadas a la fuerza para ser utilizadas sexualmente o como esclavas.

En muchos países en vías de desarrollo la mujer tiene menos capacidad de acceso a la salud y es más vulnerable a cierto tipo de enfermedades. El cáncer de mama afecta cada año a más de 1,38 millones de mujeres en todo el mundo, y el 80 por ciento de las muertes por cáncer se producen en países pobres. Es también vulnerable al cáncer de cuello de útero, relacionado con el virus del papiloma humano, y que tiene mucho que ver con la falta de capacidad de decisión para usar protección en las relaciones sexuales, o con situaciones de violencia relacionadas con conflictos armados y guerras.

La violencia de género puede ocurrir a lo largo del ciclo de vida de una mujer. Los tipos incluyen aborto selectivo por sexo, el maltrato durante el embarazo, el embarazo forzado por violación, infanticidio femenino, el diferencial de alimentos y atención médica para las niñas, el matrimonio infantil, la mutilación genital, la prostitución infantil, el maltrato psicológico, la violación marital, el acoso sexual, la trata de mujeres y la violación de mujeres de edad avanzada.

Por último, vamos a finalizar el capítulo con unas reflexiones derivadas sobre mi experiencia personal en el terreno como cooperante en relación con el papel de la mujer como cuidadora o testigo en situaciones de conflicto y guerras.

■ MAYOR DISCRIMINACIÓN

La mujer es víctima en muchos países, con culturas patriarcales, cuando desaparece la figura del hombre. Por ejemplo, la situación de la mujer en Iraq es especialmente complicada, como ha reconocido el Comité Internacional de la Cruz Roja. Según los datos ofrecidos por esta organización, se calcula que en Iraq hay aproximadamente un millón de mujeres que, por culpa de la guerra, se han convertido en cabeza de familia bien porque han quedado viudas, o por que han muerto o desaparecido todos los varones mayores de edad de la familia⁽⁵⁾.

hombres, debido a una combinación de causas biológicas, conductuales y estructurales, que impiden que las mujeres y las niñas no puedan rechazar las relaciones sexuales o negociar prácticas sexuales más seguras. *Declaración de Windhoek. Mujeres, y niñas e Igualdad de Género y VIH/SIDA: avances hacia el acceso universal*. 6-8 de abril de 2011.

⁽⁵⁾ *Households headed by women in Iraq: a case for action*. The International Committee of Red Cross in Iraq. Agosto 2011.

a la salud y son especialmente vulnerables frente a ciertas enfermedades. Por ejemplo, el cáncer de mama, que afecta cada año a 1,38 millones de mujeres en el mundo, es también la causa de muerte más frecuente para las mujeres: medio millón de muertes anuales. Ello es así, entre otras cosas, porque está infradiagnosticado en los países en desarrollo.

■ Salud materno-infantil

- Se estima que 1.600 mujeres mueren cada día debido a complicaciones causadas por el embarazo y el parto, el 99% en los países en desarrollo.
- Cada año, aproximadamente dos millones de niñas corren riesgo de mutilación genital femenina.
- Cerca de 70.000 mujeres mueren cada año por abortos inseguros, y muchas más sufren infecciones y otras consecuencias.
- Las mujeres son más propensas que los hombres de contraer el VIH a través de encuentros sexuales y alrededor del 42 por ciento de todas las personas infectadas con el VIH son mujeres.
- Cincuenta y uno por ciento de todas las mujeres embarazadas sufren de anemia por deficiencia de hierro.
- En muchos países del sur de Asia, África, América Latina y el Oriente Medio, entre un tercio y la mitad de las mujeres son madres antes de los 20 años.
- El cáncer de cuello uterino, la forma más común de cáncer en los países en desarrollo, suele estar relacionada con el virus del papiloma humano.
- La violencia doméstica, violación y abuso sexual son una causa importante de discapacidad entre las mujeres⁽⁷⁾.

La Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo y la Conferencia Mundial de 1995 sobre la Mujer (Beijing) ampliaron el derecho a la planificación de la familia para incluir el derecho a una mejor salud sexual y reproductiva. Sobre la base de la definición de la Organización Mundial de la Salud, el Programa de El Cairo define la salud reproductiva como:

«...un estado de completo bienestar físico, mental y social, el bienestar y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y con qué frecuencia debe hacerlo. Implícito en esta última condición está el derecho de hombres y mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén contra la ley, y el derecho de acceso a adecuados servicios

⁽⁷⁾ United Nations Population Fund, UNFPA

de salud que permitan a las mujeres avanzar de forma segura durante el embarazo y el parto y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos».

Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, y un número significativo de los adolescentes son sexualmente activos. Desde el nacimiento hasta la infancia y la adultez, las niñas y las mujeres necesitan servicios eficaces e información que les permita llevar vidas sanas y productivas. Los niños y los hombres también necesitan información y servicios que contribuyan a un comportamiento responsable y la igualdad de trato de mujeres y niñas.

Se estima que unos quince millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año, lo que representa hasta un quinto de todos los nacimientos en todo el mundo. Y cada año, uno de cada veinte adolescentes contrae una enfermedad de transmisión sexual.

Como resultado de las experiencias con mujeres obligadas a desplazarse por conflictos, o catástrofes, se detectó la necesidad de proveerlas al acceso a la anticoncepción de emergencia (AE), no solo como un derecho, sino también como una necesidad para garantizar la salud reproductiva. En situaciones de guerras, conflictos armados o desplazamientos provocados por catástrofes o hambrunas, la imposibilidad de acceder a la anticoncepción de emergencia puede considerarse como una privación del derecho a la salud reproductiva, tal y como lo reconocen diversos convenios y conferencias internacionales, ya que estas mujeres pueden tener que enfrentarse a embarazos no deseados y como consecuencia de la situación en la que se encuentren sufrir secuelas o morir debido a complicaciones durante el embarazo o el parto.

La elevada mortalidad materna es una realidad en estas situaciones, en las que dar a luz, por ejemplo, es una práctica de riesgo o peligro para la salud. También hay que tener en cuenta los casos de embarazos no deseados, o incluso como resultado de violaciones, que son frecuentes en situaciones de conflicto. En Sierra Leona un nueve por ciento de las mujeres desplazadas como consecuencia de la guerra fueron violadas. En Tanzania se registró el estremecedor dato de que un veintiocho por ciento de las refugiadas de Burundi en ese país en edad reproductiva habían sido violadas⁽⁸⁾.

Las mujeres desplazadas también son víctimas de otro tipo de abuso sexista o explotación sexual, cuando se les pide relaciones sexuales a cambio de seguridad, alimento, manutención para sus familias, etc.

Por estas razones en el Proyecto ESFERA se diseñó, en 2004, el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM), que desarrolla los elementos que tienen

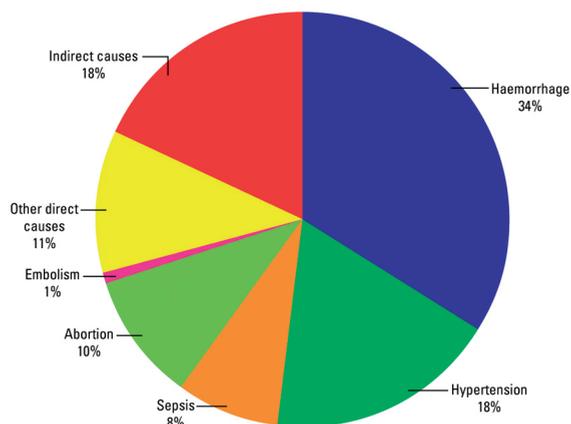
⁽⁸⁾ *Anticoncepción de emergencia en zonas de Conflicto. Reproductive Health Response in Conflict Consortium.*

que implementarse para garantizar las necesidades en salud reproductiva en los primeros momentos de crisis humanitarias, entre ellos la formación del personal desplazado a la zona y la información para las refugiadas y desplazadas, incidiendo en el colectivo más vulnerable, que es el de las adolescentes, principales víctimas de la explotación y la violencia sexual.⁽⁹⁾ (Ver figura 7.2)

Figura 7-2. Causas de mortalidad materna

Most maternal deaths are from causes that can be prevented or treated

Global distribution of causes of maternal death, 1997–2007



Source: WHO, Systematic Review of Causes of Maternal Death (preliminary data), 2010.

Fuente: OMS.

Se puede afirmar sin ser exagerado, que el embarazo es una práctica de riesgo para la salud en muchos países, especialmente si hablamos de países sumidos en un conflicto armado.

Por ejemplo, de los diez países del mundo donde mueren más mujeres durante un parto, cinco están en situación de guerra o conflicto, o acaban de salir de una guerra civil.

- *Afganistán (1.400 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos)*

Este es el lugar más mortífero del mundo para dar a luz de entre 164 países analizados por Save the Children⁽¹⁰⁾. El terreno accidentado en Afganistán, el clima extremo y la falta de caminos significa que muchas mujeres del medio rural simplemente no puede llegar a los centros de salud, especialmente en invierno, cuando las inundaciones y los aludes son comunes. Con poco dinero, incluso para lo básico, donde la gasolina es un lujo, muchas mujeres embarazadas se ven obligadas a desplazarse en burros para llegar a un hospital, en

⁽⁹⁾ <http://www.sphereproject.org/>

⁽¹⁰⁾ Informe sobre el Estado Mundial de las Madres 2011. Save the Children. 2011.

muchas ocasiones acaban dando a luz por el camino y muchas veces pierden la vida por complicaciones durante el parto.

La situación de conflicto bélico que sufre el país desde hace décadas, con zonas no seguras, militarizadas o con presencia de guerrillas, no ha ayudado a mejorar la situación, sino a empeorarla.

Alrededor de cincuenta mujeres mueren al dar a luz cada día en Afganistán. Una de cada tres sufre abusos físicos o sexuales y la esperanza media de vida de las mujeres es de 44 años.

- *Iraq*

Si bien el 72% de los partos son atendidos por personal sanitario, la mortalidad materna alcanzó la cifra de 250 por cada 100.000 y la mortalidad neonatal fue 60 por cada 1.000 neonatos.

- *Haití*

En Haití, país de una altísima conflictividad interna y con cifras de pobreza sumamente altas, la mortalidad materna alcanza la tasa de 680 x 100.000 nacimientos vivos, datos que empeoraron considerablemente tras el terremoto que asoló el país.

- *Chad (1.200 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos)*

Este país de África central solo tiene una matrona por cada 100.000 personas. Una niña que crece en el Chad hoy tiene casi las mismas probabilidades de morir durante el parto que de asistir a la escuela secundaria. Debido a la inestabilidad política y la corrupción, ha habido poca inversión en el servicio de salud. En algunos hospitales las mujeres se ven obligadas a dar a luz sobre un suelo de tierra. La continua inestabilidad política, provocada por la presencia de distintas facciones armadas contra el Gobierno, no ha permitido el desarrollo de uno de los países más pobres y más corruptos del mundo.

- *Somalia (1.200 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos)*

Este país del Cuerno de África ha sido devastado por la guerra civil durante los últimos quince años y prácticamente no existen los servicios de salud, y sufre graves sequías y hambrunas. Uno de cada diez niños muere antes de cumplir un año. Muchas mujeres tienen que viajar por el desierto en camello para llegar a las clínicas. La hambruna que ha devastado el país desde el verano de 2011, unido a la falta de control de buena parte del país, en manos de los señores de

la guerra, y la falta total de seguridad para el desplazamiento inciden negativamente en la salud materno-infantil.

- *Liberia (990 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos)*

Este país de África occidental tiene altas tasas de mortalidad materna. La situación se agrava con la reciente afluencia de refugiados que huyen de la violencia en Costa de Marfil (más de 100.000 personas, en su mayoría mujeres y niños), lo que ha sobrecargado aún más los servicios de salud. Los refugiados caminan durante días para cruzar la frontera. Muchas mujeres embarazadas se ven obligadas a dar a luz durante el viaje.

- *Sierra Leona (970 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos)*

Una de cada ocho mujeres sufre el riesgo de morir durante el embarazo o el parto. Cada año 536.000 mujeres mueren, la mayoría por hemorragias e infecciones. Las mujeres mueren en sus casas y otras en su camino al hospital, en taxis, en moto o a pie. Con acceso a un trabajador de salud capacitado, el 75 por ciento de estas mujeres podrían salvarse. Las estructuras del país quedaron gravemente afectadas por la guerra civil que sufrió el país durante años. Hay zonas del país donde aún permanecen grupos o milicias armadas, lo que repercute en la inseguridad.

■ Mayor incidencia de VIH/SIDA

Las violaciones y abusos sexuales y el no respeto a los derechos de las mujeres durante el transcurso de muchos conflictos tienen mucho que ver con la extensión de ciertas enfermedades en muchos países: la extensión del VPH, que puede derivar el cáncer, o del VIH/SIDA, no son ajenos a este fenómeno.

En Bosnia y Herzegovina, la República Democrática del Congo, Liberia y Ruanda, las violaciones como arma de guerra han contribuido a la extensión del VIH/SIDA. En un estudio realizado entre mujeres violadas en Ruanda se obtuvo como resultado que el 17% de las mujeres que habían sido violadas dieron positivo en la prueba de VIH/SIDA, frente al 11% de las mujeres que no habían sido violadas⁽¹⁾.

En un estudio similar se concluyó que el 66% de las mujeres violadas en Ruanda durante la guerra civil eran seropositivas.

También son especialmente vulnerables al cáncer de cuello de útero, directamente relacionado con el virus del papiloma humano, y al VIH/SIDA. De hecho, el 80% de las mujeres que viven con VIH/SIDA están en África Sub-

⁽¹⁾ HALPERIN, D. «Old Ways and New Spread AIDS in Africa», *San Francisco Chronicle*, Nov. 30, p. A-31, 2000

sahariana, región que concentra la mayor pobreza, la menor disponibilidad de recursos sanitarios y el mayor número de conflictos armados del mundo. Además, en África, las mujeres con VIH/SIDA son mayoría sobre los hombres: el 55% frente al 45%.

En el sur, este y centro de África del 20% al 30% de las mujeres embarazadas viven con el VIH/SIDA, y la transmisión de la infección a sus hijos puede alcanzar hasta el 40%.(Ver figura 7.3)

Figura 7-3. Mapa representativo de la incidencia del SIDA por continentes



Fuente: Otro mundo es posible.

La propagación del VIH/SIDA es mucho más rápida en contextos de pobreza, inestabilidad social y sistemas de salud débiles, y estos elementos aparecen de forma más extrema en las situaciones de conflicto. Las pautas y mecanismos de transmisión de la enfermedad en los contextos de emergencia no son los mismos que en situaciones estables, ya que la dinámica de la epidemia queda alterada por factores socioeconómicos, sexuales, culturales y sanitarios⁽¹²⁾. En estas situaciones, el abuso sexual y la violencia es un factor determinante para la extensión del VIH/SIDA

La violación es utilizada con frecuencia por los militares o paramilitares como método para perseguir y atemorizar a la población o para obligarla a abandonar algunas áreas. Mozambique, Ruanda, Kosovo o Sierra Leona han experimentado conflictos en los que se ha utilizado la violencia sexual como un arma de guerra más. Se calcula que en los primeros cinco años de la guerra de Liberia casi la mitad de las mujeres y niñas sufrieron abusos físicos o sexuales⁽¹³⁾.

⁽¹²⁾ KHAW, Adrian J., et al. «HIV risk and prevention in emergency-affected populations: A Review». *Disasters*, n.º 24 (3), 2000.

⁽¹³⁾ BAUER J. Bauer. Report on United Nations Comisión on Human Rights, 1998

En Bosnia fueron violadas entre 30.000 y 40.000 mujeres y, en el éxodo que protagonizaron los vietnamitas a través del mar a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, se calcula que el 39% de las mujeres fueron raptadas o secuestradas, en su mayoría por piratas.

Los campos de refugiados no suelen ser un lugar seguro para las mujeres porque su localización facilita el acceso a los refugiados, a los militares y a los policías. Las mujeres y las niñas están en una situación de extrema vulnerabilidad en estos lugares, como se demostró en los campos de refugiados en Tanzania tras el genocidio de Ruanda. Los jóvenes *hutus* se introdujeron sistemáticamente en los campos para violar a mujeres y niñas, amparados en un deseo de reemplazar y aumentar la población de su etnia. El 80% de las 2.000 mujeres que se hicieron pruebas voluntarias de VIH eran seropositivas⁽¹⁴⁾.

Todas las investigaciones recientes han puesto de manifiesto que las mujeres y las adolescentes están en una situación de mayor riesgo que los hombres, debido a sus desventajas socioeconómicas, a su mayor exposición a la violencia y a que el sexo se convierte en moneda de cambio para tratar de mejorar las condiciones de vida.

- *Militares y policías*

El papel de estos grupos de población en la expansión del VIH es complejo y no se reduce a ser transmisores de la enfermedad; también son víctimas de ella. La guerra o los conflictos les sitúan en una posición de extrema vulnerabilidad al contagio y, a su vez, de vector de transmisión.

Los estudios han demostrado que la presencia de enfermedades de transmisión sexual entre la población militar es entre dos y cinco veces mayor que la existente entre la población civil, y lo mismo se puede decir del sida⁽¹⁵⁾.

En estas condiciones, el riesgo de contagio de VIH a través de las relaciones sexuales es especialmente alto, ya que son frecuentes las lesiones genitales. Uganda fue el primer país en el que se consiguió demostrar estadísticamente la relación entre el incremento de la tasa de seroprevalencia y la población militar. La geografía de la expansión del sida coincidía con la localización del Ejército Ugandés de Liberación Nacional, tras la guerra civil. La expansión del VIH-1 en la década de los ochenta y el consiguiente desarrollo del sida a partir de los noventa presentaban una asombrosa correlación con el reclutamiento y movilización del Ejército⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁴⁾ MUJAWAYO, E. y BLEWITT, Mary K. «Sexual violence against women: Experiences from AVEGA's work in Kigali», documento presentado en el seminario *Silent Emergency*, Londres, 1999.

⁽¹⁵⁾ Según el estudio en Angola de SANTOS-FERREIRA, M. O. «A Study of Seroprevalence of HIV-1 and HIV-2 in Six Provinces of People's Republic of Angola: Clues to the Spread of HIV Infection». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, n.º 3, 1990.

⁽¹⁶⁾ SMALLMAN-RAYNOR, M. R. y CLIFF, A. D. «Civil war and the spread of AIDS in Central Africa», *Epidemiol. Infect.*, n.º 107, 1991.

Este fue un estudio pionero y sus conclusiones han servido de guía para el control de la expansión del VIH en los países africanos que han sufrido conflictos o guerras civiles posteriormente.

Las guerras fuerzan a los hombres a abandonar a sus familias para incorporarse a la lucha, a desplazarse lejos en busca de recursos económicos con los que sostener su hogar, o son llevados como rehenes y prisioneros. En cualquiera de los casos desaparecen del núcleo familiar, lo que les lleva a buscar compañía junto a las prostitutas y a frecuentar hostales y tabernas. Además, las fuerzas militares o guerrilleras que protagonizan los conflictos en África son varones con una media de edad muy baja y poco preparados, desde el punto de vista técnico y personal, para hacer frente a la presión de la guerra. El sexo se percibe como la única vía para calmar la ansiedad y buscar compañía. Cuentan, además, con recursos económicos para poder comprar y acceder al intercambio sexual.

En períodos de paz, el porcentaje de VIH entre la población militar es de dos a cinco veces superior al de la población civil, aunque la diferencia se dispara en los momentos de conflicto. Según el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la tasa de seroprevalencia entre las fuerzas nigerianas de paz que fueron enviadas a Sierra Leona y Liberia era del 11%, comparada con el 5% de la población adulta civil. Un estudio del Gobierno de Etiopía entre los militares demostró que el 5,5% de las personas que se realizaron una prueba eran seropositivas. En el año 2000, entre el 60% y el 70% de la población militar de Suráfrica tenía VIH. En Namibia, una muestra realizada por el servicio de transfusiones entre 127 militares, que habían permanecido acuartelados en Owambo entre agosto de 1992 y febrero de 1993, arrojó una media de prevalencia del VIH-1 de 17,2%⁽¹⁷⁾.

- *La respuesta*

Tanto ACNUR, con su dilatada experiencia en cuestiones de refugiados, como ONUSIDA, con un amplio conocimiento en el VIH, saben atender de forma inmediata situaciones de emergencia y han desarrollado recomendaciones básicas para abordar la prevención del contagio por VIH/SIDA, desde los primeros momentos de la crisis. Se trata del llamado Paquete Mínimo de Servicios Primarios (Minimal Initial Services Package, MISP) que incluye los tratamientos de atención primaria relacionados con la transmisión de la enfermedad y el control de la sangre para las transfusiones.

Hasta hace poco, la atención preventiva inmediata se había centrado en la población de los campos de refugiados, pero hay un alto porcentaje de desplazados que no van a los asentamientos creados por los organismos internacionales, sino que solicitan refugio entre la población civil. En estos casos se complica la

⁽¹⁷⁾ WEBB, Douglas. *AIDS and the military: The case of Namibia*, informe presentado en la Conferencia sobre sida de Marrakech, 1993.

puesta en marcha del MISP, lo que obliga a desarrollar una serie de estrategias innovadoras y diferentes⁽¹⁸⁾.

El riesgo de los refugiados y desplazados de contraer VIH depende de una serie de factores como:

1. La madurez de la epidemia.
2. La seroprevalencia relativa del VIH entre la población refugiada y receptora.
3. La prevalencia de otra ETS que puede facilitar la transmisión.
4. El grado de intercambio sexual entre las dos comunidades.
5. La presencia de factores de riesgos concreto como las violaciones sistemáticas, por los militares o paramilitares, o el comercio sexual.
6. El nivel y calidad de los sistemas de prevención del VIH.

El mayor problema es que la epidemia no es una cuestión meramente sanitaria. Se requiere una aproximación multisectorial que incluya educación, seguridad, establecimiento de servicios comunitarios y asistencia psicológica. ONUSIDA y ACNUR distinguen varios niveles de emergencia para abordar la organización de la ayuda y asistencia en situaciones de conflicto o de desastre natural. Este tipo de acontecimientos son dinámicos y cambiantes, por lo que las agencias deben tener flexibilidad y asegurar su coordinación.

Hay una serie de estrategias básicas que pueden contribuir a detener la expansión del contagio por VIH/SIDA en situaciones de emergencia⁽¹⁹⁾:

- Reducir la probabilidad de transmisión de las ETS, incluido el VIH.
- Las acciones más urgentes son la educación y la distribución de preservativos, así como el tratamiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual.
- Asegurarse de que hay reservas de sangre y de productos sanguíneos con garantías y utilizar siempre equipamiento esterilizado. Este es un procedimiento de vital importancia en el tratamiento de heridas sangrantes o con tejidos abiertos.
- Facilitar el acceso al agua potable a todos los miembros de la comunidad, especialmente a los que tienen un débil sistema inmune. Si esto no es posible, hay que enseñar los métodos para purificar el agua.
- Mantener rigurosas normas sanitarias al manipular los alimentos.
- Conocer a las personas que reciben tratamientos con antirretrovirales y preparar una lista de los medicamentos necesarios para que no se produzca una interrupción del tratamiento.

⁽¹⁸⁾ KHAW, Adrian J., *et. al.*, *op. cit.*, pp. 190-191.

⁽¹⁹⁾ La sistematización corresponde a MAZIN, Rafael. «The basic strategies to prevent the spread of IV/AIDS and STIs during and emergency situation». *WHO Health in Emergencies*, n.º 7, 2000.

- Almacenar medicinas para el tratamiento de infecciones como neumonía, tuberculosis o gastrointestinales.
- Evitar, siempre que sea posible, la concentración y aglomeración de la población.

■ Tasas más altas de cáncer

El ochenta por ciento de los 3,7 millones de muertes por cáncer anuales de todo tipo se producen en países en desarrollo.

El cáncer de mama sigue siendo mal entendido, infradiagnosticado y mortal, especialmente en los países en desarrollo, dicen los investigadores que, a pesar de que se realizan más de un millón de diagnósticos anuales oficiales, casi medio millón de muertes son registradas anualmente. En los países con menos recursos las mujeres son diagnosticadas en estadíos avanzados de la enfermedad, y no tienen acceso a tratamientos paliativos.

Esto es especialmente grave en situaciones de conflicto, que han provocado la destrucción de las estructuras de salud o el desplazamiento del personal sanitario a zonas «seguras», dejando amplias áreas en muchos países no sólo sin personal médico o sanitario especialista, sino sin personal médico de ningún tipo.

En Ruanda las mujeres llegan a los hospitales después de haber acudido a centros de salud mal equipados, ya con estadíos avanzados de cáncer. De hecho, se calcula que entre el 70 y el 80 por ciento de los casos se diagnostican en fases muy avanzadas en sectores de la población de medianos o bajos ingresos.

Aunque se estima que ocho de cada diez casos de cáncer en todo el mundo se diagnostican en los países más pobres, muchos de ellos inmersos o recién salidos de conflictos armados, la investigación solo atrae a un cinco por ciento de la financiación global del cáncer, de acuerdo con el Grupo de Trabajo Mundial sobre el acceso ampliado a la Atención y Control del Cáncer.

Respecto del cáncer de cuello de útero, se trata, por su frecuencia, del segundo tipo de cáncer que afecta a más mujeres en el mundo: aproximadamente medio millón cada año, de las cuales más de la mitad acaban falleciendo.

■ VÍCTIMA DE UNA MAYOR CARGA DE VIOLENCIA

■ Violación como arma de guerra

En conflictos como el de ex-Yugoslavia, Congo, Sierra Leona o Liberia, las mujeres han sido violadas como parte de la estrategia de guerra de las partes en conflicto. Las niñas son, también, esclavizadas para ser utilizadas sexualmente por grupos militares o paramilitares. Solo durante la guerra de ex-Yugoslavia

la Comisión Warburton (1993) calculó el número de víctimas en 20.000, mientras algunas ONG elevaban esta cifra a 50.000⁽²⁰⁾.

La violación masiva de mujeres de la población enemiga sigue siendo una de las armas de guerra más usadas. En los conflictos de la ex-Yugoslavia, Congo, Sierra Leona, o Liberia, la violación formaba parte de una estrategia deliberada para aterrorizar a comunidades enteras.

Aproximadamente de 50.000 a 64.000 mujeres desplazadas internamente en Sierra Leona informaron haber sido víctimas de violencia sexual por parte de los combatientes armados. Y la mitad de las mujeres desplazadas internamente que tuvieron contacto cara a cara con los combatientes informaron haber sufrido violencia sexual.

- El 25% de las mujeres azerbaiyanas entrevistadas en el año 2000 por los centros de control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos reconocieron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales.
- Las poblaciones azerbaiyanas desplazadas internamente eran las que corrían los mayores riesgos.
- De acuerdo con una encuesta del Gobierno realizada en el año 1999, el 37% de las prostitutas de Sierra Leona eran menores de 15 años, de las cuales un 80% estaban solas o eran niñas desplazadas por la guerra.
- La mayoría de las mujeres *tutsi* en el genocidio de Ruanda de 1994 sufrieron algún tipo de violencia de género, y se estima que entre 250.000 y 500.000 de ellas fueron víctimas de violación.
- Se estima que entre 20.000 y 50.000 mujeres fueron víctimas de violación durante la guerra de Bosnia y Herzegovina a principios de los años noventa.
- Tras desastres naturales, los informes de campo sobre los efectos sociales incluyen distintos tipos de violencia, como en este relato de una inundación en Australia:

«Las relaciones humanas quedaron expuestas, y las fortalezas y debilidades se pusieron de repente en evidencia. En consecuencia, las mujeres socialmente aisladas quedaron más aisladas, la violencia doméstica aumentó y la esencia de las relaciones familiares, conyugales y de amistad quedó desprotegida».

También se notó una mayor violencia contra la mujer en los informes de las Filipinas, después de la erupción del volcán del Monte Pinatubo; de América Central y del Norte, después del huracán Mitch, y de varios países, después del tsunami del año 2004⁽²¹⁾.

⁽²⁰⁾ Informe de la Comisión Bassiouni, presentado en mayo de 1994.

⁽²¹⁾ Fuente: Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias: Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia. Comité Permanente entre Organismos, 2005.

La violencia sexual relacionada con los conflictos o la guerra tiene, en este ámbito, una incidencia muy importante en la salud de las mujeres y las niñas de estos países. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud⁽²²⁾:

- Entre el 7% y el 36% de las niñas son víctimas de abuso sexual.
- Más del 46% de mujeres jóvenes son víctimas de violación.
- Entre el 12% y el 25% de las mujeres sufren violaciones por parte de sus parejas.

Entre las causas de esta violencia contra las mujeres en países en conflicto cabe destacar las relaciones de poder entre mujeres y hombres, expresada en la sumisión de las mujeres por razones culturales o por temor a ser asesinadas cuando los ataques son llevados a cabo por miembros de milicias o ejércitos, derivadas de la falta de medios para vivir (inequidad en el acceso a los recursos) que obliga a muchas mujeres y niñas a someterse o comerciar sexualmente para obtener alimentos.

La vulnerabilidad de las mujeres en los conflictos armados tiene que ver también con la desintegración de las familias y con la dificultad del acceso a los servicios de salud o a los medicamentos.

Según un estudio publicado en el *American Journal of Public Health* en 2011, sólo en Congo cada día son violadas 1.100 mujeres. Los resultados de este estudio se centraron en el período 2006-2007 y recogió datos sobre violaciones y agresiones sexuales cometidas contra más de 400.000 mujeres, de entre 15 y 49 años. El propio estudio reconoce que las cifras podrían ser peores, ya que no están documentadas las violaciones cometidas sobre niñas menores de 15 años o mayores de 49⁽²³⁾.

La Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) presentó en 2010 un informe que documentaba la violación de 5.500 mujeres en ese año en la provincia de Kivu, y advertía que esa cifra se refería sólo a casos denunciados, por lo que la cifra podría ser aún mayor.

El informe de OCHA señala que el 90% de las violaciones son cometidas por grupos armados, tanto fuerzas regulares del Ejército como milicias o desmovilizados. Las víctimas nunca son atacadas, es decir, que siempre están acompañadas de otras víctimas y de decenas de testigos, debido a que en general pertenecen a una misma comunidad, ya sea un pueblo o una etnia. El objetivo es, en esta situación, asestar un fuerte golpe físico y psicológico a determinado

⁽²²⁾ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para África.

⁽²³⁾ PETERMAN, A.; PALERMO, T. y BREDENKAMP, C. «Estimates and Determinants of Sexual Violence Against Women in the Democratic Republic of Congo». *American Journal of Public Health*, June 2011, vol. 101, n.º 6, pp. 1060-1067.

grupo para que se someta a la jerarquía de determinada guerrilla o bien como venganza contra una comunidad o gobierno rival.

Afortunadamente, recientes avances del Derecho internacional han reforzado los instrumentos legales para combatir las formas de tortura dirigidas específicamente contra las mujeres en los conflictos armados. Así, los Tribunales Penales Internacionales para la ex-Yugoslavia y para Ruanda han emitido varios fallos que han sido de crucial importancia en la lucha por poner fin a la impunidad por estos actos. También lo ha sido el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, que otorga a la Corte jurisdicción sobre los crímenes de guerra de violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada y otras formas de violencia sexual cometidas en el contexto de las guerras, y que, según el Estatuto, pueden también constituir crímenes contra la humanidad.

Un año después de alcanzar la paz, Sierra Leona firmó con las Naciones Unidas un acuerdo «histórico» para la creación de un tribunal especial que juzgará los crímenes cometidos durante los diez años de guerra civil, en la que unas 200.000 personas han perdido la vida y miles han sido mutiladas, la mayoría de ellas por los rebeldes del Frente Unido Revolucionario (FRU).

Esta guerra destacó también por la violencia contra la población femenina: Amnistía Internacional denunció que la violación, la esclavitud sexual y otras formas de violencia contra las mujeres y las niñas fueron prácticas generalizadas. Prácticamente todas las mujeres y niñas que por millares fueron secuestradas por las fuerzas rebeldes fueron violadas y obligadas a servir como esclavas sexuales.

Ante este panorama desolador ONU Mujeres propuso dieciséis pasos para poner fin a la violencia contra las mujeres como parte de su Agenda Política. Se trata de una serie de puntos cuyo cumplimiento contribuiría de forma notable al fin de esta lacra.

1. Ratificar los tratados internacionales y regionales que protegen los derechos de las mujeres y de las niñas, y garantizar que las leyes y los servicios nacionales observen las normas internacionales en materia de derechos humanos.
2. Adoptar y cumplir las leyes para poner fin a la impunidad, juzgar a los culpables de violencia contra las mujeres y las niñas y otorgar reparaciones y soluciones a las mujeres por las violaciones de que fueron víctimas.
3. Crear planes nacionales y locales de acción para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas en todos los países, que logren reunir al Gobierno, a las organizaciones de mujeres y a otras organizaciones de la sociedad civil,

- a los medios de comunicación y al sector privado en un frente coordinado y colectivo que luche contra dichas violaciones de los derechos humanos.
4. Hacer que la justicia sea accesible para las mujeres y las niñas brindándoles servicios jurídicos y especializados gratuitos, y aumentando la cantidad de mujeres en los cuerpos de policía y en los principales servicios.
 5. Poner fin a la impunidad frente a la violencia sexual en los conflictos juzgando a los culpables en contextos de conflicto y de posconflicto y respetando el derecho de las supervivientes a los programas globales de reparaciones que no creen estigmatización y que tengan un impacto de transformación sobre la vida de las mujeres y de las niñas.
 6. Garantizar el acceso universal a los servicios esenciales siendo, como mínimo, las necesidades urgentes e inmediatas de las mujeres y de las niñas atendidas mediante líneas de emergencia gratuitas que trabajen las 24 horas, contando con intervenciones rápidas para su seguridad y protección, con viviendas y refugios seguros para ellas y sus hijos, con un seguimiento y apoyo psicosocial, con cuidados posviolación y con una ayuda jurídica gratuita para que comprendan sus derechos y opciones.
 7. Brindar formación a aquellos que trabajan en los servicios esenciales, especialmente la Policía, los abogados y los jueces, los trabajadores sociales y el personal de salud, de modo que se garantice el cumplimiento de normas y protocolos de calidad. Los servicios tienen que ser confidenciales, sensibles y adecuados a las mujeres supervivientes.
 8. Otorgar recursos públicos adecuados para ejecutar las leyes y políticas existentes, reconociendo el costo y las consecuencias devastadoras de la violencia contra las mujeres, no solo por las vidas que han sido directamente afectadas, sino para la sociedad y la economía en general, así como en relación a los presupuestos públicos.
 9. Recopilar, analizar y difundir la información nacional en materia de la prevalencia, las causas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres y las niñas, de los perfiles de las supervivientes y de los culpables y de los progresos y carencias en la implementación de las políticas, los planes y las leyes nacionales.
 10. Invertir en la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres para enfrentar las causas de base de la violencia contra las mujeres y las niñas. Las áreas estratégicas son la educación secundaria de las niñas, el hacer avanzar la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, el atender las relaciones internas de la violencia con el VIH y el sida, y el aumentar la participación y el liderazgo político y económico de las mujeres. La igualdad entre los géneros y la erradicación de la violencia contra las mujeres deben situarse firmemente en el centro del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
 11. Mejorar la autonomía económica de las mujeres garantizando los derechos de estas a poseer tierras y propiedades, a la herencia, a una paga igual por un trabajo igual, y a un empleo seguro y decente. Las oportunidades eco-
-

- nómicas y laborales desiguales en detrimento de las mujeres son un factor primordial que perpetúa su permanencia en situaciones de violencia, explotación y abuso.
12. Aumentar la conciencia pública y la movilización social para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas, y para permitir a las mujeres y a las niñas que son víctimas de violencia romper el silencio y buscar justicia y apoyo.
 13. Involucrar a los medios de comunicación de masas en la creación de una opinión pública y en poner en tela de juicio las normas de género perjudiciales que perpetúan la violencia contra las mujeres y las niñas.
 14. Trabajar para y con los jóvenes en tanto que defensores del cambio para poner fin a la violencia contra las mujeres y garantizar que el sistema educativo empodere a las niñas y a los niños de modo de transformar y establecer relaciones de género basadas en la armonía, el respeto mutuo y la no violencia.
 15. Movilizar a los hombres y a los niños de todas las edades y de todos los estratos sociales para que se manifiesten en contra de la violencia contra las mujeres y las niñas, de modo que alienten la igualdad y la solidaridad entre los géneros.
 16. Realizar una donación al Fondo Fiduciario de la ONU para poner fin a la violencia contra las mujeres que es el único fondo de subsidios en el mundo dedicado exclusivamente a canalizar las experiencias y el apoyo financiero a los esfuerzos nacionales, locales y comunitarios de erradicación de la violencia contra las mujeres.

■ Niñas soldado y esclavas sexuales

Los estudios llevados a cabo por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) demostraron que el 75% de las mujeres y niñas de Sierra Leona fueron víctimas de abusos sexuales, mientras que otros cálculos elevan la cifra al 90%. Además, en algunos casos se las obligó a convertirse en compañeras sexuales o «esposas» de un solo combatiente, mientras que en otros han sufrido el abuso de varios combatientes. Aparte de la brutalidad y del trauma provocado por la propia violación, las agresiones sexuales llegaban a provocar graves daños físicos, embarazos forzados, enfermedades como el VIH/SIDA e incluso la muerte.

En este sentido Human Rights Watch presentó el informe, *Te mataremos si lloras: Violencia sexual en el conflicto de Sierra Leona*, que presenta evidencias de los abusos cometidos contra mujeres de todas las edades. El Informe está basado en cientos de entrevistas con víctimas, testigos y oficiales, y detalla los crímenes de violencia sexual cometidos, sobre todo, por miembros de las fuerzas rebeldes (FRU, AFRC –Armed Forces Revolutionary Council– y los West Side Boys); pero también los cometidos por las Fuerzas Armadas gubernamentales.

Human Rights Watch recordó, además, la escasez de programas de asistencia y rehabilitación de las víctimas de esta violencia.

Otro aspecto especialmente negativo es la utilización de niños soldado, con un componente aún más grave para las niñas.

A finales de noviembre de 2011, Somalia y la República Centroafricana se convirtieron en los últimos países comprometidos a poner fin a la utilización de niños soldado, considerado «esperanzador» por Naciones Unidas, aunque en ambos países la situación de inestabilidad deja un poso de dudas sobre si se llevará a cabo. En Somalia todas las partes del conflicto han reclutado niños a lo largo de muchos años. Las organizaciones que trabajan con niños en Somalia calculan en 2.000 o 3.000 los niños en poder de los diferentes grupos armados. UNICEF calcula que el número de niños soldado en los más de 30 conflictos armados que hay en el mundo podrían ser 300.000.

Las niñas, especialmente las huérfanas, son especialmente vulnerables porque a menudo son explotadas sexualmente, violadas o maltratadas, u obligadas a ser «esposas» de otros combatientes, lo que puede provocar traumas físicos y psicológicos, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (incluido VIH/SIDA) y la estigmatización social.

Las niñas son utilizadas principalmente por los grupos de oposición armados, los paramilitares y las milicias, pero también por las fuerzas del Gobierno, según informes de la ONU. Las estimaciones sugieren que en todo el mundo las niñas pueden representar entre un 10% y un 30% de los niños en las fuerzas combatientes.

Las niñas desmovilizadas son a menudo estigmatizadas y condenadas al ostracismo por sus comunidades, sobre todo si regresan con hijos. Las niñas soldado son explotadas igual que los niños pero hay que añadir, a su explotación, la violencia de género.

Las niñas, además, son excluidas de los programas de desmovilización oficial, que incluyen la repatriación, el reasentamiento o la reintegración, a pesar de su problemática especial.

Por ejemplo, en Liberia fueron desmovilizadas unas 3.000 niñas soldado, mientras que otras 8.000 fueron excluidas o no quedaron registradas. En la República Democrática del Congo se calcula que solo el 15% de las chicas involucradas en el conflicto fueron desmovilizadas oficialmente. Para las chicas que no pasan por los programas oficiales, no hay apoyo oficial.

El reclutamiento militar no sólo es perjudicial para los propios niños, sino para la sociedad en su conjunto. Supone años de escolarización perdidos, lo que reduce el potencial de las sociedades. El sistema educativo se ve dañado,

además, por la destrucción de escuelas. La ONU informó en 2010 que este tipo de ataques se están convirtiendo en un hecho significativo, y en alza.

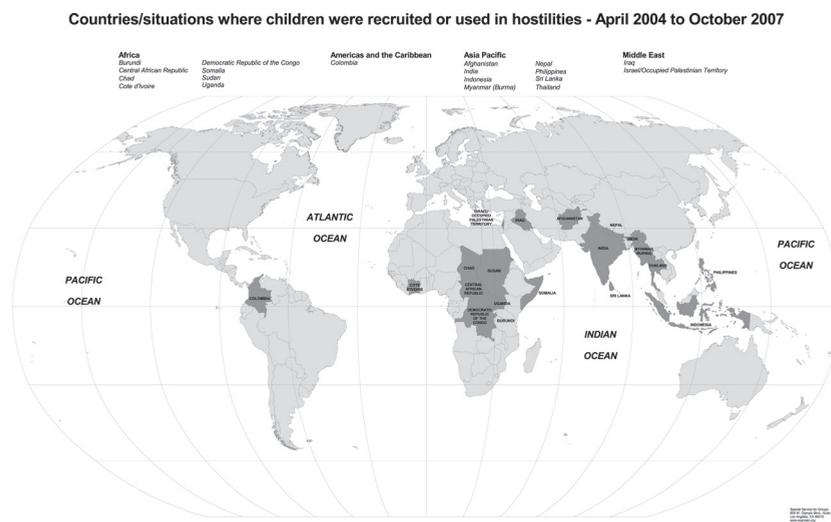
Aunque los niños soldado han cometido y siguen cometiendo algunos crímenes terribles en tiempos de guerra, todavía tienen derecho, como niños que son, a una protección especial.

No existe un consenso internacional sobre la edad legal mínima de responsabilidad penal. El Tribunal Penal Internacional, en su artículo 26, impide el enjuiciamiento de personas menores de 18 años, pero no porque crea que los niños deberían estar exentos de la persecución de crímenes internacionales, sino porque la decisión sobre si se debe procesar o no a un menor de 18 años debe corresponder a los Estados.

Lo que está claro es que cuando los niños han sido utilizados como instrumento de brutalidad y barbarie la sociedad entera debe participar en su rehabilitación y reintegración, porque es la sociedad entera la que es responsable.

Según Amnistía Internacional, los siguientes países siguen reclutando niños y niñas soldado: Afganistán, Angola, Burundi, Camboya, Colombia, Filipinas, Guatemala, Guinea Bissau, Honduras, Irlanda del Norte, Kosovo, Liberia, Mozambique, Birmania, Nepal, Nicaragua, República Democrática del Congo, Chechenia, el Salvador, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, Sudán y Uganda (ver figura 7-4).

Figura 7-4. Mapa con países donde se reclutan niños y niñas soldado



Fuente: Save the Children.

■ Prostitución

El sexo en situaciones de conflicto se convierte en muchas ocasiones en una estrategia de supervivencia. Los hombres abandonan voluntariamente o por coerción a sus familias para incorporarse al Ejército, lo que supone que las mujeres se quedan a cargo del sostenimiento económico de la casa. La falta de preparación educativa y la vulnerabilidad económica convierten a mujeres y niñas en presa fácil del comercio sexual, para poder sostener a sus familias.

En la misma dirección operan las catástrofes naturales, que destruyen los medios habituales para el sostenimiento económico y familiar. El ciclón que azotó la región india de Orisa, en octubre de 1999, destruyó los campos de cultivo y causó la muerte de 800.000 cabezas de ganado, algo parecido a lo que había provocado el paso del huracán Mitch en Honduras un año antes. En estas circunstancias, la población depende de la ayuda nacional o internacional para sobrevivir o del dinero que puedan obtener por distintos medios.

La prostitución puede convertirse en una forma de obtener comida o bienes primarios, ya que, además, suele haber largas colas para la distribución de las ayudas y muchas mujeres a cargo de hijos pequeños simplemente no pueden hacerlas.

El comercio sexual emerge en torno a los núcleos de asentamiento de refugiados o desplazados, como ha demostrado un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1999, en el este y el norte de Sudán, el 27% de las madres solteras habían entrado a formar parte de las redes del comercio sexual para poder mantener a su familia y sus hijos. En los campos de Tanzania, el 25% de los adultos había mantenido relaciones sexuales con una nueva pareja desde su llegada al lugar.

En los bares cercanos a los campos de refugiados prolifera el comercio sexual sin protección, unido al consumo de alcohol y a otro tipo de prácticas de riesgo.

Los campos de refugiados son, además, una especie de «tierra de nadie» en la que los países receptores no se sienten comprometidos a establecer programas de control del sida. Sin embargo, los esfuerzos preventivos a nivel local han dado resultados positivos y podrían ser extrapolados a las zonas de conflicto en las que prolifera la prostitución.

En Abidjan (Costa de Marfil) la prevalencia del VIH entre las profesionales del sexo que acudieron a un dispensario se redujo del 89% al 32% entre 1991-

1998. El uso del preservativo había aumentado del 20% al 78% en el mismo período.

La desintegración de la comunidad y la ruptura de los lazos familiares es una experiencia traumática, especialmente para las jóvenes y adolescentes que sin protección, guía ni apoyo de los adultos se incorporan o buscan otra unidad social para integrarse, lo que puede precipitar el inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas.

Las poblaciones desplazadas suelen incluir un número proporcionalmente muy grande de jóvenes sin compañía, sobre todo mujeres.

Según los datos de ACNUR, alrededor de un 75% de los refugiados de todo el mundo son mujeres y niños y su informe del año 1992 recogía el aumento de los embarazos entre adolescentes y de los abortos en los contextos de conflicto.

Un estudio realizado por una ONG noruega en los campos de refugiados de Tanzania, en 1999, detectó que los niños comenzaban su vida sexual a la temprana edad de diez años. Lo más grave eran sus prácticas sexuales, que incluían el sexo sin protección, el intercambio frecuente de parejas y las relaciones sexuales a cambio de regalos.

■ MAYOR VULNERABILIDAD COMO REFUGIADA. CUATRO PAÍSES, CUATRO EJEMPLOS

Para las refugiadas es capital el acceso en igualdad de condiciones a los alimentos y otros artículos que se distribuyen en los campamentos. La causa principal de mortalidad en los campamentos de refugiados es la malnutrición. La falta de alimentos por sí misma causa la muerte y contribuye considerablemente a las muertes causadas por varias enfermedades. Las personas malnutridas son más vulnerables a las enfermedades y les cuesta más curarse.

Las mujeres embarazadas o lactantes malnutridas no pueden dar a sus hijos suficiente alimento para sobrevivir. Por otro lado, las personas que carecen de elementos básicos como alojamiento, ropa y utensilios de cocina están más expuestas a las enfermedades.

Habitualmente las organizaciones internacionales y los países de acogida deciden, junto a los líderes de los campamentos (hombres), cómo organizar la distribución de alimentos y de otros suministros. Generalmente no se tiene en cuenta las necesidades de las mujeres, que son quienes cocinan, dan de comer o visten a sus familias. Se suele dar el caso de que la distribución no haya sido la apropiada.

Puede que se proporcionen alimentos que no concuerdan con las tradiciones culinarias de los refugiados, o alimentos que requieren una preparación difícil de efectuar en las instalaciones del campamento. A estos problemas se unen ciertas prácticas tradicionales existentes en algunas poblaciones de refugiados según las cuales se da de comer primero a los hombres. Si los alimentos escasean puede ocurrir que las mujeres y los niños no coman lo suficiente y sean los primeros en sufrir las consecuencias.

Que la distribución de alimentos la controlen los hombres va claramente en contra de la práctica tradicional en la que las mujeres desempeñan el papel principal en la producción de alimentos: según los informes del Banco Mundial, en los países en desarrollo las mujeres cultivan el 70% de los alimentos. Aun cuando el sistema difiere algo de una región a otra, en los países en desarrollo las mujeres se encargan tradicionalmente de la cría de animales, de las actividades necesarias para almacenar los alimentos, de vender e intercambiar productos y de preparar y cocinar los alimentos.

En África son a menudo las mujeres las únicas que realizan los trabajos agrícolas, mientras que en Asia es más frecuente que estas tareas las realicen conjuntamente ambos cónyuges. En América Latina las mujeres suelen encargarse de los cultivos cuando sus esposos van a buscar trabajo a las ciudades para complementar los trabajos agrícolas.

En algunos casos los alimentos distribuidos a través de los hombres han sido entregados a las fuerzas de resistencia o vendidos en el mercado negro, con lo que han salido perjudicadas las mujeres y los niños. En otros casos los alimentos se han utilizado como arma, cortando su distribución a la población civil. Y en otros más los hombres encargados de la distribución de alimentos y otros artículos han solicitado los favores sexuales de las mujeres a cambio de los alimentos y artículos que se dan como asistencia.

El acceso de las mujeres refugiadas a los servicios de atención de salud reviste importancia tanto para su propia salud como para el bienestar de la comunidad en general. Son también las mujeres las que normalmente proporcionan atención de salud a los demás miembros de la familia. Por esta razón, la salud de los otros miembros de la familia guardará estrecha relación con los conocimientos de las madres o el interés que estas muestren por fomentar un medio ambiente sano y adoptar medidas preventivas contra las enfermedades.

Los servicios de salud desempeñan además una importante función de protección, consistente en identificar problemas de protección que surgen en los campamentos de refugiados o en cualquier otro lugar de asentamiento. El personal de salud cobra conciencia de los problemas de protección cuando las mujeres que han sido objeto de abusos sexuales o de daños de otro tipo buscan

asistencia médica. Los trabajadores de salud de la comunidad suelen visitar los hogares de las comunidades de refugiados y pueden, en el transcurso de su trabajo, entrar en conocimiento de problemas específicos, aunque son pocos los que reciben capacitación para hacer frente a esos problemas.

La falta de adecuación y la dificultad de acceso de los servicios de salud pueden constituir otros tantos obstáculos a la buena salud de las mujeres refugiadas y de sus familias. La falta de personal sanitario femenino ha constituido una de las principales barreras a la atención de salud, especialmente en los lugares en que los valores culturales impiden que una mujer sea vista por un hombre que no sea miembro de su familia cercana.

Otro problema guarda relación con los tipos de servicio ofrecidos. Con demasiada frecuencia los actuales servicios de salud olvidan las necesidades específicas de las mujeres. Por ejemplo, los servicios ginecológicos son frecuentemente inadecuados, al igual que los servicios de orientación para métodos anticonceptivos. Se olvidan las necesidades fundamentales, como paños adecuados e instalaciones para lavarse las mujeres menstruantes. No dejan de detectarse graves problemas, como infecciones y cáncer cervical y también prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina. Es generalmente inadecuado el asesoramiento tanto a las mujeres como a los hombres sobre las enfermedades de transmisión sexual. Son pocos, de existir alguno, los programas centrados en las necesidades de las chicas adolescentes, pese a que los matrimonios y los embarazos prematuros son una de las causas conocidas de la mala salud.

En este apartado vamos a detenernos brevemente en cuatro ejemplos paradigmáticos, en cuatro países, que suman todas las penosas circunstancias por las que transcurren las mujeres relacionadas con la violencia, la discriminación, la falta de acceso a la salud y la carencia de los derechos más básicos y elementales: Somalia, Haití, Congo y Sierra Leona.

■ **Somalia**

Mujer, procedente del sur de Somalia, con tres hijos a su cargo y de unos veinte años, es el modelo predominante entre los refugiados que huyen de la sequía y del conflicto armado somalí y que abarrotan el campamento keniano de Dadaab, considerado el mayor del mundo.

La ausencia de hombres hace más vulnerables a las mujeres. Según la ONG Care International, las violaciones –durante la larga travesía hacia Dadaab– y la violencia sexual entre los refugiados se ha cuadruplicado con referencia al 2010, con 358 casos denunciados en el primer semestre de 2011⁽²⁴⁾.

⁽²⁴⁾ *Horn of Africa Drought: Reported cases of sexual violence have quadrupled among refugees. Dadaab, Kenya, July 12, 2011.*

Las mujeres sufren violencia, discriminación y enfermedad en un grado muy superior solo por el hecho de ser mujer. Por poner un ejemplo reciente: las mujeres y niñas somalís refugiadas en Kenia sufren un serio riesgo de violencia sexual, con más de 300 violaciones en lo que va de año dentro y en los alrededores de los campos de refugiados.

Las mujeres en los campos de refugiados deben, además de conseguir alimentos para sus hijos, luchar para lograr alimentos para ellas, o para recibir atención sexual y reproductiva.

Care International informó en 2011 de que el número de denuncias por agresiones sexuales en el Campo de Dadaab (Kenia), donde se hacían los refugiados por la hambruna de Somalia, se han disparado, desde las 75 registradas entre enero y julio de 2010, a 358 durante el mismo período de 2011.

Este campo fue construido originalmente en 1991 para albergar a 90.000 refugiados, pero a día de hoy alberga a más de 460.000. Los trabajadores y cooperantes que trabajan en él advierten de que las mujeres y las niñas son más vulnerables a la violencia, ya sea en su camino hacia los campos o en el interior.

Los recién llegados que viven en las afueras, donde la seguridad no está garantizada, son aún más vulnerables⁽²⁵⁾. Una evaluación efectuada en julio por el CICR encontró que las víctimas de violencia sexual suelen ser reacias a denunciar por vergüenza o por temor a que sus familias les culpen o sus comunidades las consideren «no aptas para el matrimonio».

Los participantes en la evaluación identificaron la violencia sexual y la violación como la mayor preocupación para las mujeres y las niñas que huyen de Somalia. Se han registrado denuncias de mujeres y niñas violadas delante de sus maridos o familiares por hombres armados.

Naciones Unidas, con los datos en la mano, empezó a proporcionar el pasado año a las víctimas de violación kits de herramientas de salud sexual y reproductiva a través de los servicios de salud en el campamento. Mujeres y niñas que denuncian la violencia sexual cuentan con apoyo psicológico, orientación y pruebas del VIH, la detección de enfermedades de transmisión sexual, pruebas de embarazo y el tratamiento para cualquier infección. En los centros de registro, sistemas de referencia para los recién llegados que denuncian la violencia sexual se han puesto en marcha para que puedan obtener ayuda en los centros médicos. Un problema añadido es que la falta de información acerca de cómo actuar tras una agresión sexual deja en riesgo de salud a las víctimas, con lesiones, infecciones o embarazos no deseados.

⁽²⁵⁾ Informe del CICR. Julio 2011

Las mujeres que están solas en los campos de refugiados se ven en la tesitura de no poder alimentarse para lograr que sus hijos no mueran de hambre.

El papel de la mujer resulta fundamental en la lucha contra el hambre. Así lo reconoce la FAO:

- Las mujeres producen más de la mitad de todos los alimentos del mundo e invierten una parte mucho mayor de sus ingresos que los hombres en procurar alimentos para la familia.
- En las zonas rurales las mujeres llegan a producir más del 80% de los alimentos que se consumen en el hogar. Por tanto, en situaciones como sequías o conflictos armados en los que la mujer no puede aportar alimentos, la reducción de la aportación de alimentos al hogar cae dramáticamente y no hay suficientes recursos para la supervivencia de la familia.
- En los campos de refugiados y de desplazados del Cuerno de África, la población afectada en mayor medida por la escasez de alimentos son las mujeres y los niños. En los campos de desplazados de Somalia, donde hay graves dificultades para acceder a alimentos, la mayor parte de la población está compuesta por mujeres y niños, ya que los hombres se suelen quedar en sus lugares de origen, controlados por los milicianos contrarios al Gobierno, por miedo a ser acusados por las autoridades gubernamentales de ser miembros de las milicias. Las mujeres se ven obligadas a recorrer largas distancias con los hijos en solitario, sin alimentos, agua o medicinas hasta llegar a los campos de refugiados o desplazados.

■ El caso de Haití

Si bien Haití no es un país en guerra, conviene dedicar algunos párrafos al considerado como el país más pobre del mundo, en el que la vida cotidiana de las mujeres no es muy diferente a la que sufren en países en guerra.

La difícil situación que están viviendo las mujeres haitianas después del terremoto fue objeto de atención de la 54.^a reunión de la Comisión sobre el Estado de la Mujer (CEM), que se celebró en la ONU en marzo de 2010. La situación para la mujer haitiana era ya complicada desde antes del terremoto. A lo largo de 15 años se ejerció una violencia sistemática contra las mujeres, basada en abusos sexuales y violaciones sistemáticas utilizadas para reprimir y aterrorizar a la población. Según *The Lancet*, solo entre 2004 y 2006 cerca de 35.000 mujeres y niñas sufrieron alguna forma de violencia sexual por parte de militares, paramilitares y miembros del FRAPH (Front Révolutionnaire pour l'Avancement et la Progrès d'Haití). La mitad de las víctimas eran menores de edad.

Un problema añadido al que se enfrentan las mujeres haitianas en este contexto de violencia sexual y discriminación es que el 42% de las familias haitianas está encabezadas por mujeres.

Cuando el 12 de enero de 2010 tembló la tierra en Haití, ese terremoto de magnitud 7 y las réplicas que se registraron después redujeron a escombros los hogares de más de un millón de personas, incluyendo la residencia del primer ministro o el edificio de la misión de la ONU. En pocas horas todos esos edificios se habían convertido en una montaña formada por 20 millones de metros cúbicos de escombros. Dos años después, los escombros siguen por todas partes en Haití; impiden la reconstrucción; taponan las alcantarillas, los caminos y las calles; dificultan los programas tan necesarios y urgentes de saneamiento y acceso al agua potable, o el desarrollo de programas de salud sexual y reproductiva o de atención materno-infantil.

Esos escombros son refugio de animales, insectos y depósito de suciedad y aguas fecales; todo ello vías de transmisión de numerosas enfermedades. Y seguramente todavía quedan miles de cadáveres debajo de ellos. Según algunas estimaciones, cerca de 50.000 cuerpos nunca fueron recuperados. Antes del terremoto solo el 12% de la población de Haití disponía de agua potable, y solamente el 17% tenía unas condiciones higiénicas adecuadas, según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por culpa del seísmo, la situación empeoró. Mucha gente tiene que beber agua sin potabilizar, posiblemente contaminada por aguas fecales, ya que las infraestructuras de desagüe y canalización de aguas fueron destruidas por el terremoto y, dos años después, muchas no han sido reparadas.

Con el devastador terremoto que destrozó las estructuras del país, la situación empeoró para las mujeres haitianas, especialmente para las más jóvenes y para las embarazadas. La situación de la salud reproductiva en Haití ya era grave antes del terremoto. El país tenía las tasas más altas de mortalidad materna con diferencia de todos los países de la región, con una mortalidad por maternidad de 670 de cada 100.000 partos (UNFPA). En el momento del terremoto, se calcula que había en el país 63.000 mujeres embarazadas. Tras la destrucción de las estructuras de salud y las demandas provocadas por los centenares de miles de afectados, el panorama al que se enfrentaron las mujeres embarazadas haitianas fue dantesco.

Haití constituye una emergencia compleja, con un historial permanente de conflictos y violencia, agravado por las consecuencias del terremoto que, aún hoy día, dos años después de la catástrofe, poco ha mejorado.

■ Congo

Congo ha sido definido como el peor lugar del mundo para ser mujer. ¿Es esta afirmación exagerada? Según el *American Journal of Public Health* el número de víctimas de violación en la República Democrática del Congo equivale a una violación cada 48 horas, lo que significa 400.000 en un año.

Congo, una nación de 70 millones de personas, de un tamaño similar al de toda Europa, ha sufrido décadas de guerras y conflictos internos. Sus bosques están plagados de milicias, refugiados y combatientes de diversos países. Y todos han utilizado la violación sistemática para destruir la cohesión de las comunidades.

Una mujer en Congo tiene 58 veces más probabilidades de ser violadas que una mujer en Estados Unidos, donde la tasa anual es de 0,5 por cada 1.000 mujeres. La mayor frecuencia de violación en Congo es en la región de Kivo, al norte del país.

Los resultados, publicados en el *American Journal of Public Health*, fueron extrapolados de una encuesta realizada a 10.000 mujeres entre los 15 y 49 años, en el 2007.

La investigación concluye que la violencia sexual se extendió más allá de las zonas en conflicto en el este del país. La violencia sexual contra las mujeres en Congo es peor que las cifras consideradas por las Naciones Unidas, que calculaban en 16.000 las mujeres víctimas de la violencia sexual: hasta 26 veces más, según las encuestas e investigaciones realizadas por otras organizaciones.

La organización humanitaria Médicos Sin Fronteras (MSF) informó que más de un tercio de los 7.400 casos de violación que atendieron sus voluntarios en el hospital Bon Marché de Bunia, capital del conflictivo distrito congolés de Ituri, se registraron en los últimos 18 meses.

En el hospital Panzi, de Bukavu, deben atender alrededor de diez mujeres al día, muchas de las cuales necesitan intervenciones quirúrgicas para reparar las heridas y lesiones sufridas tras brutales violaciones.

■ Sierra Leona

Si se tiene en cuenta los maltratos cometidos en manos de los rebeldes, las mujeres han sufrido, de forma generalizada y sistemática, la violación, la esclavitud sexual y otras formas de violencia. A menudo, las han obligado a convertirse en compañeras sexuales o esposas de los combatientes. Además de la brutalidad de la violación en sí, y del trauma que ocasiona, la agresión sexual puede producir también graves lesiones físicas, embarazos no deseados, enfermedades y, en ocasiones, la muerte. Las fuerzas rebeldes han provocado el terror entre los civiles, incluso, como se mencionó anteriormente, llegando a obligar a los varones a violar a las mujeres de su propia familia bajo amenaza de mutilarlos.

En cuanto a las niñas, su experiencia con los rebeldes solía empezar con la violación delante de todos los presentes. Niñas de diez años eran forzadas a

mantener relaciones sexuales diarias con cualquiera que se lo demandase. De este modo, una vez liberadas presentaban traumas profundos, y las mayores solían quedar embarazadas, lo que provocaba que a menudo fueran repudiadas por sus maridos.

Por otro lado, centrándonos en la situación más reciente de las mujeres, hay que mencionar que a causa de su dependencia económica no pueden decidir por sí solas. No pueden acudir a centros de atención a la salud para solicitar servicios de planificación familiar, servicios prenatales y atención al parto o de urgencia. Son pocas las mujeres que ejercen su derecho a decidir el número de hijos, su espaciamiento y el momento de nacimiento. Es poca o nula su capacidad de decisión si desean mantener relaciones sexuales, y el uso de medidas anticonceptivas es muy bajo.

Gran parte de las muertes derivadas de la maternidad que se producen en Sierra Leona están relacionadas con el elevado coste de la atención médica y las demoras, ya sea en el traslado a los centros de salud o en el tratamiento que reciben en esos lugares. Esta situación es, entre otras cosas, la consecuencia de una grave carencia de instalaciones y de recursos humanos. Asimismo, el volumen de recursos humanos cualificados y disponibles y de equipo básico es pequeño para las necesidades de las instalaciones de salud existentes, especialmente en las zonas rurales.

La terrible tragedia de las muertes maternas se explica, en parte, considerando el elevado nivel de discriminación y el bajo estatus social de las mujeres en Sierra Leona. Se trata de un país en el que se obliga a las niñas a casarse a una edad temprana, se las excluye de los colegios y se las expone a la violencia sexual. Sus familias, los dirigentes comunitarios y el Gobierno dan muy poca importancia a las necesidades de salud de las mujeres. A estas razones culturales se le suman las estructurales. Los problemas que afronta Sierra Leona en el tratamiento de los recién nacidos, especialmente los bebés prematuros o con poco peso, se deben principalmente a la carencia de servicios de ambulancias y la escasez de recursos básicos, tales como agua, electricidad y sistemas de comunicaciones para las derivaciones médicas.

Las mujeres siguen sufriendo discriminación y violencia generalizadas, además de falta de acceso a la justicia. Se avanzó muy poco en la reforma de los proyectos de ley relativos al matrimonio, la herencia y los delitos sexuales. Al término de 2006 aún no se habían presentado anteproyectos de ley al Parlamento para su aprobación.

La legislación relativa a la violencia en el ámbito familiar sigue en proceso de elaboración. Se aplazó hasta 2007 un informe provisional sobre la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación

contra la Mujer. En el sistema de justicia informal, los jefes y los funcionarios judiciales locales dictaban a menudo sentencias y fallos en casos que quedaban fuera de su jurisdicción. El Gobierno no hizo esfuerzos significativos para acabar con las prácticas de los jefes locales que imponían multas o encarcelaban a mujeres ilegalmente, basándose en su interpretación del derecho consuetudinario, en virtud del cual la condición de las mujeres en la sociedad es comparable a la de los menores de edad.

■ LA MUJER COOPERANTE

A lo largo de estas páginas hemos descrito diversas situaciones y estados de la mujer en los conflictos, siempre como víctima o como parte de la población vulnerable, pero no hemos tocado otra vertiente especialmente importante cuando se habla de conflictos armados o guerras en relación con la mujer, y es el papel de la mujer como cooperante.

Han pasado ya casi dos décadas desde las matanzas de Ruanda (1994), y todavía me asombro al recordar la escasa sensibilidad, por ser benevolente, que había entonces en el mundo de la cooperación por aspectos como la salud sexual y reproductiva de las refugiadas y desplazadas, o incluso de las cooperantes.

Todavía recuerdo la visión, entre el humo de las hogueras en aquellos gigantes campos de refugiados de Goma, donde se hacinaban centenares de miles de personas, las luces de los prostíbulos donde sin ningún tipo de precaución se practicaba sexo. También recuerdo testimonios e historias sobre mujeres o adolescentes, prácticamente niñas, que cambiaban sexo por comida. O las frecuentes agresiones sexuales y violaciones de mujeres, empleadas de las organizaciones humanitarias o niñas por parte de soldados, milicianos o incluso vecinos del propio campo de refugiados.

Advertimos entonces sobre la necesidad de desarrollar programas de prevención del VIH/SIDA y se nos negó la financiación para llevarlos a cabo con el pretexto de que las prioridades eran, entonces, otras. Más adelante el tiempo nos daría la razón⁽²⁶⁾. En aquellos años en los periódicos se hablaba, sobre todo, del cólera, el hambre, la desnutrición de los niños, o la presencia de genocidas entre los refugiados ruandeses. La salud de las mujeres, o la extensión geomé-

⁽²⁶⁾ La prevalencia del VIH en las personas que afirmaban haber pasado los años del conflicto en campos de refugiados era del 8,5%. La mayor parte de esas personas habían huido de zonas rurales en las que la prevalencia del VIH antes del conflicto era de tan solo un 1,3%. Esto sugiere un aumento de seis veces en la infección por el VIH entre las personas de los campos de refugiados. Es probable que el hacinamiento, la violencia, las violaciones, la desesperación y la necesidad de venderse o entregarse sexualmente para sobrevivir hayan contribuido a producir este enorme aumento en la infección. *Resumen mundial sobre la epidemia VIH SIDA. Diciembre 1998. ONUSIDA.*

trica del virus del SIDA, no importaban⁽²⁷⁾. Lo cierto es que las condiciones del campamento de refugiados de Goma –el mayor del mundo, con más de 500.000 personas hacinadas en condiciones infrahumanas– eran tan espantosas que la prioridad era salvar vidas⁽²⁸⁾.

A diario veíamos entrar hombres en aquellos prostíbulos contruidos precariamente con cuatro maderas y unos plásticos. A diario veíamos en las consultas mujeres con infecciones de transmisión sexual o, probablemente, con SIDA aunque no disponíamos de test para comprobarlo. Kigali era una de las zonas de África con mayores tasas de VIH/SIDA. Otras muchas llegaban con señales de haber sido agredidas.

En Goma, entre aquellas decenas de miles de improvisadas viviendas de palos y plásticos, centenares de mujeres se acostaban cada día sin haber logrado apenas algún alimento para sostener a sus niños. Centenares de mujeres solas, o cabezas de familia, se despertaban cada día con una sola idea en la cabeza: sobrevivir ellas, que sobrevivieran sus hijos. En aquellas circunstancias, casi la única salida era el sexo por alimentos.

Incomprensiblemente, a pesar de lo que estábamos viendo *in situ*, las organizaciones de Naciones Unidas que trabajaban en los campos de refugiados ruandeses situados en Congo interrumpieron la distribución de preservativos, la única arma con la que contábamos para hacer frente a la propagación del VIH/SIDA. La excusa fue «que no se usaban»⁽²⁹⁾.

⁽²⁷⁾ El mayor campo de refugiados del mundo ya no es más que un gigantesco basural, esquelitos de chozas, plásticos al viento, algún cadáver, fotos de matrimonio perdidas en una fuga súbita, cartas de identidad rotas, uniformes arrojados a toda prisa y un convoy militar varado para siempre en tierra de nadie: la carretera de Mugunga, 15 kilómetros al oeste de Goma, en la provincia zaireña de Kivu Norte. Allí fue aplastado el jueves lo que quedaba del antiguo Ejército *hutu* y los temibles *interhamwe*, las milicias que durante los dos últimos años han aterrorizado a centenares de miles de refugiados para que no volvieran a Ruanda. La derrota de los carceleros, que huyeron aire adentro con un último escudo de poco más de 100.000 personas, abrió las compuertas de una de las mayores migraciones de la historia moderna. La última batalla de los genocidas ruandeses. Alfonso ARMADA. *El País*, 18 nov. 1996.

⁽²⁸⁾ The flight of 500.000-800.000 Rwandan refugees into the North Kivu region of Zaire in July, 1994, overwhelmed the world's response capacity. During the first month after the influx, almost 50.000 refugees died, an average crude mortality rate of 20-35 per 10.000 per day. This death rate was associated with explosive epidemics of diarrhoeal disease caused by *Vibrio cholerae* O1 and *Shigella dysenteriae* type 1, 3-4 weeks after the influx of refugees, acute malnutrition rates among children under 5 years old ranged between 18 and 23%. Children with a recent history of dysentery and those in households headed by women were at higher risk of malnutrition. A well-coordinated relief programme, based on rapidly acquired health data and effective interventions, was associated with a steep decline in death rates to 5 to 8 per 10.000 per day by the second month of the crisis. «Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July, 1994?». *The Lancet*, Volume 345, Issue 8946, Pages 339-344, 11 February 1995.

⁽²⁹⁾ Las organizaciones humanitarias de la ONU han interrumpido la distribución de condones en los campamentos de refugiados ruandeses en Zaire, según fuentes de la Alta Comisaría de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Las fuentes, que solicitaron

Las matanzas de Ruanda habían dejado a muchas mujeres como cabeza de familia. Después del regreso de los millones de refugiados, se llegaron a detectar 45.000 hogares en Ruanda cuya cabeza de familia eran niños. El 90 por ciento de ellos, niñas⁽³⁰⁾.

■ Escasa sensibilidad

En aquellos años, la escasa sensibilidad hacia la salud sexual y reproductiva, o hacia los problemas más específicos de las refugiadas en tanto que mujeres –mayor vulnerabilidad, alta frecuencia de abusos sexuales o físicos, peores condiciones de salud general, etc.– la tenían las primeras mujeres cooperantes, entonces en minoría, o desempeñando papeles secundarios. Los equipos de cirugía estaban formados, en su mayoría, por hombres, mientras que las mujeres se encargaban de la enfermería. Así eran las organizaciones de cooperación.

Sin embargo, esas pocas mujeres fueron capaces de ir detectando necesidades hasta ahora ignoradas, quizás por una mayor sensibilidad, quizás porque entendían mejor la vulnerabilidad, la indefensión o la desigualdad de una mujer refugiada, madre y sola. El papel de las enfermeras exige un trato más personalizado del paciente, parte de su trabajo es escuchar, sobre todo a otras mujeres, ya sea por afinidad, ya sea por sensibilidad. En un equipo quirúrgico de emergencia, el cirujano no habla, y menos en aquellas circunstancias, con el paciente.

En muchas culturas, además, no estaba bien visto socialmente que una mujer le contara ciertos problemas a un médico hombre, pero sí si quien escuchaba era una mujer (médico o enfermera).

Así, empezaron a recopilarse datos escalofriantes sobre la violencia ejercida contra las mujeres durante el genocidio de Ruanda, oculta, sepultada bajo la montaña de cadáveres que contemplábamos todos los días por televisión. Ruanda estaba asociada a «machete» en el imaginario colectivo, esa herramienta-arma con cuyo filo se segaron tantas vidas.

Pero es que, además de los muertos, detrás de esos montones de cadáveres, había más horrores: en el genocidio de Ruanda de 1994 se estima que entre

el anonimato, no se explican la medida, ya que el riesgo de propagación del sida en los campamentos es muy elevado. Desde septiembre pasado solo ha llegado a los campamentos una remesa de 1.080.000 preservativos. «Sería una trágica paradoja salvar a miles de personas de inanición, mediante esfuerzos masivos de socorro, y no hacer nada por impedir una propagación del sida», afirmaron. Según datos de la OMS, antes de la guerra de Ruanda, y solo en la capital, Kigali, entre el 50 y 70% de los enfermos venéreos eran seropositivos, y el 33% de las embarazadas. Entre el 40 y 60% del Ejército ruandés estaba infectado del virus del sida. *El País*. 27 de febrero de 1995.

⁽³⁰⁾ «The World of Refugee Women at a Glance», UNHCR Report: *The Lost Girls of Sudan* (2002).

250.000 y 500.000 mujeres y niñas fueron violadas. En un estudio realizado por AVEGA, de las mujeres encuestadas víctimas de violación durante el genocidio, un 67% había contraído el VIH/SIDA⁽³¹⁾. Pero todos estos datos se dieron a conocer más tarde.

En aquellos años muchas mujeres cooperantes sufrieron *shocks*, depresiones, síndrome de *burnout* e, incluso, trastorno por estrés postraumático (TEPT) tras conocer de primera mano, escuchar a las víctimas, o contemplar directamente el horror.

En aquellos años, tampoco se tenía demasiado en cuenta las necesidades de los cooperantes ni las cooperantes, ni había programas de salud mental dirigidos a los hombres o mujeres que trabajaban en proyectos humanitarios o de cooperación. Los cooperantes eran reclutados de un día para otro y se les enviaba a Ruanda, o a la ex-Yugoslavia, con poco más que una información somera de lo que se iban a encontrar o del trabajo que iban a realizar como bagaje. Por supuesto, nada específico sobre la mujer.

Cuando aparecieron los primeros casos de estrés y sus consecuencias sobre la salud mental de los trabajadores y trabajadoras humanitarios hubo que empezar a tomar conciencia sobre los riesgos que dicha actividad conlleva para la salud mental de quienes la realizan⁽³²⁾.

■ ¿Y las cooperantes?

Los trabajadores de la acción humanitaria están expuestos a múltiples fuentes de estrés, entre otras muchas las siguientes: las dificultades de un contexto de penuria y de violencia, el contacto con el sufrimiento de la población, los dilemas propios del trabajo humanitario, la autocrítica constante, las deficientes estructuras de mando y comunicación interna dentro de sus organizaciones, así como la alta rotación del personal. Además, esta exposición crónica al estrés acontece en un contexto en el que faltan muchos de los mecanismos habituales

⁽³¹⁾ Global Coalition on Women and AIDS. *Sexual violence in conflict settings and the risk of HIV/AIDS*. Global Coalition on Women and AIDS, 2004.

⁽³²⁾ «Mi primera misión como voluntario fue en el 1994 en Burundi, una crisis simétrica a la de Ruanda. Durante casi dos años estuve trabajando en la región de los Grandes Lagos. Tenía 30 años recién cumplidos y afronté situaciones médicas y humanas de una gran intensidad que me han servido mucho porque todo lo que me he encontrado después ha sido menos espantoso. Los psicólogos que trabajan en esto descubren un síndrome de «*burn-out* en el cooperante», en el que hace emergencias, que está muy definido. Hay unos procedimientos de defensa que consisten en tratar de distanciarse del foco emotivo, ya que vives situaciones de guerra, posguerra, te encuentras con huérfanos, viudas o con una tragedia como el SIDA. Me he visto en alguna situación muy jorobada, pero he hecho *brakes*, he intentado crear una distancia. He conocido a gente que, por tener más fibra sensible, se ha hundido y ha tenido que abandonar un proyecto por estar al borde de desquiciarse». Miguel Ángel Ramón TOUS, médico. Trabajó con Médicos del Mundo en los Grandes Lagos. Testimonio recogido en la web de MDM: www.medicosdelmundo.org

de apoyo psicológico y afectivo, como la familia, la pareja y los amigos. Y en muchos casos, y de especial peso en las mujeres, de los hijos.

El agotamiento o desgaste (comúnmente conocido como el «quemarse», del inglés *burnout*) es probablemente el resultado más habitual del estrés acumulativo⁽³³⁾. Este cuadro, que habitualmente comienza de forma gradual, se caracteriza por los siguientes síntomas: fatiga, agotamiento emocional y físico, dificultades para conciliar el sueño, síntomas físicos inespecíficos –como el dolor de cabeza o las molestias gastrointestinales–, irritabilidad, ansiedad, depresión, sensación de culpa y de impotencia, agresividad, apatía, cinismo, abuso de sustancias, dificultades de comunicación y distanciamiento de las situaciones y de la población beneficiaria⁽³⁴⁾.

Las mujeres cooperantes tienen, además, una mayor vulnerabilidad si no disponen de recursos de salud sexual y reproductiva adecuados, y, además, deben enfrentarse a la posibilidad de ser agredidas, violadas o secuestradas.

Las mujeres cooperantes, además, deben hacer frente a un cierto paternalismo machista, involuntario, quizás, y en cierto modo, comprensible, cuando desarrollan su trabajo en zonas «calientes». Echando atrás la mirada, todavía recuerdo con algo de miedo cuando, siendo presidenta de Médicos del Mundo, en plena guerra de la ex-Yugoslavia, tuve que sentarme a negociar en una mesa con cuatro mandos de las milicias croatas, enormes y armados hasta los dientes, y yo, la única mujer y desarmada, para que nos dejaran acceder a la población que necesitaba atención médica.

Éramos pocas las mujeres que entonces hacíamos cooperación desde puestos de responsabilidad y con capacidad de decisión. Lejos había quedado Florence Nightingale⁽³⁵⁾, pero las mujeres teníamos que seguir rompiendo techos de cristal, como en cada actividad y en cada etapa de la vida. El primer cooperante muerto de Médicos del Mundo en el terreno, cuando yo presidía la organización

⁽³³⁾ SALAMA, P. (1999), «The Psychological Health of Relief Workers: Some Practical Suggestions». En *Relief and Rehabilitation Network Newsletter*, n.º 9, ODI, Londres.

⁽³⁴⁾ STEARNS, S. D. (1993). «Psychological Distress and Relief Work: Who Help the Helpers?». En *Refugee Programme News*, n.º 15, septiembre.

⁽³⁵⁾ Florence Nightingale se hizo célebre curando a los enfermos y a los heridos durante la guerra de Crimea (1854-1856). Concluida esta, pudo haber ocupado un puesto de responsabilidad como enfermera jefe de hospital y supervisora de la formación de enfermeras, pero prefirió retirarse de la vida pública y utilizar su prestigio para apoyar y promover proyectos educativos. Es probable que el hecho de que prefiriese intervenir de modo indirecto, en vez de ocupar un cargo oficial, haya hecho que su influencia fuera aún mayor. Tras la guerra de Crimea, Nightingale escribió unos doscientos libros, informes y opúsculos que tuvieron importantes repercusiones en la sanidad militar, la asistencia social en la India, los hospitales civiles, las estadísticas médicas y la asistencia a los enfermos. Su mayor aportación educativa fue la creación de nuevas instituciones para la formación tanto de médicos militares como de enfermeras de hospital, pero algunos de sus proyectos educativos menos conocidos están llenos de enseñanzas. *Perspectivas. Revista trimestral de educación comparada* (Paris. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXVIII, n.º 1, marzo 1998, págs. 173-189.

fue, precisamente, una mujer, Mercedes Navarro: administradora del proyecto de Médicos del Mundo en Mostar. Fue asesinada por los disparos de un hombre que entró armado en la oficina de Médicos del Mundo en mayo de 1995⁽³⁶⁾.

Después, otras mujeres han muerto o han sido secuestradas mientras trabajaban en proyectos de emergencias o de desarrollo. Blanca Thiebaut y Montserrat Serra, secuestradas en octubre del pasado año en Kenia mientras trabajaban para Médicos Sin Fronteras, o Ainhoa Fernández, secuestrada en Tindouf, también el pasado mes de octubre junto a otros compañeros. Anteriormente, otra cooperante de Médicos del Mundo, la enfermera Flors Sirera, fue asesinada en Ruanda en 1997, junto a dos compañeros –un logista y un médico– cuando trabajaba en un proyecto dirigido a la población retornada de los campos de refugiados *hutus*.

Las mujeres, a estas alturas de la historia, ya hemos ido ocupando puestos en todos los niveles de la cooperación, incluso en el escalón de víctimas de la violencia bélica. De hecho, somos, como en otras muchas profesiones, mayoría: según datos de la Agencia Española de Cooperación Internacional de 2009, el 70% de los cooperantes son mujeres. Sin embargo, el 70% de los puestos directivos de las organizaciones para las que trabajan esas mujeres están ocupados por hombres. Así las cosas, no es extraño que aún hoy día cueste hacer entender a los responsables de algunas ONG no sólo las necesidades de las mujeres refugiadas o destinatarias de los proyectos, sino hacerles entender las necesidades de las propias mujeres que van a trabajar al terreno.

Seguiremos intentándolo.

■ BIBLIOGRAFÍA

ActualidadHumanitaria.com (www.actualidadhumanitaria.com)

Adrian J. KHAW, *et. al.*, «HIV risk and prevention in emergency-affected populations: A Review», *Disasters*, n.º 24 (3), 2000

Anticoncepción de emergencia en zonas de Conflicto. Reproductive Health Response in Conflict Consortium. <http://www.rhrc.org/spanish/resources.html>

⁽³⁶⁾ «Una cooperante española, asesinada en Mostar. La española Mercedes Navarro Rodríguez, de 37 años, coordinadora de Médicos del Mundo en Mostar, murió ayer, y el psiquiatra Alberto Fernández Liria, de 40, miembro también de la misma organización no gubernamental, resultó herido de gravedad al ser ametrallados en su oficina de la capital de Herzegovina por un individuo que luego se suicidó. Es la primera vez que un cooperante español muere en la antigua Yugoslavia. Navarro sólo llevaba en Bosnia desde el pasado 27 de abril. El incidente se produjo a media tarde, cuando un vecino de la misma calle en que Médicos del Mundo tiene su oficina irrumpió en el lugar con un fusil ametrallador y abrió fuego. Mercedes Navarro murió en el acto, y Fernández recibió un tiro en una pierna, del que fue intervenido en un hospital de la zona oeste de Mostar, donde se calificó su estado de grave». *El País*, 30 mayo 1995.

Alfonso ARMADA. «La última batalla de los refugiados ruandeses». *El País*, 18 nov. 1996

American Journal of Public Health. June 2011, vol. 101

J. BAUER. Report on United Nations Commission on Human Rights. 1998

Care International (www.care-international.org)

Comité Internacional de la Cruz Roja. www.cicr.org

Esther MUJAWAYO y Mary K. BLEWITT, «Sexual violence against women: Experiences from AVEGA's work in Kigali», documento presentado en el seminario *Silent Emergency*, Londres, 1999

Declaración de Windhoek. Mujeres, y niñas e Igualdad de Género y VIH/SIDA: avances hacia el acceso universal

Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias: Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia. Comité Permanente entre Organismos, 2005

ESTÉBANEZ, Pilar. «El contexto del SIDA. ¿Una tragedia camino del olvido?» *Anuario CIP 2003*. FUHEM

Fondo de Población de las Naciones Unidas (www.unfpa.org)

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

Daniel HALPERIN. «Old Ways and New Spread AIDS in Africa»

Human Rights Watch (www.hrw.org)

Indexmundi. www.indexmundi.es

Rafael MAZIN. «The basic strategies to prevent the spread of IV/AIDS and STIs during and emergency situation». *WHO Health in Emergencies*, n.º 7, 2000

Médicos del Mundo. www.medicosdelmundor.org

ONUSIDA. www.unaids.org

Organización Mundial de la Salud. www.who.org

Otro Mundo es Posible. www.otromundoesposible.com

Pan American Health Organization (www.paho.org)

Amber PETERMAN; Tia PALERMO, and Caryn BREDENKAMP. «Estimates and Determinants of Sexual Violence Against Women in the Democratic Republic of Congo». *American Journal of Public Health*, june 2011, vol. 101, n.º 6, pp. 1060-1067

SALAMA, P. (1999). «The Psychological Health of Relief Workers: Some Practical Suggestions». En *Relief and Rehabilitation Network Newsletter*, n.º 9, ODI, Londres

M. O. SANTOS-FERREIRA. «A Study of Seroprevalence of HIV-1 and HIV-2 in Six Provinces of People's Republic of Angola: Clues to the Spread of HIV Infection», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, n.º 3, 1990

Save the children. *Informe sobre el Estado Mundial de las Madres 2011*. <http://www.savethechildren.es>

M. R. SMALLMAN-RAYNOR y A. D. CLIFF, «Civil war and the spread of AIDS in Central Africa». *Epidemiol. Infect.*, n.º 107, 1991

The International Committee of Red Cross in Iraq. *Households headed by women in Iraq: a case for action*. Agosto 2011

The Lancet. «Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July, 1994?» Volume 345, Issue 8946, Pages 339-344, 11 February 1995

Save the Children (www.savethechildren.es)

Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/>

STEARNS, S. D. (1993). «Psychological Distress and Relief Work: Who Help the Helpers?». En *Refugee Programme News*, n.º 15, septiembre.

UNESCO: Oficina Internacional de Educación, vol. XXVIII, n.º 1, marzo 1998, págs. 173-189

UNICEF (www.unicef.es)

UN. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (www.unocha.org)

UNHCR. «The World of Refugee Women at a Glance», UNHCR Report: *The Lost Girls of Sudan* (2002)

United Nations Population Fund. UNFPA. <http://www.unfpa.org/public/>

Uppsala Conflict Data Program. <http://www.ucdp.uu.se/gpdatabase/search.php>

Douglas WEBB. *AIDS and the military: The case of Namibia*, informe presentado en la Conferencia sobre sida de Marrakech, 1993