

Amnistía Internacional

Ruanda: "Marcadas para morir". Sobrevivientes de violación afectadas de VIH/sida

Resumen

Índice AI: AFR 47/007/2004

En abril de 1994, Ruanda sufrió cien días de violencia, dirigida contra la población tutsi y los hutus moderados. La violencia sexual contra las mujeres y las niñas fue parte central de la estrategia genocida. En 1996, el relator especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU calculó que durante el genocidio se habían cometido entre 250.000 y 500.000 violaciones. Muchas de las víctimas fueron violadas en las barricadas levantadas por las milicias de jóvenes *interahamwe* o fueron retenidas como prisioneras sexuales a cambio de protección temporal contra el ejército y las mencionadas milicias. El Ejército Patriótico Ruandés también cometió abusos sexuales y otros actos de violencia durante su avance militar –a veces como represalia contra la población hutu– así como en los meses y años posteriores al genocidio. Miembros de las Fuerzas de Defensa de Ruanda (el actual ejército ruandés), las fuerzas de seguridad y las milicias no remuneradas siguen perpetrando actos de violencia sexual y forzando a mujeres al matrimonio. La inmensa mayoría de los delitos de violencia sexual han quedado impunes. Tales delitos ocurren en un contexto en el que la discriminación y la violencia contra las mujeres es una constante, especialmente en lo que respecta al derecho consuetudinario.

Por regla general, las consecuencias del genocidio y la guerra han afectado de forma particular y con especial severidad a las mujeres y las niñas. Las mujeres que tienen dificultades para acceder a la asistencia médica siguen muriendo de enfermedades relacionadas con el VIH/sida, contraído en algunos casos a consecuencia de violaciones sufridas durante el genocidio y el conflicto armado de 1994.

Las mujeres violadas y sus familiares se enfrentan a una vulneración de los derechos humanos que deviene en nuevas injusticias: puede ocurrir que las sobrevivientes de actos de violencia sexual hayan contraído el VIH/sida, hecho que a menudo las estigmatiza a ellas y a sus familiares y que puede traerles consecuencias como la pérdida del empleo, problemas para hacer valer su derecho a la propiedad y la pérdida de sus derechos civiles y políticos. Con frecuencia, los hijos de personas afectadas de VIH/sida quedan en la indigencia tras perder a sus progenitores. Estos niños pueden verse obligados a deambular por las calles como vendedores ambulantes o, simplemente, encontrarse sin hogar, expuestos a sufrir violaciones o a dejarse arrastrar a actividades de prostitución para obtener comida o dinero.

AVEGA, asociación que defiende los derechos de las viudas del genocidio, calcula que casi el 70 por ciento de las mujeres violadas durante el genocidio contrajeron el VIH, y que el 80,9 por ciento de las que sobrevivieron los actos de violencia cometidos durante el genocidio siguen traumatizadas. Aunque no todos los casos de VIH/sida entre sobrevivientes de violación pueden atribuirse a estos actos de violencia sexual, las violaciones masivas cometidas durante 1994 contribuyeron significativamente a la propagación del virus en Ruanda, ya que durante ellas hubo, según se cree, un elevado índice de transmisión del VIH.

Los asesores sobre esta cuestión en Ruanda calculan que el número de pacientes que necesitan ser tratados con agentes antirretrovirales para prolongar su vida oscila entre los 50.000 y los 100.000. Según el Plan gubernamental ruandés de asistencia y tratamiento del VIH/sida para el periodo 2003-2007 (desarrollado junto con la Fundación William J. Clinton), en enero del 2004, sólo unos 2.000 ruandeses estaban recibiendo terapias antirretrovirales. Cada año mueren de sida unos 50.000 ruandeses. Se calcula que, al acabar el 2004, entre 3.000 y 5.000 ruandeses estarán recibiendo este tipo de terapia. Otras modalidades de

apoyo a personas afectadas de VIH/sida, como la ayuda alimentaria, otras formas de atención médica, la vivienda, las ayudas para la educación y la seguridad personal, brillan por su ausencia, y son necesarias para aligerar la carga de estos enfermos, de sus familiares y de quienes los atienden.

Diez años después del genocidio, las consecuencias de la violencia siguen sin abordarse de forma adecuada, tanto por parte de la comunidad internacional como del gobierno ruandés. Los sobrevivientes de actos de violencia aún siguen pidiendo asistencia médica, y tanto ellos como los familiares de las víctimas claman por una justicia que tarda en llegar. Los esfuerzos del gobierno ruandés por proporcionar información y ayuda a las personas afectadas de VIH/sida se han visto socavados por la actuación de los mecanismos de distribución, como algunas asociaciones de afectados por la enfermedad que han cedido a la injusticia y la corrupción. El gobierno de Ruanda, con la ayuda de la comunidad internacional, debe garantizar que la lucha contra la estigmatización de los afectados de VIH/sida y el apoyo a éstos forman parte esencial de su estrategia para combatir la propagación de la enfermedad. Asimismo, es necesario hacer un esfuerzo especial de amplio alcance para atender las necesidades de los hijos de personas afectadas de VIH/sida, antes y después de la muerte de sus padres.

Invertir en la mejora equitativa de la asistencia médica y de otras formas de apoyo a las personas afectadas de VIH/sida y sus familiares es esencial para el futuro de Ruanda, y constituye una parte importante de la reparación debida a las víctimas de violaciones de derechos humanos cometidas en el pasado. El gobierno de Ruanda, con la ayuda de la comunidad internacional, debe asimismo tomar medidas para abordar el problema siempre actual de la violación en el país, proporcionando a las víctimas, entre otras cosas, un tratamiento postcoital integral y humanitario. Deben asignarse recursos, según criterios de eficacia e imparcialidad, a las personas afectadas de VIH/sida que necesiten ayuda, sin discriminación de ningún tipo. A la hora de formular programas y estrategias gubernamentales, tanto nacionales como locales, se debe consultar a los afectados por la enfermedad y tener en cuenta sus necesidades y puntos de vista.

Es preciso redoblar los actuales esfuerzos para reducir la violencia contra las mujeres, dando prioridad, entre otras cosas, al procesamiento de los presuntos autores de delitos de violencia sexual. Los cambios introducidos en las leyes para promover los derechos de las mujeres deben reflejarse en la realidad en cambios del derecho consuetudinario que respalden los derechos de las mujeres ruandesas.

Este texto resume el documento titulado *Ruanda: “Marcadas para morir”*. *Sobrevivientes de violación afectadas de VIH/sida* (Índice AI: AFR 47/007/2004), publicado por Amnistía Internacional en abril del 2004. Si desean más información o emprender acciones sobre este asunto, consulten el documento principal. Pueden encontrar una amplia selección de materiales de Amnistía Internacional sobre éste y otros temas en <http://www.amnesty.org>. Para los documentos traducidos al español consulten: <http://web.amnesty.org/library/eslindex>.

**SECRETARIADO INTERNACIONAL, 1 EASTON STREET, LONDRES WC1X 0DW, REINO UNIDO
TRADUCCIÓN DE AMNISTÍA INTERNACIONAL (EDAI), ESPAÑA**

Ruanda:

“Marcadas para morir”.

Sobrevivientes de violación afectadas de VIH/sida

«Durante el genocidio, los soldados de la milicia que estaban en las barricadas dijeron que me protegerían, pero en lugar de hacerlo me impidieron marchar y me violaron en sus casas. Uno de ellos me tenía durante dos o tres días, y luego me elegía otro. Si los asesinos se presentaban en su casa, el soldado decía que yo era su hermana. Tuve que quedarme con ellos porque, si no, me habrían matado. Las condiciones eran propicias para la transmisión del VIH. Conseguí huir de Kigali, y cuando volví me enteré de que habían matado a mi esposo. Mi esposo era hutu, y me había conseguido un documento de identidad hutu porque pensaba que me protegería. Por culpa de este documento, me denegaron la ayuda de IBUKA [organización de ayuda a los sobrevivientes del genocidio] para mis hijos y la del fondo estatal para sobrevivientes del genocidio.»

Francine, portadora del VIH, Kigali

«En 1998, yo iba hacia el internado, en Gisenyi. Justo antes de llegar a la ciudad [...] caímos en una emboscada de los abacengezi [insurgentes][...] El taxi dio una vuelta de campana y, mientras los pasajeros huían del vehículo, los abacengezi los mataban a machetazos. Traté de esconderme bajo los cadáveres, pero oí decir a los rebeldes que iban a por gasolina para quemar los cuerpos. Grité y me acuchillaron [...] y me llevaron al bosque [...] Allí había otras mujeres y niñas de distintos puntos del país que habían sido secuestradas en circunstancias similares.[...] Los soldados de la milicia venían todas las noches a violarme, hasta que una noche uno de ellos anunció que yo era suya, que él era mi “esposo”. Yo sólo pensaba en escapar para reunirme con mi familia [...] Teníamos que huir constantemente, porque el ejército ruandés iba tras ellos. Durante una gran ofensiva de los soldados del gobierno en el bosque de Gishwati, conseguí huir cuando todos se dispersaron [...] y volví a casa [...] Unos años después, un soldado del RPF [Frente Patriótico Ruandés] vino a mi casa y quiso tener relaciones sexuales conmigo. Traté de convencerle de que era seropositiva y de que no podía tener relaciones sexuales. Aquello fue como una violación. Como era un soldado, me sentí incapaz de gritar. Quería casarse conmigo y, como era un soldado, pensé que no tenía otra opción. Le obligué a hacerse la prueba el día después de la violación, y resultó que ya era seropositivo. Me casé con él contra mi voluntad. Mis sueños se han hecho añicos. He terminado mis estudios. Me amarga pensar que mi familia había puesto todas sus esperanzas en mí; se sacrificaron para que yo recibiera una educación, pero temo que no tardaré en morir y que mis familiares no sacarán ningún provecho de su sacrificio.»

Angèle, portadora del VIH, Kigali-Ngali

I. Introducción

En abril de 1994, Ruanda sufrió cien días de violencia, dirigida contra la población tutsi y los hutus moderados. Diez años después, las consecuencias de la violencia siguen sin abordarse de forma adecuada, tanto por parte de la comunidad internacional como del gobierno ruandés. Los sobrevivientes de actos de violencia aún siguen rogando asistencia médica, y tanto ellos como los familiares de las víctimas claman por una justicia que tarda en llegar. Numerosas mujeres siguen muriendo de enfermedades relacionadas con el VIH/sida, contraído en algunos casos a consecuencia de violaciones sufridas durante el genocidio y el conflicto armado de 1994. Las mujeres violadas y sus familiares se enfrentan a una vulneración de los derechos humanos que deviene en nuevas injusticias: puede ocurrir que las sobrevivientes de actos de violencia sexual hayan contraído el VIH/sida, hecho que a menudo las estigmatiza a ellas y a sus familiares y que puede traerles consecuencias como la pérdida del empleo, problemas para hacer valer su derecho a la propiedad y la pérdida de sus derechos civiles y políticos.

Aunque no todos los casos de VIH/sida entre sobrevivientes de violación pueden atribuirse a estos actos de violencia sexual, las violaciones masivas cometidas durante 1994 contribuyeron significativamente

a la propagación del virus en Ruanda, ya que se cree que el índice de transmisión del VIH en casos de violencia sexual es elevado. En África, la pandemia de VIH/sida empeora día a día, ante la tibia respuesta internacional. Es en este contexto, diez años después de iniciarse el genocidio y la guerra en Ruanda, en el que Amnistía Internacional, dentro de su Campaña para Combatir la Violencia contra las Mujeres, hace un llamamiento al gobierno ruandés y a la comunidad internacional para que mejoren el acceso de las mujeres violadas y sus familiares a la asistencia médica y a la justicia.

En la estrategia de genocidio y guerra de 1994, la violencia contra las mujeres y las niñas constituyó un elemento por desgracia generalizado sobre el que se tienen muchos datos. En 1998, en la sentencia del Tribunal Penal Internacional para Ruanda sobre el caso *Akayesu*, la fiscalía demostró sin lugar a dudas que el propósito genocida había alimentado una violencia sexual generalizada, tal como quedó establecido a partir de testimonios individuales sobre la intención expresada por los agresores, y a partir de la investigación de los actos de violencia sexual ocurridos en todo el país. Durante el genocidio, mujeres y niñas –en su mayoría, aunque no exclusivamente, tutsis– sobrevivieron o sucumbieron a extraordinarios actos de violencia. Muchas fueron violadas en las barricadas levantadas por las milicias de jóvenes *interahamwe* o fueron retenidas como prisioneras sexuales a cambio de protección temporal contra el ejército y las mencionadas milicias. Sus cuerpos y espíritus fueron mutilados, humillados y mancillados.

También el Ejército Patriótico Ruandés cometió abusos sexuales y otros actos de violencia durante su avance militar, a veces como represalia contra la población hutu. El alcance y la naturaleza de estos crímenes son menos conocidos, y muy pocos de sus autores han sido llevados ante la justicia. Aunque el punto central de este informe lo constituyen las consecuencias de los actos de violencia sexual perpetrados durante el genocidio y la guerra, es importante señalar que el fenómeno de la violación no empieza ni termina en 1994. Miembros de las Fuerzas de Defensa de Ruanda (el actual ejército ruandés), las fuerzas de seguridad y las milicias no remuneradas han seguido perpetrando actos de violencia sexual y obligando a mujeres a contraer matrimonio. Estas agresiones se denuncian a veces, pero casi nunca son objeto de actuaciones judiciales. La violencia por motivos de género ha sido una constante en las violaciones de derechos humanos cometidas por las fuerzas de seguridad ruandesas en la República Democrática del Congo (RDC)/Zaire y en los movimientos insurgentes de la posguerra.

Para algunas mujeres, la violencia empezó con el conflicto de 1990, o con las oleadas de homicidios étnicos ocurridas décadas antes.¹ Aunque no existen estudios de base anteriores al genocidio y la guerra en los que apoyarse, los datos disponibles indican que la violencia sexual y la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar (o violencia doméstica contra las mujeres) ha experimentado desde entonces un aumento considerable.² La vulnerabilidad económica y social de las mujeres y las niñas, entre otros factores, las deja, tanto hoy como en el pasado, expuestas a sufrir actos de violencia sexual. La disponibilidad de armas pequeñas en la región aumenta la capacidad de acción de los autores de actos de violencia sexual y de otros delitos. La absoluta impunidad de que gozan los miembros de las fuerzas armadas, las Fuerzas de Defensa Local (milicia local armada, aunque no remunerada) y otras personas que ocupan puestos de autoridad socava, asimismo, los esfuerzos por combatir el problema.

Algunas de estas mujeres son las últimas víctimas, aún no abatidas, de la matanza. AVEGA, la Asociación de Viudas del Genocidio, llevó a cabo en el año 2000 un estudio sobre 1.125 mujeres que habían

¹ El Ejército Patriótico Ruandés invadió Ruanda en 1990. Tras la invasión, las autoridades locales lanzaron, con la complicidad del gobierno, 17 ataques a gran escala contra los tutsis en 12 comunidades, que provocaron, según una investigación de la Fundación para la Iniciativa de Derechos Humanos, la muerte de unas 2.000 personas.

² Profesionales de la medicina, dirigentes locales y trabajadores sociales atestiguan la existencia de un espectacular aumento en el número de violaciones –a veces de niñas muy jóvenes– en los años transcurridos desde el conflicto de 1994, y consideran que es una de las consecuencias de una sociedad traumatizada, brutalizada y cada vez más fragmentada.

sobrevivido a violaciones cometidas durante el genocidio, y concluyó que el 66,7 por ciento de ellas habían contraído el VIH.³ AVEGA calculó, asimismo, que en 1999 el 80,9 por ciento de las sobrevivientes de actos de violencia cometidos durante el genocidio seguían traumatizadas.⁴ Según un informe de la ONU, al menos 250.000 mujeres fueron violadas durante el genocidio, y una gran parte de ellas fueron posteriormente ejecutadas. De las sobrevivientes, se calcula que un 70 por ciento se infectaron del VIH. Según cálculos de AVEGA, 200 de sus integrantes han muerto de sida desde el 2001, año en que la organización abrió un centro de apoyo a personas afectadas de VIH/sida. En enero del 2004, AVEGA tenía entre sus miembros a 618 mujeres portadoras del VIH, aunque esta cifra sólo incluía a las que se habían hecho la prueba en 3 de las 12 provincias del país.⁵ En marzo del 2004, sólo 28 de estas mujeres estaban siendo tratadas con agentes antirretrovirales para prolongar su vida (22 por AVEGA, 6 por otras fuentes), aunque se esperaba que el número aumentara este año. Otras integrantes de AVEGA portadoras del VIH reciben tratamiento gratuito con antibióticos para controlar las infecciones oportunistas.

Para las asociaciones de afectados de VIH/sida de Ruanda, el entierro de sus miembros es algo habitual, consecuencia de la tardanza del gobierno y la comunidad internacional en responder a sus necesidades. En algunos casos, las sobrevivientes de violación han transmitido la infección a sus parejas o a sus hijos.

Según comentaron a los delegados de Amnistía Internacional que visitaron Ruanda diversos asesores políticos sobre esta cuestión, se estima que el número de pacientes que precisan tratamiento con agentes antirretrovirales para prolongar su vida oscila entre los 50.000 y los 100.000. En enero del 2004, sólo unos 2.000 ruandeses estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. Cada año mueren de sida unos 50.000 ruandeses.⁶ Se calcula que, al acabar el 2004, habrá entre 3.000 y 5.000 ruandeses recibiendo este tipo de terapia.

Naturalmente, el estado de salud de una persona afectada de VIH/sida depende de mucho más que del acceso a los medicamentos: una alimentación adecuada, bienestar psicológico, una vivienda decente y seguridad personal y económica pueden afectar de forma decisiva a la salud física de esa persona. El producto interno bruto anual per cápita de Ruanda es de 252 dólares estadounidenses y, según documentos del gobierno ruandés, se calcula que el 60 por ciento de la población vive por debajo del umbral de la pobreza.⁷ Más de la mitad de los ruandeses carecen de acceso a agua potable, y un 40 por ciento sufre de desnutrición.⁸ Se calcula que sólo un 28 por ciento de los hogares ruandeses afectados por el VIH/sida pueden costearse la asistencia médica, siquiera la más básica; numerosas familias piden dinero prestado, venden sus bienes –incluida la tierra– o deciden renunciar a la asistencia médica. En estas condiciones, está claro que es necesario un enfoque holístico para que el tratamiento con agentes antirretrovirales sea eficaz,

³ AVEGA (Asociación de las Viudas del Genocidio Agahozo - sitio web : <http://www.avega.org.rw/>) y entrevistas con personal de AVEGA, enero del 2004.

⁴ AVEGA-AGAHOZO, *Etude sur les violences faites aux femmes au Rwanda*, Kigali, diciembre de 1999, p.24.

⁵ Entrevistas con personal de AVEGA-AGAHOZO, enero del 2004.

⁶ Plan gubernamental ruandés de asistencia y tratamiento del VIH/sida para el periodo 2003-2007, desarrollado junto a la Fundación William J. Clinton, p. 12.

⁷ <http://www.cnls.gov.rw/cadre.htm>. La cifra que utilizan para determinar el umbral de la pobreza no se especifica. Según el Índice de Desarrollo Humano (2003) publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), un 86,4 por ciento de los ruandeses vivían con menos de 2 dólares estadounidenses al día en el periodo 1990-2001.

⁸ *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2002*, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), <http://www.fao.org/docrep/005/y7352s/y7352s00.htm>

enfoque que debe incluir, entre otras cosas, la mejora de las condiciones de vida de las personas afectadas de VIH/sida y la reducción de la carga para sus familias o cuidadores.

II. Contexto: discriminación contra las mujeres

En los últimos años la situación de las mujeres en Ruanda ha experimentado una mejora considerable, y sus derechos han adquirido mucha más importancia. En este momento, Ruanda puede alardear de tener el mayor porcentaje de mujeres parlamentarias del mundo (un 48,8 por ciento), y las leyes sobre el derecho a la tierra, el matrimonio, la violación infantil y la violencia contra las mujeres se han reformado para fomentar la protección de sus derechos. Sin embargo, el derecho consuetudinario, que a menudo se impone a la ley escrita, sigue discriminando a las mujeres en lo relativo a la herencia y la propiedad de las tierras, hecho que frecuentemente pone a las mujeres en una situación de dependencia. Muchas prácticas tradicionales reafirman el sistema patriarcal en Ruanda. El nivel educativo de las mujeres, y por tanto su acceso a la información y a los medios de capacitación, han sido generalmente muy inferiores a los de los hombres, aunque esta situación de desequilibrio está cambiando.

II.1. Discriminación y violencia sexual

La baja posición social de las mujeres y sus dificultades para solicitar una reparación ponen a muchas mujeres y niñas en una situación de vulnerabilidad frente a la violencia sexual. En algunas zonas del país, los familiares de un varón fallecido, encarcelado o que haya abandonado el país pueden aspirar a tener relaciones sexuales con la compañera del hombre ausente.

Las empleadas domésticas están especialmente expuestas a la violación, y a menudo son reacias a denunciar los actos de agresión o acoso sexual por temor a perder su empleo y decepcionar a sus familiares. Otras mujeres se encuentran en una posición de vulnerabilidad frente a las exigencias sexuales o las propuestas de intercambio de sexo por alimentos u otros bienes que les plantean soldados, miembros de las Fuerzas de Defensa Local, vecinos y familiares varones. Tras la violación las mujeres rara vez denuncian los hechos a la policía; antes bien, las familias suelen llegar a un acuerdo económico para compensar a la víctima por los abusos sufridos; ésta puede incluso verse obligada a casarse con su violador para “normalizar” las relaciones entre las familias afectadas.

La pobreza y la inseguridad que caracterizan las condiciones de vida de la población ruandesa, incluida la falta de protección de las viviendas, que deja a las mujeres expuestas a insinuaciones sexuales no deseadas de vecinos y viandantes, pueden acabar provocando embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. En los últimos años se han registrado, asimismo, frecuentes violaciones de niños de ambos sexos, fenómeno alimentado por los discursos de los curanderos tradicionales, que afirman que las relaciones sexuales con una persona virgen pueden hacer rico al que las mantenga o curarlo del VIH/sida.

II.2. Estigmatización de las sobrevivientes de actos de violencia sexual

Aunque la categoría social de la media de las mujeres ruandesas casadas sea baja, sigue estando por encima de la de las viudas o las sobrevivientes de violación. El desprecio hacia las mujeres violadas no es una actitud exclusiva de los hombres; varias mujeres que habían sido violadas contaron a Amnistía Internacional cómo habían sido humilladas y atormentadas por integrantes de la comunidad femenina o, incluso, por sus propias hijas.

También los niños concebidos durante el genocidio pueden verse gravemente discriminados, denigrados como descendientes de *interahamwe*, y a menudo son llamados, incluso por sus madres, “*enfants mauvais souvenir*”, o “niños de ingrato recuerdo”. Como consecuencia, también las madres pueden verse humilladas y marginadas por la comunidad. Algunas mujeres y niñas se ven empujadas al infanticidio; la mayoría de las mujeres y niñas con las que hablaron los delegados de Amnistía Internacional en marzo del

2003 durante una visita a la antigua prisión de mujeres de Byumba estaban cumpliendo largas penas de cárcel, en algunos casos de cadena perpetua, por aborto o infanticidio, aunque no siempre relacionados con el genocidio de 1994.

II.3. Pobreza, discriminación y falta de autonomía sexual

La discriminación que padecen las mujeres en Ruanda se extiende a los ámbitos de la salud sexual y los posibles métodos de planificación familiar. Al igual que ocurre en otros muchos países, las mujeres ruandesas encuentran obstáculos para tomar decisiones sobre su sistema reproductor y su sexualidad, a menudo por culpa de su extrema pobreza, su situación de dependencia económica de sus esposos o de inferioridad social respecto a éstos y su falta de acceso a la asistencia médica y a métodos anticonceptivos. La violencia doméstica se considera una auténtica plaga, con un alto porcentaje de mujeres que sufren palizas y agresiones de forma habitual, aunque aún están pendientes de publicación las cifras de un estudio de base llevado a cabo recientemente por el Comité Internacional de Rescate. La violencia en el entorno doméstico, y hasta la misma amenaza de la violencia, disminuye la capacidad de una mujer para negociar su autonomía sexual, haciéndola más vulnerable a infectarse del VIH.

El limitado acceso de las mujeres a las emisiones de radio,⁹ reuniones comunitarias y fuentes de información escrita reducen sus posibilidades de acceso a la información y la educación sobre salud sexual y métodos anticonceptivos. En Ruanda, el aborto sigue siendo ilegal, además de ser contrario a las creencias religiosas de numerosas mujeres y muchos profesionales de la medicina. Así pues, las mujeres y niñas que se encuentran con un embarazo no deseado deben llevarlo a término o tratar de interrumpirlo ilegalmente, en ocasiones con graves, cuando no fatales, consecuencias para su salud.

III. La violación como instrumento de genocidio

«Al igual que a muchos otros, a mi esposo lo mataron en la guerra, y yo fui violada por dos asaltantes. La mayor parte de mi familia murió.»

Jeanne Musabe, 50 años, Nyamirambo (Kigali)

Siguiendo un patrón bien establecido de brutalidad y humillación sistemáticas, las mujeres y niñas ruandesas fueron objeto de diversas formas de violencia específicamente relacionada con el género, como violación, mutilación genital de diversos tipos, amputación de los pechos, esclavitud sexual, aborto forzado y matrimonio forzado. En 1996, el relator especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, René Degni-Segui, calculó que durante el genocidio se cometieron entre 250.000 y 500.000 violaciones. Las mujeres y niñas eran violadas de forma sistemática, a veces por varios hombres,¹⁰ aunque estuvieran embarazadas o acabaran de dar a luz. Algunas resultaron muertas o gravemente heridas al serles introducidos por la vagina flechas, lanzas u otros objetos, o al recibir disparos en los genitales. Las mujeres tutsis eran entregadas a hombres que habían “sobresalido” en la matanza de tutsis a modo de recompensa, y muchas se vieron obligadas a mantener relaciones sexuales a cambio de seguridad temporal, sobre todo en los controles de carretera. La degradación formaba parte esencial de la violencia física, y a algunas mujeres las obligaban a desfilar desnudas o a realizar diversos actos humillantes a petición de soldados y miembros de la milicia. Tal como consta en los informes de derechos humanos y como se relató a los delegados de Amnistía Internacional, los genitales de las mujeres tutsis a menudo se cortaban y exhibían, y algunas mujeres han contado haber visto a soldados de la milicia o del ejército violando cadáveres. Algunas veces, los asaltantes

⁹ En Ruanda, como en buena parte de África, la radio es el medio de comunicación electrónica con mayor penetración. La televisión y la letra impresa llegan sólo a un pequeño porcentaje de la población.

¹⁰ A veces se obligaba a hombres a violar a mujeres de su familia, con el consiguiente trauma para unos y otros.

mutilaban o cortaban miembros considerados característicos de las mujeres tutsis, como dedos finos o largas narices.

Aunque los actos de violencia cometidos durante el genocidio estuvieron dirigidos sobre todo contra las mujeres tutsis, las esposas hutus de hombres tutsis fueron en ocasiones objeto de actos especialmente brutales. Las mujeres hutus moderadas, las que trataban de proteger a los tutsis y las mujeres y niñas hutus a las que se encontraba un parecido con la etnia tutsi también fueron víctimas de violaciones y actos de brutalidad. Algunos de los agresores se aprovecharon de la atmósfera de anarquía para violar a mujeres y niñas hutus. Tanto las mujeres hutus como las tutsis corrían el riesgo de ser violadas y sufrir otras agresiones en su huída en busca de seguridad, o al tratar de encontrar asilo en campos de refugiados. También hubo violaciones de mujeres hutus durante y después del avance del Ejército Patriótico Ruandés por el país, a veces como represalia contra la población hutu. Muy pocos de los autores de estas violaciones han sido procesados.

Hombres y mujeres por igual quedaron brutalizados por las torturas, los asesinatos y los graves daños y traumas psicológicos experimentados en casas, escuelas, hospitales, campos e iglesias. Algunos sobrevivientes contaron a Amnistía Internacional cómo se había ordenado a algunas personas que mataran a sus propios familiares y cómo ellas mismas habían sido asesinadas, tanto si se habían negado a hacerlo como si habían obedecido. En numerosas ocasiones se dejó morir a personas heridas, a veces tras arrojarlas en letrinas. Algunos sobrevivientes sentían un gran pesar porque les habían impedido cumplir la tradición de enterrar a los muertos, y habían tenido que dejar sus cuerpos pudriéndose en la calle.

IV. El legado del conflicto

«Durante la guerra, venían soldados de la milicia buscando hombres jóvenes a los que matar y niñas con las que tener relaciones sexuales. Durante una semana tuve relaciones con un hombre distinto cada noche, que me amenazaban con matarme [...] Ahora soy la cabeza de familia. Afortunadamente, mis hermanos menores reciben ayuda económica para sus estudios, y yo llevo nueve meses tomando antirretrovirales. Quiero casarme y encontrar a alguien que me ayude a cuidar de mi hermano y mi hermana. Algunos hombres me han propuesto matrimonio, pero he tenido que decir que no porque no quiero contagiar a mi posible esposo. Me siento distinta de otros jóvenes, que tienen toda la vida por delante.»

Clémentine, 30 años, Kigali-Ngali.

IV.1. Trauma psicológico, sentimiento de culpa y condena al ostracismo

Durante el genocidio y la guerra, las mujeres y las niñas sufrieron o presenciaron actos de indescriptible brutalidad, como el asesinato de sus familiares y seres queridos. Esposos, hermanos e hijos vivían angustiados por las agresiones físicas y psicológicas contra las mujeres de su familia. La violencia ha provocado en numerosos ruandeses un trauma profundo, que en la mayoría de los casos supera con creces la capacidad de las organizaciones humanitarias para prestar una ayuda significativa. Según un estudio de 1999, el 80,9 por ciento de las personas encuestadas presentaba síntomas de trauma.¹¹

En ocasiones, las mujeres y las niñas que sufrieron abusos sexuales durante el genocidio y la guerra tuvieron que hacer frente a graves problemas de estigmatización y marginación, al conocerse la agresión de que habían sido objeto. Por este motivo, muchas han preferido guardar silencio sobre los horrores que tuvieron que soportar. Algunas mujeres han contado que las personas de su comunidad que sabían que habían sido violadas daban por hecho que tenían una enfermedad de transmisión sexual, probablemente el VIH. Otras han reconocido con franqueza que luchaban contra un sentimiento de culpa por haber

¹¹ AVEGA - AGAHOZO, *Etude sur les violences faites aux femmes au Rwanda*, Kigali, diciembre de 1999, p. 24.

sobrevivido y haber sido violadas, explicando que los miembros de su comunidad opinaban que, si habían sobrevivido, debía ser porque colaboraron con los autores del genocidio. Algunas mujeres se han visto aquejadas de graves problemas de salud, como fístulas, que han contribuido a aumentar su aislamiento.¹² A algunas les ha sido imposible casarse, y otras fueron abandonadas por sus esposos. Muchas de las mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional dijeron que no habían buscado ayuda médica inmediatamente, aun estando ésta disponible, porque deseaban ocultar el hecho de que habían sido violadas. Diez años después, el principal problema médico al que se enfrentan muchas mujeres, sobre todo las afectadas de VIH/sida, son las secuelas psicológicas. Una mujer, que no sólo había sido violada sino que además había perdido a dos hijos y a su esposo en 1994, comentaba: *“He estado cuatro veces en el hospital para recibir tratamiento psiquiátrico [...] Sigo pasándolo muy mal, y es difícil encontrar a alguien con quien hablar”*.

IV.2. Impacto diferencial en mujeres y niñas

Con frecuencia, las secuelas de la violencia han sido especialmente graves para las mujeres. Tras el genocidio y la guerra, éstas constituían la mayoría de la población, y sobre ellas recayeron nuevas obligaciones, como ganar dinero, atender a los heridos, enfermos e inválidos y cuidar de los huérfanos. Tuvieron que hacer frente a estas difíciles circunstancias al mismo tiempo que luchaban con sus propias enfermedades y lesiones, su dolor y su trauma.

El genocidio, la guerra y la subsiguiente inestabilidad de la región han traído una compleja serie de consecuencias para las mujeres y sus familias, que a menudo afectan diferencialmente a las primeras. A veces las mujeres o las niñas se han convertido en el único sostén de la familia, o se han visto empujadas a contraer matrimonios “de conveniencia”. Algunas familias perdieron sus tierras, casas y bienes durante el genocidio y la guerra, con el consiguiente aumento de la presión sobre los recursos familiares y la erosión de la cohesión social. Las niñas que quedaron huérfanas también han visto reducidas sus posibilidades de recibir una educación, ya que normalmente se espera de ellas que se dediquen al cuidado de los niños o que se pongan a trabajar como empleadas domésticas. En ocasiones las mujeres jóvenes se ven obligadas a prostituirse para cubrir sus necesidades y las de sus hermanos, y a veces tienen que vivir en la calle. Las sobrevivientes de violación pueden verse rechazadas por sus parejas, familias y comunidades.

«Mi esposo fue encarcelado una semana después de la guerra, aunque nadie lo había acusado de nada [...] Sospecho que el que me contagió fue mi cuñado [...] Cuando encarcelaron a mi esposo, su hermano empezó a rondarme y a insistir en que tenía que tener relaciones sexuales con él para demostrar que seguía formando parte de la familia. Al final tuve que ceder [...] Yo estaba preocupada por estas relaciones extramatrimoniales y por lo que pasaría cuando mi esposo saliera de la cárcel. Me echarían de casa y la nueva esposa maltrataría a mis hijos. Me negué a guardar silencio y contagiarlo [...] Todo esto ocurrió por culpa de la guerra. Mi esposo era mi confidente; de no ser por la guerra, él no habría ido a la cárcel, y yo no me habría infectado.»

Florence, Kigali-Ngali

A veces, las personas que proporcionaban sustento a la familia están en la cárcel, en el exilio o luchando en el frente, con lo que, una vez más, las mujeres (o incluso los niños) tienen que encargarse de conseguir alimento —e incluso de llevarlo a la cárcel—, y se convierten en el único proveedor de la familia. Con frecuencia esta presión deriva naturalmente en problemas de malnutrición y otras enfermedades para numerosas mujeres y niños. Las mujeres tienen que asumir el cuidado de innumerables huérfanos, a medida que la pobreza del país aumenta, y algunas tienen que hacerse cargo de hijos nacidos a consecuencia de

¹² Se produce una fístula cuando la pared entre la vagina y la vejiga o el intestino se rompe, con la consiguiente pérdida de control sobre las funciones de la vejiga y el intestino. Las mujeres que tienen este problema se ven aisladas debido a su incontinencia. El problema puede solucionarse con cirugía.

violaciones. También se dan casos de familiares inválidos o con problemas de salud persistentes, derivados de lesiones sufridas en el conflicto de 1994, que dependen del cuidado de mujeres y niñas.

IV.3. Problemas de tierra y herencia

Algunas viudas perdieron sus tierras al ser éstas reclamadas por familiares de su esposo o por ruandeses que regresaron en los meses y años posteriores a la victoria del Ejército Patriótico Ruandés, o bien durante el proceso de “urbanización” que, a veces por la fuerza, ha intentado agrupar en pueblos a una población rural dispersa. A lo largo de una década de regresos de refugiados, desplazamientos, programas de “urbanización” e incautaciones de tierras por parte de individuos poderosos, la tierra ha cambiado numerosas veces de manos. El derecho de las mujeres a reivindicar tierras, incluso en los casos tipificados por la ley, ha encontrado especiales dificultades para hacerse valer.

IV.4. El legado del genocidio y la guerra y su contribución a la transmisión del VIH

Algunas niñas y mujeres jóvenes contaron que habían sido expulsadas de su hogar cuando los ingresos familiares se consideraron insuficientes para mantener a todos sus miembros. Las viudas y las niñas huérfanas quedaron en una posición especialmente vulnerable a los matrimonios forzados, la violación por parte de vecinos o extraños y los abusos sexuales de sus jefes, especialmente si trabajaban como empleadas domésticas. La prostitución parecía ser la única opción para las mujeres y niñas desvalidas y traumatizadas, sobrevivientes, en algunos casos, de actos de violencia sexual. Los problemas económicos obligaban a las mujeres a aceptar relaciones abusivas o a someterse a insinuaciones sexuales no deseadas. Entretanto, el trauma generalizado sigue sin duda alimentando la violencia en el entorno familiar y los abusos sexuales, según han comentado grupos de mujeres y profesionales médicos a delegados de Amnistía Internacional. Según cifras aportadas por el gobierno ruandés, se calcula que un 80 por ciento de los trabajadores de la industria del sexo son portadores del VIH.¹³

Aunque la transmisión del VIH no es, evidentemente, el único problema al que se enfrentan las mujeres y las niñas, las secuelas del genocidio, la guerra y el incesante conflicto regional han aumentado de forma considerable su riesgo de exposición al virus. Quizá practiquen el “sexo de supervivencia”, es decir, el intercambio de sexo por comida, refugio, tasas escolares u otros artículos.¹⁴ Al menos 400.000 niños han perdido a uno o a ambos progenitores, ya sea debido a la violencia, el sida u otras causas. Estos niños pueden verse obligados a deambular por las calles como vendedores ambulantes o, simplemente, encontrarse sin hogar, expuestos a que los violen o a dejarse arrastrar al “sexo de supervivencia”. Algunas mujeres y niñas que se dedican al “sexo de supervivencia” o a la prostitución son, de hecho, sobrevivientes de actos de violencia sexual, y pueden sufrir graves traumas y depresiones.

«Me casé en 1995. Me dijeron que mi esposo podía tener el sida, pero mi padre había muerto y mi madre estaba en la cárcel. Tenía cinco hermanos y hermanas a mi cuidado, y tuve que casarme para poder pagar sus estudios.»

Mujer portadora del VIH, Kigali

«Tras la guerra, vimos que nuestra familia estaba diezmada [...] Mi hermana menor, que está a mi cuidado, es una seudoprostituta, porque no tiene dinero. Dice que va a continuar con esta vida»

¹³ *Cadre Stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006*, elaborado por la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA (CNLS), p. 37.

¹⁴ También se denomina “sexo transaccional”, para indicar que se comercia con sexo a cambio de una retribución económica o de otro tipo. Las mujeres “consienten” porque no ven posible ninguna otra forma de supervivencia.

aunque contraiga el VIH. Dice que ve deteriorarse mi salud e insiste en que quiere disfrutar de la vida antes de morir.»

Mujer portadora del VIH, Kigali-Ngali

«Algunos niños de la calle son huérfanos desde 1994 [...] Las Fuerzas de Defensa Local les dicen [a los niños de la calle] que, si tienen relaciones sexuales con ellos, los protegerán. Nos llegan noticias de numerosos casos de violaciones de niñas [...] Al sexo a cambio de protección lo llaman umuswati, que en el argot kinyarwanda significa “órgano genital femenino”.»

Joseph, miembro de una organización de ayuda para niños de la calle ruandeses

V. El marco jurídico internacional

Las normas internacionales de derechos humanos y el derecho internacional humanitario ofrecen amplias garantías respecto al derecho de mujeres y niñas a recibir protección contra la violencia y los abusos sexuales. El derecho internacional obliga a los Estados a abordar las violaciones persistentes de derechos humanos y a adoptar medidas para impedir que sucedan. Con respecto a las violaciones de la integridad corporal, los Estados tienen el deber de procesar a los responsables de abusos, ya sean agentes estatales o ciudadanos particulares. Por ejemplo, el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, instrumento que Ruanda ha ratificado, obliga a los gobiernos a garantizar el derecho de todos los individuos bajo su jurisdicción, sin distinción de ningún tipo, incluido su sexo, a interponer un recurso efectivo por posibles abusos sufridos y a garantizar su derecho a la vida y a la seguridad personal. Cuando el Estado, de forma sistemática, no ofrece una respuesta a los datos que revelan la existencia de abusos o actos de violencia sexual contra mujeres y niñas, da a entender que tales agresiones pueden cometerse impunemente. De esta forma, el Estado incumple su obligación de adoptar las medidas mínimas necesarias para proteger el derecho de las mujeres y las niñas a la integridad física.

A los autores de violación y otros actos de violencia sexual se les pueden exigir responsabilidades en virtud del derecho internacional por actos de genocidio, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad. La violación y otras formas de violencia sexual se condenan de forma explícita como crímenes de guerra, ya tengan lugar en conflictos de carácter internacional como no internacional. El artículo 3 común a los Convenios de Ginebra de 1949, en el que Ruanda es Estado Parte, es aplicable a los conflictos armados de carácter no internacional y vinculante para todas las partes en conflicto. Prohíbe “los atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura y los suplicios” y “los atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes”. Las “garantías fundamentales” del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra, asimismo aplicable a conflictos armados sin carácter internacional, protegen a la población civil y establecen que todas las personas “[s]erán tratadas con humanidad en toda circunstancia, sin ninguna distinción de carácter desfavorable. Queda prohibido ordenar que no haya supervivientes”. El Protocolo II prohíbe “los atentados contra la vida, la salud y la integridad física o mental de las personas, en particular el homicidio y los tratos crueles tales como la tortura y las mutilaciones o toda forma de pena corporal”, “los atentados contra la dignidad personal, en especial los tratos humillantes y degradantes, la violación, la prostitución forzada y cualquier forma de atentado al pudor” y “la esclavitud y la trata de esclavos en todas sus formas”. Ruanda se adhirió al Protocolo II en 1984.

La comisión generalizada o sistemática de actos de violencia sexual contra la población civil puede ser perseguida judicialmente como crimen contra la humanidad, ya ocurra en un contexto de paz o de guerra. Tal como reconoce el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma), la violación y otras formas de violencia sexual de gravedad comparable pueden considerarse crímenes contra la humanidad cuando se cometen como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque. Los Elementos de los Crímenes, anexo del Estatuto de Roma, incluyen en su definición de violación la invasión “[d]el cuerpo de una persona mediante una conducta que haya ocasionado

la penetración, por insignificante que fuera, de cualquier parte del cuerpo de la víctima o del autor con un órgano sexual o del orificio anal o vaginal de la víctima con un objeto u otra parte del cuerpo”.

La Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (Convención sobre el Genocidio), de 1948, en la que Ruanda es Estado Parte, define el genocidio como “cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal:

- (a) Matanza de miembros del grupo;
- (b) Lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo;
- (c) Sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial;
- (d) Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo;
- (e) Traslado por fuerza de niños del grupo a otro grupo”.

La violencia sexual incluye la violación y el intento de violación, y actos tales como obligar a una persona a desnudarse en público, obligar a dos personas a practicar actos sexuales una con otra o a dañarse mutuamente con propósitos sexuales, mutilar a una persona cortándole los genitales, o los pechos si se trata de una mujer, y practicar la esclavitud sexual. La sentencia emitida en el 2002 por la Sala de Apelaciones del Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia en el caso *Foca*, define la violación como “la penetración sexual, aunque sea mínima: (a) de la vagina o el ano de la víctima por el pene del perpetrador o de cualquier otro objeto utilizado por éste, o (b) [de] la boca de la víctima por el pene del perpetrador, siempre que tal penetración sexual ocurra sin el consentimiento de la víctima. El consentimiento a estos efectos debe tener un carácter voluntario, como resultado del libre albedrío de la víctima, y debe valorarse en función de las circunstancias en que ocurrieron los hechos. La *mens rea*, o elemento de intencionalidad, es la intención de efectuar esta penetración sexual, y el conocimiento de que se hace sin el consentimiento de la víctima”.¹⁵

La sentencia histórica de 1998 sobre el caso *Akayesu*, visto ante el Tribunal Penal Internacional para Ruanda, articula una definición amplia del delito de violación que va más allá de la penetración física o, incluso, del contacto sexual: “Una invasión física de naturaleza sexual cometida contra una persona en circunstancias coactivas. El Tribunal considera violencia sexual, que incluye la violación, cualquier acto de naturaleza sexual cometido contra una persona en circunstancias coactivas. La violencia sexual no se limita a la invasión física del cuerpo humano, y puede incluir actos que no impliquen penetración ni, tan siquiera, contacto físico [...] El Tribunal señala en este contexto que, para poner de manifiesto la existencia de circunstancias coactivas, no es necesario demostrar que hubo fuerza física. Las amenazas, la intimidación, la extorsión y otras formas de coacción que se aprovechan del miedo o la desesperación pueden constituir coacción, y la coacción puede ser inherente a ciertas circunstancias, como son el conflicto armado o la presencia militar de *interahamwe* entre las refugiadas tutsis en el *bureau communal* [dependencias administrativas de la comuna]”.¹⁶ La sentencia del caso *Akayesu* estableció por primera vez que la violación y los actos de violencia sexual podían ser perseguidos judicialmente como elementos constitutivos de genocidio. La resolución del caso *Akayesu* representa además una importante evolución respecto de anteriores definiciones de violación, incluida la del artículo 27 del Convenio IV de Ginebra, que contempla la violación como un atentado contra el honor o el pudor de la mujer, más que como una agresión física. El

¹⁵ *Prosecutor vs. Dragoljub Kunarac, Radomir Kovac and Zoran Vukovic* (caso *Foca*), sentencia de la Sala de Apelaciones, 12 de junio del 2002, IT-96-23 e IT-96-23/1, párrafos 127-133.

¹⁶ Naciones Unidas, Tribunal Penal Internacional para Ruanda, Sala 1, presidido por el juez Laity Kama, Resolución de 2 de septiembre de 1998, *Prosecutor vs. Jean-Paul Akayesu*, Causa núm. ICTR-96-4-T.

lenguaje utilizado en la resolución del caso *Akayesu* describe claramente la violación como un atentado contra la integridad física, con lo que la eleva a la categoría de otros delitos graves, en lugar de reafirmar la noción preexistente de que se trataba de un delito menor o de carácter privado.

Las primeras condenas dictadas por el Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia por violaciones consideradas crímenes contra la humanidad figuran en la sentencia de la causa contra *Kunarac, Kovac y Vukovic*, del 22 de febrero del 2001, en la que el Tribunal resolvió que los delitos cometidos por los acusados formaban parte de un ataque sistemático contra civiles musulmanes, con el que se pretendía expulsar a éstos de la región. Los acusados fueron también declarados culpables de un delito de esclavización constitutivo de crimen contra la humanidad, decisión que estableció un precedente legal para considerar la esclavización sexual un crimen contra la humanidad.

La definición de violación contenida en el caso *Akayesu* fue reafirmada por la resolución del caso *Kunarac*, que rechazaba la idea de que la víctima tuviera que demostrar que se había resistido al uso de la fuerza. Antes bien, la sentencia establecía que el uso de la fuerza o la amenaza de ésta constituía una prueba suficientemente clara de que no había existido consentimiento; las circunstancias coactivas –aun sin fuerza física– se consideraban suficientes para establecer la ausencia de consentimiento.

Ruanda ratificó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en 1981, aunque aún no ha firmado su Protocolo Facultativo. Esta Convención reconoce que muchos abusos contra los derechos de las mujeres emanan de la sociedad y la cultura, y obliga a los gobiernos a adoptar medidas adecuadas para castigar tales abusos. La Convención obliga a los gobiernos a “[m]odificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”.¹⁷ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, encargado de vigilar la aplicación de la Convención, estableció en su Recomendación general 19, publicada en 1992, en la que se especifica que la violencia por motivos de género es una forma de discriminación que afecta gravemente al ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, que “[l]a violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos, constituye discriminación, como la define el artículo 1 de la Convención”. El Comité incluye como ejemplos de violencia la violación y otras formas de agresión sexual, la negación del acceso a los servicios de salud reproductiva y las palizas. Según el artículo 2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Estados deben “seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer”, adoptando “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas”. Esta obligación se extiende a la violencia contra las mujeres en el contexto de conflictos armados. En referencia al impacto de la violencia contra las mujeres, el Comité establece que “[l]as guerras, los conflictos armados y la ocupación de territorios conducen frecuentemente a un aumento de la prostitución, la trata de mujeres y actos de agresión sexual contra la mujer, que requiere la adopción de medidas protectoras y punitivas”.

El comentario de la Recomendación 19 al artículo 6 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, incluye observaciones especialmente relevantes para las mujeres y las niñas que han quedado en la miseria tras el genocidio y la guerra: “La pobreza y el desempleo obligan a muchas mujeres, incluso a muchachas, a prostituirse. Las trabajadoras de la industria del sexo son especialmente vulnerables a la violencia porque su condición, que puede ser ilícita, tiende a marginarlas. Necesitan la protección de la ley contra la violación y otras formas de violencia”. El Comité señala, en su comentario a los artículos 16 y 5, que “[l]a falta de independencia económica obliga a muchas mujeres a

¹⁷ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 5(a).

permanecer en situaciones violentas. La negación de sus responsabilidades familiares por parte de los hombres puede ser una forma de violencia y coerción. Esta violencia compromete la salud de la mujer y entorpece su capacidad de participar en la vida familiar y en la vida pública en condiciones de igualdad”. Este comentario reviste especial importancia en los casos de mujeres aquejadas de enfermedades graves como el VIH/sida, que pueden verse desatendidas o abandonadas por sus esposos debido a su enfermedad, su imposibilidad de tener hijos o su falta de disposición a ello o su incapacidad para trabajar.

En la Recomendación general 24, el Comité afirma que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención. Además, obliga a los Estados a eliminar la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto. El artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer pide a los Estados que proporcionen “en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

El Protocolo¹⁸ a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África, firmado por Ruanda el 19 de diciembre del 2003, exige a los gobiernos que acaben con la violencia contra las mujeres, así como con la discriminación por motivos de género. El Protocolo es de gran alcance e innovador en sus definiciones y disposiciones fundamentales. Entre éstas se incluye la igualdad en el acceso a la justicia y en la protección por parte de la ley, el derecho a una alimentación adecuada y a agua potable, la igualdad en el acceso a la educación y otros derechos económicos, sociales y culturales. El artículo 14 se ocupa de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. Incluye el derecho a utilizar métodos anticonceptivos y “el derecho a la autoprotección y a estar protegidas contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida”, así como “el derecho a recibir información sobre su propio estado de salud y sobre el de su compañero, especialmente cuando se padecen enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, según disponen las normas internacionalmente reconocidas y los principios de buena práctica”.

El artículo 14.2 establece, asimismo, que “los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para:

- a) proporcionar a las mujeres, especialmente a las que habitan en zonas rurales, servicios de salud adecuados, asequibles y accesibles, incluidos programas de información, educación y comunicación;
- b) establecer servicios de nutrición y atención prenatal, de parto y posparto para las mujeres en periodos de embarazo y de lactancia, y reforzar los ya existentes;
- c) proteger los derechos reproductivos de las mujeres autorizando el aborto médico en casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando la continua sucesión de embarazos ponga en peligro la salud mental y física de la madre o la vida de la madre o del feto”.

Por primera vez en el derecho internacional, el Protocolo garantiza el derecho al aborto en casos de agresión sexual o violación, y cuando el embarazo constituya un peligro para la salud mental o física de la madre, entre otras circunstancias. El Protocolo, además, garantiza los derechos de las viudas, incluido el derecho a no sufrir trato inhumano, humillante o degradante, a obtener automáticamente la tutela de los hijos tras la muerte de su esposo y a recibir una parte equitativa de la herencia. El Protocolo ordena a los Estados que reduzcan “significativamente” sus gastos militares y que desvíen estos fondos al desarrollo social, especialmente en lo que afecta a las mujeres.

¹⁸ La traducción de las citas del Protocolo es de EDAI.

En virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el que Ruanda es Estado Parte, se exige a los Estados que se abstengan de cometer violaciones de derechos humanos contra las mujeres y que protejan a éstas de los abusos de otros agentes, ya sea en tiempo de paz o de guerra. El Comité de Derechos Humanos ha aludido específicamente al riesgo que corren las mujeres en épocas de conflicto, y ha comunicado a los Estados que deben informar al Comité de “todas las medidas adoptadas en situaciones de esa índole para proteger a la mujer de la violación, el secuestro u otras formas de violencia basada en el género”.¹⁹ La Convención sobre los Derechos del Niño, en la que Ruanda es Estado Parte, dedica, además, varias disposiciones a la protección de los niños, y expone una serie de normas para proteger a las niñas de la violencia y la explotación sexual. Los Estados Partes deben comprometerse a proteger a los niños “contra todas las formas de explotación y abuso sexuales,” y tomar, en particular, todas las medidas adecuadas para impedir “[l]a incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal” y “[l]a explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales”.²⁰ Los Estados Partes deben adoptar todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de cualquier niño que haya sido víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso, de torturas u otras formas de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o de conflictos armados.²¹

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales garantiza el disfrute, sin discriminación alguna, de los derechos fundamentales en él contenidos. Las mujeres, por tanto, al igual que los hombres, tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud y a la educación.

VI. El marco jurídico nacional

La violación y los atentados contra el pudor son objeto de los artículos 358 a 362 del Código Penal de Ruanda, que prohíbe la violación. Según la legislación ruandesa, para que exista violación debe haber penetración sexual de los órganos sexuales, el ano o la boca por un órgano sexual masculino o, en algunos casos, por otros objetos. En virtud del artículo 360, se perpetra una violación bien por métodos violentos o bien mediante amenazas o engaños o aprovechándose de una persona que no esté en plena posesión de sus facultades debido a una enfermedad o a cualquier otra causa que la incapacite para dar su consentimiento. El artículo 33 está dedicado a la violación infantil, y los artículos 47 a 50 se refieren al matrimonio forzado o precoz de los menores de 18 años. El artículo 360 establece que las violaciones que produzcan la muerte de la víctima serán punibles con la pena capital, y el artículo 361 estipula que, si la violación causa problemas graves de salud a la víctima, la condena se duplicará. De igual modo, la violación infantil que produzca la muerte del niño o lo contagie de alguna enfermedad incurable llevará aparejada la pena de muerte. Amnistía Internacional se opone a la pena de muerte en todas las circunstancias, ya que constituye una violación del derecho a la vida, y la considera la expresión máxima de pena cruel e inhumana. Según el artículo 361, se considerará circunstancia agravante y se duplicará la condena cuando el autor de la agresión sea un ministro de la Iglesia, un funcionario público, un médico u otro trabajador de los servicios de salud, un profesor o una persona que ocupe un puesto de autoridad.

La Ley Orgánica 08/96, del 30 de agosto de 1996, sobre la organización de los procesos por delitos constitutivos de crimen de genocidio o crímenes contra la humanidad cometidos desde el 1 de octubre de 1990 (o “Ley del Genocidio”), clasifica los delitos en función de su gravedad. Los pertenecientes a la “Categoría 1”, donde se inscriben la mayoría de los delitos graves, incluyen los “actos de tortura sexual”, cuyos perpetradores pueden ser condenados a la pena capital sin posibilidad de beneficiarse de una reducción de la pena. La legislación nacional sólo contempla la aplicación de la pena capital para delitos de violencia

¹⁹ Recomendación 28, 2000.

²⁰ Convención sobre los Derechos del Niño, Resolución 44/25 de la Asamblea General, Doc. ONU A/44/49 (1989), entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, artículo 34.

²¹ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 39.

sexual en el caso de que tales actos hayan causado la muerte de la víctima [art. 359 (3) y art. 360 (4) del Código Penal, compárese con n° 25]. Para no contravenir el principio de retroactividad, los actos de violencia sexual perpetrados durante el genocidio suelen incluirse en la Categoría 1 sólo cuando constituyen tortura sexual grave, que puede incluir la violación reiterada o la mutilación. Esta interpretación está en sintonía con el artículo 316 del Código Penal, que equipara al asesinato el uso de la tortura durante la ejecución de un crimen.²²

Se han aprobado disposiciones para que las mujeres testifiquen en salas especiales, de modo que se respete su intimidad. La Ley del Genocidio establece que las víctimas tienen derecho a recibir una compensación o indemnización por daños y perjuicios. El artículo 30 estipula que “las personas condenadas por actos incluidos en la Categoría 1, en virtud del artículo 2, serán consideradas individual y colectivamente responsables de todos los daños causados en el país por sus actos de participación criminal, independientemente del lugar donde se cometieran los delitos”, y las incluidas en las Categorías 2, 3 y 4 serán asimismo consideradas responsables de los daños causados. El artículo 32 establece que “las indemnizaciones por daños y perjuicios a víctimas que aún no hayan sido identificadas se depositarán en un fondo de indemnización para víctimas, cuya creación y funcionamiento serán objeto de otra ley. Antes de la aprobación de la ley en cuestión, el dinero de las indemnizaciones se depositará en una cuenta del Banco Nacional de Ruanda, abierta a tal efecto por el ministro responsable de Asuntos Sociales, y sólo se hará uso del Fondo tras la aprobación de la ley”.

La Ley Orgánica 40/2000, de 26 de enero del 2001, que establece “jurisdicciones *gacaca*” y organiza los procesos por delitos constitutivos de crimen de genocidio o crímenes contra la humanidad cometidos entre el 1 de octubre de 1990 y el 31 de diciembre de 1994, contiene disposiciones sobre el pago de indemnizaciones. El artículo 90 estipula que las sentencias pronunciadas en el sistema *gacaca* deberán pasar seguidamente al Fondo de Indemnización para Víctimas del Genocidio y de Crímenes contra la Humanidad, el cual establecerá “las modalidades de concesión de la indemnización”. El artículo 91 señala que “cualquier acción civil emprendida contra el Estado ante la jurisdicción ordinaria o ante la ‘jurisdicción del sistema *gacaca*’ será declarada inadmisibile debido a que el Estado ya ha reconocido su participación en el genocidio y cada año destina, en concepto de indemnización, un porcentaje de su presupuesto anual al Fondo de Indemnización. Este porcentaje lo establece la legislación financiera”.

El párrafo 9 del preámbulo de la Constitución del 2003 reafirma la “adhesión [de Ruanda] a los principios de derechos humanos consagrados en la Carta de las Naciones Unidas del 26 de junio de 1945, la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio del 9 de diciembre de 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de 21 de diciembre de 1965, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos del 16 de diciembre de 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del 16 de diciembre de 1966, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer del 18 de diciembre de 1979, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos del 27 de junio de 1981 y la Convención sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989”. El párrafo 10 del preámbulo señala que Ruanda se compromete “a garantizar los mismos derechos a todos los ruandeses y la igualdad entre hombres y mujeres, sin perjuicio de los principios de complementariedad e igualdad de derechos entre hombres y mujeres en el desarrollo nacional”.

²² Abogados sin Fronteras (*Avocats sans frontières*), *Titre Premier de la Loi Organique et de ses dispositions pénales*, Daniel de Beer, Bruselas, 1996.

El artículo 11 de la Constitución afirma que “la discriminación de toda índole basada, entre otros motivos, en el origen étnico, la tribu, el clan, el color, el sexo, la región, el origen social, la religión o la fe, la opinión, la posición económica, la cultura, la lengua, la posición social, la discapacitación física o psíquica o cualquier otra forma de discriminación está prohibida y será castigada por la ley”.

VII. Justicia, impunidad y reparación

Diez años después del genocidio, muchas mujeres aún están esperando justicia. La organización Haguruka, que defiende los derechos de las mujeres, comentó en una entrevista mantenida con Amnistía Internacional en marzo del 2004 que, según sus cálculos, el número de casos de mujeres violadas que habían pasado por los tribunales ordinarios desde 1994 era bastante inferior al centenar. Según Haguruka, de los aproximadamente 20 acusados que habían sido declarados culpables, la mayoría habían sido condenados a muerte, aunque luego apelaron contra su condena. La organización observó que las mujeres tienen poco interés en que se juzguen sus casos, ya que testificar –aunque sea a puerta cerrada– les resulta traumático y aumenta las posibilidades de que los miembros de la comunidad se enteren de que fueron violadas. Todos los casos graves de violencia sexual deben pasar a la jurisdicción ordinaria. Si tales casos se abordaran a través del sistema *gacaca* (sistema de justicia tradicional comunitaria), ningún responsable de abusos habría sido condenado hasta el momento, ya que aún no se ha juzgado un solo caso por este sistema.²³ El sistema *gacaca* se encuentra todavía en la fase de clasificación de los sospechosos en función de la gravedad del delito, proceso que se espera se prolongue hasta el final del 2005, y hasta entonces no podrán comenzar los juicios a escala nacional. El gobierno ruandés, según algunos representantes de cooperaciones bilaterales sobre el sistema *gacaca*, y según miembros de la sociedad civil ruandesa, parece haber perdido interés en el proceso. Éste quedó paralizado durante los meses previos a las elecciones presidenciales y parlamentarias de agosto y septiembre del 2003, y en el momento de redactarse este informe aún no se había retomado.

Las mujeres que sufrieron abusos a manos de soldados del Ejército Patriótico Ruandés o el Frente Patriótico Ruandés están librando una lucha aún más dura por obtener justicia. Las sobrevivientes de actos de violencia sexual que presentan acusaciones contra soldados se exponen a sufrir represalias y tienen pocas probabilidades de que su caso progrese. Los periodistas señalan que los delitos cometidos por el Ejército Patriótico Ruandés y el Frente Patriótico Ruandés siguen siendo un tema tabú en Ruanda. Sólo unos cuantos casos aislados han llegado ante los tribunales, pese a que el gobierno ruandés sostiene que todos los soldados del Ejército Patriótico Ruandés sospechosos de violación han comparecido ante la justicia. Amnistía Internacional ha solicitado con insistencia datos estadísticos y nombres de miembros del Ejército Patriótico Ruandés y el Frente Patriótico Ruandés que hayan sido procesados; el gobierno ruandés se ha comprometido en diversas ocasiones a facilitar datos, pero nunca lo ha hecho.

VII.1. Fondo de indemnización

Una de las peticiones recurrentes de las sobrevivientes de violación del periodo de 1994 con las que han hablado los delegados de Amnistía Internacional es la creación de un fondo de indemnización para las víctimas, en especial para las víctimas del genocidio. Es muy difícil que éstas obtengan una reparación efectiva de sus presuntos agresores, ya que éstos son generalmente muy pobres, sobre todo si han pasado la mayor parte de la última década en prisión. Existe un alto riesgo de que las personas condenadas acaben en la ruina, y no hay datos de que se haya hecho cumplir ninguna resolución de indemnización mediante una acción judicial. Aunque, en agosto del 2002, el Consejo de Ministros debatió un proyecto de ley basado en un antiguo borrador de la ley de indemnización para víctimas del genocidio, la propuesta aún debe ser

²³ El sistema *gacaca* se basa en una modalidad de justicia comunitaria utilizada tradicionalmente en Ruanda para juzgar delitos menores. En el 2001, el gobierno de Ruanda introdujo un sistema, basado en el sistema *gacaca*, para juzgar a las decenas de miles de personas detenidas por su presunta participación en el genocidio, personas que, de otra forma, no podrían ser juzgadas en un plazo aceptable en la jurisdicción ordinaria.

sometida a votación en la Asamblea Nacional. Al parecer está circulando una nueva versión del proyecto que prevé la creación de un Fondo de Indemnización (*Fonds d'Indemnisation, FIND*). La nueva versión limita, según los informes, los fondos totales distribuidos mediante la entrega de una cantidad determinada en concepto de indemnización a los sobrevivientes del genocidio.²⁴ Hasta ahora, el gobierno ruandés ha estado proporcionando ayudas a través del Fondo de Asistencia a los Sobrevivientes del Genocidio (*Fonds d'Assistance aux Rescapés du Génocide, FARG*) mediante la asignación de aproximadamente un 5 por ciento de los ingresos internos del Estado para gastos de vivienda, asistencia médica y educación, cantidad que podría incrementarse en virtud del nuevo proyecto de ley. Muchos sobrevivientes del genocidio se quejan de que los fondos son insuficientes y de que puede resultar difícil acceder a ellos. En teoría, el FARG está destinado a víctimas tanto hutus como tutsis. Sin embargo, algunos sobrevivientes hutus con los que ha hablado Amnistía Internacional dijeron que les habían negado la ayuda, y que sospechaban que su origen étnico podía ser la causa.

VIII. Acceso a la asistencia médica

«Los verdaderos indigentes son más afortunados que los pobres de nivel medio, ya que tienen más posibilidades de obtener medicamentos gratuitos, mientras que los que padecen una situación de pobreza menos grave no pueden costearse los medicamentos ni beneficiarse de la ayuda del gobierno.»

Olive Gatesi, presidenta de la Red Nacional de Personas Afectadas de VIH/sida

VIII.1. Pobreza y acceso a la asistencia médica

La mayor parte de la población ruandesa encuentra dificultades para acceder a la asistencia médica básica, y muchas más para hacer frente al elevadísimo gasto que implican los tratamientos, pruebas y hospitalizaciones relacionados con el sida. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), se calcula que sólo un 28 por ciento de los hogares ruandeses afectados de VIH pueden costearse la asistencia médica, siquiera la más básica; numerosas familias piden dinero prestado, venden sus bienes –incluida la tierra– o deciden renunciar a recibir atención médica.²⁵ El sistema de asistencia médica de Ruanda funciona según una política de recuperación del gasto, restablecida poco después del genocidio, aunque el gobierno y los donantes internacionales están tratando de animar a la población a participar en planes de seguro médico comunitarios. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) observó en el 2001 que había quedado demostrado en repetidas ocasiones que exigir el pago de cuotas acaba por excluir de los servicios básicos de salud a los usuarios más desfavorecidos, mientras que sólo lograba recuperar una parte mínima del gasto.²⁶

Los ruandeses que viven en condiciones de extrema pobreza pueden a veces conseguir tarjetas que dan fe de su indigencia y les permiten acceder de forma gratuita a ciertos servicios, como la asistencia médica y la educación de sus hijos. No obstante, los beneficiarios de este programa son a veces demasiado pobres para costearse siquiera el transporte a los centros médicos correspondientes. El proceso para hacerse con una de estas “tarjetas de indigente” es muy laborioso, y algunas personas que hablaron con delegados de Amnistía Internacional dijeron haber renunciado a conseguirlo. Algunas mujeres consiguieron atención médica gratuita a través del FARG, el Fondo de Asistencia a los Sobrevivientes del Genocidio, aunque éste

²⁴ Reforma Penal Internacional, *Research on the Gacaca. PRI, Report V*, septiembre del 2003, p. 13.

²⁵ ONUSIDA, *Paying for HIV/AIDS Services: Lessons from National Health Accounts and community-based health insurance in Rwanda, 1988-1999*, septiembre del 2001, p. 7.

²⁶ Comisión sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Ginebra, OMS, 2001, p.61.

no cubre ciertos servicios relacionados con el VIH, como el tratamiento con antirretrovirales. Activistas de derechos humanos han señalado también que tanto el sistema de ayuda a los indigentes como el FARG se prestan a la corrupción, y que altos cargos políticos, incluidos miembros del Parlamento, se han beneficiado de las ayudas del Fondo, que se supone está destinado a los ciudadanos ruandeses más vulnerables.

Para las personas que no consiguen asistencia por ninguno de estos métodos, la vida con VIH/sida resulta una pesada carga. Los gastos de transporte, las consultas, los medicamentos y las pruebas están muy por encima de los recursos de la mayoría de los ruandeses. Los pocos que consiguen tratamientos antirretrovirales gratuitos siguen teniendo que pagar los gastos de hospitalización y las consultas. Muchos se ven en la tesitura de tener que elegir entre pagar los gastos médicos o comprar comida, o de tener que decidir cómo repartir el escaso alimento disponible entre los miembros de la familia. La mayoría de los ruandeses que no reúnen los requisitos para recibir atención médica gratuita no pueden, generalmente, costearse los tratamientos básicos; se han dado casos de mujeres que han permanecido prisioneras en centros de salud tras dar a luz por no poder pagar los gastos médicos. Sus familiares a veces han tenido que vender una parcela de terreno para pagar la deuda y conseguir su libertad. En este momento, según los informes, algunos proveedores de servicios médicos están exigiendo a las mujeres el aval de alguna persona que ocupe un puesto de autoridad en la célula (la unidad administrativa más pequeña de Ruanda), que garantice al proveedor que la mujer pagará por los servicios prestados.

«Los servicios se están incrementando, pero no podemos ayudar a todo el mundo [...] A veces, las mujeres tienen miedo de hacerles la prueba a sus hijos, ya que les resulta, sencillamente, demasiado doloroso saberlo cuando no tienen medios para cuidar al niño.»

Doctora Fabienne Shumbuso, especialista en VIH/sida, hospital de Gitarama

VIII.2. Prevalencia del VIH/sida

La prevalencia del VIH/sida en Ruanda constituye en sí mismo un asunto polémico. Según datos de ONUSIDA, la prevalencia entre adultos en el año 2002 era del 8,9 por ciento, y afectaba a un total de 495.000 personas, incluidos 65.000 niños y bebés, de una población de 8.162.715 personas.²⁷ Las cifras del gobierno ruandés hablan de una prevalencia nacional de entre el 11 y el 13 por ciento²⁸. Todas las fuentes coinciden en que el número de casos está aumentando, y en que es mucho más alto en la capital, Kigali –con un porcentaje, repetido por casi todas las fuentes, de un 17 por ciento–, que en cualquier otro punto del país. En el 2002, los datos recabados por vigilancia centinela realizada entre mujeres que acudían a consultas de atención prenatal en distintos puntos del país reveló que la prevalencia del VIH en zonas urbanas oscilaba entre el 3,7 y el 13 por ciento, según el sector analizado, con una prevalencia media específica de zona del 6,9 por ciento, y que la prevalencia en zonas rurales variaba entre el 1,2 y el 5,1 por ciento, con una prevalencia media específica de zona del 3 por ciento.²⁹ Basándose en los datos de esta vigilancia centinela, el organismo estadounidense Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha calculado que la tasa de prevalencia es del 4,9 por ciento.

²⁷ ONUSIDA/OMS, *UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Rwanda, 2002 Update*.

²⁸ *Cadre Stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006*, elaborado por la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA, p. 9.

²⁹ Centro de Tratamiento e Investigación sobre el SIDA, *HIV Sentinel Surveillance Among Pregnant Women Attending Antenatal Clinics*, Ministerio de Salud Pública de la República de Ruanda / Centro para el Control de Enfermedades, Ruanda 2002, p. 15.

VIII.3. Disponibilidad de antirretrovirales y respuesta internacional

Las posibilidades de acceso a la asistencia médica de las personas afectadas de VIH/sida han aumentado de forma considerable en los últimos años, aunque no alcanzan a cubrir las necesidades de la población, incluidas las de las sobrevivientes de actos de violencia sexual. Están aumentando los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, que funcionan de forma gratuita. Los expertos de Ruanda calculan que el número de pacientes que precisan tratamientos antirretrovirales para prolongar su vida oscila entre los 50.000 y los 100.000. En este momento, la distribución de fármacos antirretrovirales en Ruanda está experimentando un rápido ascenso, pero en enero del 2004 sólo unos 2.000 ruandeses estaban siendo tratados con estos medicamentos, entre ellos los aproximadamente 800 enfermos que pagaban su propio suministro de medicamentos. En enero del 2004, un mes de tratamiento con antirretrovirales, sin ninguna otra prueba adicional, costaba unos 33.000 francos ruandeses (alrededor de 59 dólares estadounidenses). Se prevé que, al acabar el 2004, el número de pacientes bajo tratamiento oscilará entre los 3.000 y los 5.000, dependiendo de la llegada de fondos, los factores logísticos y la capacidad de los trabajadores de los servicios de salud, saturados de trabajo, para hacer el seguimiento de sus pacientes. Muchos otros enfermos están recibiendo tratamiento con antibióticos y otros medicamentos contra infecciones oportunistas (como la tuberculosis), para mantener a raya las enfermedades graves y la muerte. Estas iniciativas están siendo financiadas por entidades como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el Banco Mundial y otros donantes bilaterales.

Algunos médicos y asesores políticos han compartido con Amnistía Internacional su preocupación porque consideran que, durante el pasado año, los programas de tratamiento desarrollados en Ruanda recibieron tanto dinero como son capaces de absorber. Citan como ejemplo la limitada capacidad del sector médico para hacer un seguimiento adecuado del enorme número de pacientes afectados de VIH/sida. Otros médicos niegan con ardor que esto sea así, y creen que sería posible aumentar de forma significativa la distribución de antirretrovirales. Estos profesionales médicos admiten que el aumento de estas terapias plantea problemas logísticos, como, por ejemplo, la necesidad de reconfigurar la gestión de hospitales y consultas, objetivo al que se debería destinar una parte de cada nueva asignación de dinero y servicios. En cualquier caso, sigue habiendo muchas cuestiones pendientes en la tarea de mejorar las condiciones de la vida diaria y abordar las necesidades básicas de las personas afectadas de VIH/sida, como son la ayuda alimentaria y los programas de nutrición, la ayuda escolar, la vivienda y el apoyo psicosocial.

VIII.4. Respuestas coordinadas por el gobierno al VIH/sida

La Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA se creó en 1986, y en 1988 se puso en práctica un primer plan de seguimiento y prevención del VIH/sida. Desde entonces, el gobierno de Ruanda, donantes multilaterales y bilaterales y organizaciones no gubernamentales han hecho grandes progresos en la implantación de servicios de prevención, asistencia y tratamiento en el país. El presidente Kagame y su esposa, Janet Kagame, han realizado considerables esfuerzos en defensa de su país y en busca del apoyo internacional. Los donantes, en general, están satisfechos de la respuesta, planificación y capacidad ejecutiva del gobierno ruandés, y destacan los progresos realizados en la coordinación y los procedimientos de adquisición.³⁰ No obstante, estas mismas fuentes reconocen la existencia de una serie de problemas que dificultan la lucha contra la enfermedad, como son la fragilidad del sistema de asistencia médica, los problemas de gestión, el estigma asociado al VIH/sida (exacerbado por algunos trabajadores de los servicios de salud), la dificultad para modificar las conductas y las limitaciones de capacidad. Las contribuciones en

³⁰ El Banco Mundial señala, por ejemplo, que el proyecto se mantendrá con toda probabilidad ya que se ha asumido como propio localmente y existe una firme base de participación y compromiso. El Banco también señala que se está realizando un enorme esfuerzo para reforzar la capacidad de implementación a todos los niveles. Banco Mundial, *Project Appraisal Document on a Proposed Grant in the Amount of SDR 22.2 Million (US \$30.5 Million Equivalent) to the Republic of Rwanda for a Multi-Sectoral HIV/AIDS Project*, 11 de marzo del 2003, Informe núm. 24992-RW, p. 36.

dinero y ayuda técnica de los donantes se han realizado a veces sin coordinación, circunstancia que ha ocasionado enormes irregularidades en la provisión de servicios, la duplicación ocasional del esfuerzo y una excesiva concentración de la oferta de servicios en las áreas urbanas.

El gobierno ruandés ha elaborado un marco estratégico nacional y un plan multisectorial para el periodo 2002-2006 que prosigue el trabajo de prevención y monitorización y los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias, prepara el terreno para la ampliación de los programas de tratamiento y potencia los sistemas, actualmente bastante endebles, de atención comunitaria y doméstica a personas afectadas de VIH/sida. El gobierno está pidiendo a los ministerios del gobierno, empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, grupos religiosos y otras organizaciones de la sociedad civil que ayuden a frenar la propagación del virus y a paliar sus consecuencias. Algunas empresas privadas ruandesas cuentan con programas especialmente dinámicos que ofrecen tratamientos antirretrovirales a sus empleados, y reconocen que esta política es beneficiosa desde un punto de vista empresarial.

VIII.5. Posibilidades de acceso a terapias antirretrovirales por parte de las sobrevivientes de actos de violencia sexual

La mayoría de las mujeres sobrevivientes de actos de violencia sexual que se benefician de programas de tratamiento gratuito con fármacos antirretrovirales, tanto en dispensarios públicos como privados, entraron en ellos tras participar en programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Las sobrevivientes de violación no gozan de ningún privilegio especial en los planes gubernamentales de tratamiento con antirretrovirales, aunque en el ámbito privado se están aplicando algunos programas muy limitados que ofrecen tratamiento gratuito, sobre todo a viudas del genocidio afectadas de VIH/sida y a sus hijos. El gobierno reconoce que la violación, incluida la infantil, es un factor importante en la transmisión del VIH, además de constituir una vulneración grave de los derechos de la persona. En marzo del 2003, tanto el ministro de Salud Pública como el ministro de Estado para el VIH/sida confirmaron a una delegación de Amnistía Internacional su intención de poner medidas profilácticas post-exposición a disposición de los sobrevivientes de actos de violencia, con el fin de reducir las posibilidades de transmisión del VIH.³¹ No obstante, ninguna otra persona implicada en la implementación de los programas de ayuda, ni tampoco representantes del gobierno ni donantes con los que haya hablado Amnistía Internacional en el 2004 sabían nada de ningún plan concreto destinado a hacer realidad el propósito expresado por el gobierno.

Los sobrevivientes del genocidio afectados de VIH se quejan a menudo públicamente de que individuos que van a ser o están siendo juzgados ante el Tribunal Penal Internacional en Tanzania acusados de un alto grado de participación en el genocidio están recibiendo tratamiento antirretroviral y asistencia médica de primera calidad en la cárcel. Mientras tanto, mujeres que han sobrevivido a atrocidades se ven en la imposibilidad de acceder a la asistencia médica y un nivel mínimo de bienestar. Muchas mujeres han manifestado que consideraban una enorme injusticia esta diferencia de trato.

VIII.6. Acceso privilegiado a terapias antirretrovirales

Algunas de las personas a las que el gobierno de Ruanda concede tratamientos antirretrovirales gratuitos son, según los informes, oficiales militares. El Ministerio de Defensa subvenciona estos tratamientos, pero no los de soldados sin graduación que, como muchos otros ciudadanos, no pueden costearse este tipo de terapia. Según los informes, algunos altos cargos civiles también se benefician de estos tratamientos de forma gratuita, pese a tener unos ingresos relativamente altos. Amnistía Internacional ha sabido de fuentes procedentes del ámbito de los derechos humanos que autoridades del Frente Patriótico Ruandés han utilizado a veces los tratamientos antirretrovirales como un elemento de negociación, y han

³¹ Se cree que los fármacos antirretrovirales, administrados en un plazo de 48 ó 72 horas después de la violación y tomados luego durante un mes, reducen la probabilidad de que la mujer contraiga el VIH.

amenazado a los mencionados altos cargos civiles con retirarles el tratamiento si no respaldaban la política del Frente.

IX. Requisitos para recibir tratamientos antirretrovirales y acceso a ellos

A algunos donantes y colaboradores en la ejecución de los programas de ayuda les preocupa que el proceso de selección de pacientes para la limitada cantidad disponible de tratamientos antirretrovirales genere problemas y se preste a la manipulación, pese a que se han establecido protocolos para determinar la idoneidad de cada paciente. El documento de evaluación del Banco Mundial advierte de: (i) las presiones que se producirán a la hora de seleccionar a los participantes, ya que el número de personas que precisa tratamiento excederá la capacidad económica e institucional; (ii) el riesgo de excluir a los más necesitados, cuya capacidad negociadora y nivel de educación son escasos; y (iii) la inquietud por la sostenibilidad financiera, sobre todo en vista del elevado número de personas contagiadas y del alto coste de los fármacos para combatir esta enfermedad crónica.³²

En el 2003 se dictó una instrucción ministerial “determinando las condiciones y modalidades para la distribución de ayuda médica entre personas afectadas de VIH/sida”. Esta instrucción regula la actuación de unos Comités Técnicos para la Selección de Pacientes, integrados, entre otros, por representantes del proveedor de la ayuda médica, por jefes de equipos de psicología social designados por el director de la institución encargada de distribuir la ayuda médica y por “dos representantes de asociaciones de personas afectadas de VIH/sida ubicadas dentro del área geográfica cubierta por la institución médica y que hayan sido designados por la red de personas afectadas de VIH”. La instrucción ministerial ha sido saludada como un documento justo que establece criterios lógicos para determinar las condiciones de acceso a los tratamientos y los requisitos financieros en base a consideraciones médicas, la proximidad al centro de tratamiento y la aceptación de una conducta que reduzca al mínimo el riesgo de transmisión del VIH. Los refugiados que viven en Ruanda no están excluidos de forma explícita de estos tratamientos. No obstante, la condición de que los pacientes tengan un domicilio fijo durante los seis meses previos al tratamiento – condición que pretende facilitar la distribución y alentar la continuidad– supone que los refugiados (y otras personas sin domicilio fijo) tienen menos probabilidades de que les concedan el tratamiento.

³² Banco Mundial, *Project Appraisal Document on a Proposed Grant in the Amount of SDR 22.2 Million (US \$30.5 Million Equivalent) to the Republic of Rwanda for a Multi-Sectoral HIV/AIDS Project*, 11 de marzo del 2003, Informe núm. 24992-RW.

IX.1. Acceso a los servicios relacionados con el VIH/sida y papel crítico de las asociaciones de personas afectadas por la enfermedad

El propósito de tratar de agrupar en asociaciones a cuantas personas afectadas de VIH/sida sea posible es disponer de un sistema claro de organización y distribución de servicios entre la población, posibilitar que las asociaciones proporcionen respaldo moral y psicológico a los afectados y educar y atender a personas que acaban de enterarse de que son seropositivas tras someterse voluntariamente a una prueba de detección de la enfermedad. Las asociaciones suelen reunirse semanalmente y funcionan como centros neurálgicos en los que se imparte educación sobre el VIH/sida, se suministra ayuda o asistencia y se distribuye información sobre oportunidades de atención médica. Para la mayoría de las personas afectadas de VIH/sida, sobre todo en las áreas rurales, las asociaciones constituyen un punto de contacto desde el que acceder a cualquier información o ayuda disponible. Pertenecer a una asociación de personas afectadas de VIH/sida no es condición ni requisito previo para acceder a terapias antirretrovirales. No obstante, las autoridades locales han dado a entender claramente que las personas afectadas por la enfermedad debían integrarse en una asociación si querían tener la oportunidad de acceder a terapias antirretrovirales y a otros tratamientos y servicios. Algunas personas que conversaron con delegados de Amnistía Internacional reconocieron que se habían unido hacía poco a asociaciones esperando poder beneficiarse del anunciado aumento de tratamientos antirretrovirales y otros servicios. Todos aquéllos que se consideran, a sus propios ojos o a los de los demás, opositores del gobierno temen verse discriminados dentro de la propia asociación cuando exista una posibilidad de acceder a servicios de ayuda; algunas de estas personas, de hecho, ya habían experimentado tal discriminación. Algunas organizaciones no gubernamentales temen que los mensajes del gobierno que transmiten las asociaciones puedan generar expectativas, imposibles de cumplir, relacionadas con el acceso a la asistencia médica y a otros servicios, con la consiguiente frustración de los enfermos.

En algunos casos, los dirigentes de las asociaciones parecen trabajar en contra de los intereses de las personas afectadas de VIH/sida. Incluso asociaciones de reconocido prestigio internacional que defienden los derechos de los sobrevivientes del genocidio o de personas afectadas de VIH/sida han sido objeto de frecuentes críticas por malversación de fondos y por ostentar un perfil marcadamente político. Varios periodistas y personas enfermas de VIH/sida citaron nombres de asociaciones dirigidas por individuos que no eran portadores del virus, pero que utilizaban la asociación como una forma de recaudar dinero para sus propios gastos. Otros enfermos de VIH/sida contaron que habían sido excluidos de asociaciones por temor a que pudieran tener conflictos con políticos locales. En otros casos, el presidente y el vicepresidente de la asociación se estaban beneficiando de los servicios de ayuda mientras los miembros se quedaban sin nada o casi nada. Con frecuencia los asuntos de gestión pusieron de relieve la distancia que, en materia de educación y dinero, separaba a los dirigentes y los miembros. Algunos integrantes de asociaciones dijeron que no se atrevían a hablar públicamente en contra de la mala gestión de los dirigentes por temor a que les cerraran el paso a los servicios de ayuda. Un activista de los derechos de las personas afectadas de VIH/sida afirmó: «Aquí, los campesinos no tienen libertad para pedir lo que quieren, ni siquiera para hacer sugerencias. Temen que los encarcelen o los maltraten, de modo que no dicen nada». En un caso, el dirigente de una asociación, que no era portador del VIH, excluyó de ésta a varias personas afectadas por la enfermedad porque habían preguntado por unas transacciones financieras poco claras realizadas por la asociación. Como la presidenta de ésta tenía influencias políticas, logró impedir que las personas excluidas crearan una nueva asociación.

«En ocasiones se excluye de las asociaciones a personas seropositivas porque tienen problemas con algunos políticos; a veces te encuentras con asociaciones cuyo presidente ni siquiera tiene el VIH.»

Mujer afectada del VIH/sida, Kigali

«En muchas asociaciones te encuentras con que las únicas personas que reciben tratamiento antirretroviral son el presidente y el vicepresidente. A veces quizá sea porque son personas instruidas y, por tanto, las únicas suficientemente ricas para permitirse el lujo de comprar medicamentos todos los meses. Pero también es posible que estén utilizando la asociación para asegurarse el acceso a las medicinas. En las asociaciones hay muchos problemas de transparencia,

pero puede que la gente no los denuncie por temor a perder toda posibilidad de acceso a las medicinas.»

Periodista, Kigali

A los dirigentes de estas organizaciones se les otorga, literalmente, poder de vida y muerte sobre sus miembros, ya que a menudo se les confiere autoridad para concederles o negarles servicios o donativos. Es necesario arbitrar medidas adecuadas para garantizar que los dirigentes actúan con transparencia, que los miembros cuentan con un sistema para exponer sus motivos de queja sin sufrir represalias y que los afectados de VIH/sida pueden acceder a los servicios de ayuda por otras vías, distintas a las de la asociación. Además, las asociaciones tienden a dejar de funcionar cuando sus dirigentes caen enfermos; si se democratizaran las asociaciones, habría mayores garantías de que éstas representan los intereses de sus miembros, y podría evitarse que dejaran de funcionar al caer enfermos sus dirigentes.

IX.2. Acceso a servicios relacionados con el VIH/sida y asociaciones nacionales de personas afectadas por la enfermedad

A un nivel más alto, la Red Nacional de Personas Afectadas de VIH/sida, que reúne a unas 250 asociaciones de afectados, ha sido criticada por actuar como portavoz del gobierno, en lugar de representar los intereses de sus miembros. Según parece, la información tiende a fluir desde los estratos más altos hacia la base, en lugar de ir desde los miembros hacia los responsables políticos.

La propia Asociación Nacional de Ayuda a Personas Afectadas de VIH/sida, dependiente del Ministerio de Administración Local y Asuntos Sociales (MINALOC), ha sido sancionada dos veces por malversación de fondos y mala gestión. Y, lo que es aún más grave, algunos afectados por la enfermedad afirmaron que ellos mismos y otros conocidos suyos habían sido manipulados por la Asociación. Pusieron como ejemplo casos de individuos a los que se había pedido que declarasen públicamente su condición de enfermos de sida, en ocasiones en estadios abarrotados, con la promesa de concederles tratamientos antirretrovirales. Según los informes, las personas que hicieron pública su enfermedad de esta forma no recibieron nada a cambio, pese a las promesas hechas por la Asociación, y sólo se encontraron, como era previsible, con el estigma que sigue a una declaración de este tipo. Al menos un joven que reconoció su dolencia en público murió posteriormente de una enfermedad relacionada con el sida. Un periodista comentó a Amnistía Internacional: “Hay altos cargos del gobierno ruandés de los que todo el mundo sospecha que tienen el sida, y que no ayudan a desestigmatizar la enfermedad hablando de su situación porque pueden pagarse los antirretrovirales; pero el gobierno, sin embargo, sí espera que los más necesitados lo hagan”.

X. Libertad de expresión y acceso a los servicios relacionados con el VIH/sida

Los artículos 19 y 20 de la Declaración Universal de Derechos Humanos protegen, respectivamente, los derechos a la libertad de expresión y de reunión. El artículo 19 protege el derecho de todo individuo “de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión”. Las personas afectadas de VIH/sida deben tener derecho a recibir información relativa a su enfermedad y a participar en mecanismos representativos para propugnar disposiciones que mejoren su acceso a la asistencia médica. A Amnistía Internacional le preocupa el clima de temor reinante, que condiciona la voluntad de las personas a la hora de ejercer su derecho a la libertad de expresión. Algunos afectados por la enfermedad que hablaron con delegados de Amnistía Internacional dijeron haber tenido dificultades para expresar sus opiniones en sus propias asociaciones, sobre todo al comentar la gestión financiera o los criterios de distribución de los servicios de ayuda entre los miembros de la asociación. El gobierno ruandés debe ofrecer garantías reales para que los afectados de VIH/sida que ejercen de forma pacífica su derecho a la libertad de expresión no sean expulsados de las asociaciones, para que no se les nieguen ayudas ni sufran discriminación en la

concesión de servicios o tratamientos y para que tampoco sufran otras formas de intimidación. El director de una asociación comentó: “En Ruanda nunca se ven manifestaciones. Las personas afectadas de VIH se sienten muy frustradas porque ven deteriorarse su salud y, aunque se hacen muchas promesas, no hay servicios, pero están demasiado asustadas para manifestarse”.

Un periodista exiliado citó el caso de la ex presidenta de la Asociación Nacional de Ayuda a Personas Afectadas de VIH/sida, a la que en el 2002 se dedicó un artículo en el periódico independiente *Umuseso*. El artículo observaba que la ex presidenta no era portadora del VIH, y la acusaba de malversar fondos de la asociación. En respuesta, la presidenta organizó una manifestación ante las oficinas de *Umuseso* y, según los informes, instó a los miembros de la asociación a entrar en ellas por la fuerza y a destruir mobiliario y equipos, aunque los trabajadores del periódico consiguieron evitarlo.

Sobre Ruanda se extiende un manto de silencio generalizado que contribuye a limitar aún más la libertad de expresión de los afectados de VIH/sida. Los periodistas independientes del país son víctimas frecuentes de detenciones y amenazas de muerte y se ven forzados a exiliarse. Amnistía Internacional supo de boca de algunos periodistas que ciertas cuestiones relacionadas con la salud estaban prácticamente prohibidas a los medios de comunicación, a menos que sus trabajadores quisieran convertirse en objeto de amenazas y represalias. Varios periodistas entrevistados por Amnistía Internacional dijeron conocer la existencia de corrupción en el gobierno y en programas de organizaciones no gubernamentales relacionados con el VIH/sida, pero temían que, si aireaban demasiado este asunto, podían sufrir represalias del gobierno o de las organizaciones en cuestión. Entre las iniciativas y organizaciones cuyos dirigentes o miembros estaban presuntamente implicados en prácticas de corrupción, los periodistas citaron el Fondo de Asistencia a los Sobrevivientes del Genocidio (FARG) y los nombres de algunas destacadas organizaciones no gubernamentales que prestan ayuda a sobrevivientes del genocidio y de asociaciones de afectados de VIH/sida. Los periodistas explicaron a Amnistía Internacional que, por la misma razón, no se decidían a informar sobre los tratamientos con antirretrovirales que de forma gratuita recibían oficiales del ejército y altos cargos civiles, pese a tener la mayoría de ellos un alto nivel de ingresos y poder pagarse el tratamiento. Los periodistas que hablaron con los delegados de Amnistía Internacional también conocían casos de individuos que, según los informes, habían sido despedidos al enterarse su jefe de que eran seropositivos, pero dijeron que probablemente no llegarían a publicar estas historias, ya que temían que su jefe pudiera tomar represalias contra ellos o contra sus informadores.

XI. Estigmatización y discriminación de los enfermos de sida

«Cuando mi esposo se enteró de que yo tenía el sida, nos abandonó inmediatamente, a mí y a nuestro hijo de tres meses. Me quedé en la casa hasta que el propietario me echó. Entonces volví a casa de mi familia, en Gitarama. Allí me tuvieron prácticamente en cuarentena, porque tenía síntomas. Recibía constantes muestras de desprecio, tanto en mi familia como en el pueblo.»

Christine, Gitarama

Al igual que ocurre en muchos otros países, en Ruanda la enfermedad del sida sigue asociada en la mente de muchas personas con conductas –sobre todo prácticas sexuales– consideradas inmorales. Como es previsible, los tabúes llenan las conversaciones en torno a la enfermedad y afectan a la capacidad de los individuos para acceder a una asistencia médica adecuada y a otros derechos básicos. Aunque algunas mujeres podían citar a vecinos o compañeros que las habían apoyado durante su enfermedad, la inmensa mayoría de ellas relataron incidentes de intolerancia, burlas y muestras de desprecio constantes dirigidos contra ellas o sus familias tras difundirse la sospecha de que eran portadoras del VIH.

Junto al estigma de haber sido violadas, las sobrevivientes de violación afectadas de VIH/sida sufren también marginación, insultos o muestras de desprecio debido a su enfermedad. Algunas mujeres enfermas de sida han contado que las despreciaron por haber sido violadas, aunque no hubieran contraído el sida como resultado de una violación; quienes así las trataron dieron por hecho que habían sido violadas, porque la violencia sexual fue una práctica tan generalizada durante el genocidio y la guerra.

XI.1. Estigmatización en el seno de la familia

Las mujeres que admiten ser portadoras del VIH se exponen a sufrir abandono o exclusión social, aunque ya pueden haberlos experimentado como resultado de la violencia sexual. Varias mujeres entrevistadas por delegados de Amnistía Internacional mostraron especial consternación porque, tras revelar su condición de enfermas de sida, sus relaciones de pareja se habían deteriorado o habían terminado. Aunque en Ruanda se ha realizado una importante labor para animar a las parejas a hacerse juntas la prueba del sida, algunas mujeres sólo descubren que son portadoras del VIH cuando solicitan cuidados prenatales y conocen los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del virus. Puede que entonces se muestren reacias a informar a sus compañeros de su situación por temor a ser abandonadas, incluso aunque estén seguras de haber sido contagiadas por ellos.

«Fui violada durante la guerra por cinco interahamwe, a pesar de que soy hutu. Yo era virgen, de modo que quizá fue la violación la causa de mi esterilidad. Cuando en el 2000 me hicieron la prueba del VIH, mi esposo rompió los resultados del análisis. No puede aceptar que yo esté en una asociación de enfermos de sida, ni que sea estéril [...] No me ha proporcionado comida en cinco meses [...] No recibo ayuda de los programas del gobierno porque no soy de la etnia correcta.»

Sobreviviente de violación portadora del VIH, Gitarama

Numerosas mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional contaron que sus compañeros las habían abandonado a ellas y a sus hijos sin dejarles provisiones para su sustento. En la mayoría de los casos, los hombres, según los informes, culpaban a su compañera de introducir el virus en su relación, y consideraban que ella carecía de valor o que era una carga, por estar señalada por la muerte. Otros hombres, según los informes, negaban el alimento a sus compañeras e hijos, les robaban las raciones que les correspondían por donación o les negaban bienes materiales como la ropa.

«Durante la guerra, yo estaba en Nyanza, y mataron a mi esposo. Tanto yo como mis cuñadas fuimos violadas por soldados de la milicia. Si alguna decía algo, la mataban. Yo era tímida, y por eso sobreviví [...] Por aquel entonces ya estaba embarazada; mi hijo tiene ahora 10 años [...] Mi segundo esposo ha perdido el juicio, y mi enfermedad se ha agravado por las preocupaciones que él me causa. Me abandonó cuando se enteró de que tenía el sida, y es por eso por lo que lloro tanto. Me denigró ante el vecindario, y ahora también mis vecinos se burlan de mí. Puede que mi esposo esté sano, y que por eso actuara así. Él se niega a hacerse la prueba. Estoy preocupada porque no tengo ninguna propiedad, ni dinero ni comida para los niños, y vivimos mal. Yo estoy siempre enferma, y somos muy pobres [...] No recibo ayuda del gobierno porque no perdí suficientes familiares durante el genocidio.»

Sobreviviente de violación, Kigali

Algunas mujeres hablaron de los problemas que tuvieron tras conocerse su enfermedad para conseguir que sus compañeros, sus hijos u otros familiares les dieran comida. Una mujer de Kigali-Ngali estaba viviendo una situación dolorosa con su hija: “Mi hija ya no me respeta; me quita mi ración y la vende para obtener dinero para sus gastos, y dice que, en cualquier caso, ya no soy más que candidata a la muerte”. Este tipo de estigmatización no sólo es traumática, sino que además puede disminuir la capacidad mental y física de una persona para hacer frente a la enfermedad y a las penalidades que conlleva. La *Association Rwandaise des Conseillers en Traumatisme* (ARCT, Asociación Ruandesa de Asesores para Situaciones Traumáticas) ha detectado un fuerte incremento en el número de personas que acuden en busca de consejo para combatir situaciones de trauma y estigmatización relacionadas con el VIH.

XI.2. Respuesta del gobierno y estigmatización

El gobierno ruandés y las organizaciones no gubernamentales locales e internacionales han hecho grandes progresos en la sensibilización de la población sobre los riesgos de contagio del VIH. Según indican la mayoría de los informes, la estigmatización ha ido disminuyendo gradualmente a medida que los esfuerzos del personal médico, el gobierno, las empresas y las organizaciones no gubernamentales han empezado a dar sus frutos. Sin embargo, la estigmatización sigue siendo para muchos ruandeses uno de los elementos más dolorosos de contraer el VIH. La naturaleza y la redacción de los mensajes distribuidos durante las campañas de prevención del VIH han contribuido, según los informes, a incrementar la estigmatización de algunos afectados por la enfermedad. Por ejemplo, los asistentes a algunas reuniones pueden recibir información sobre el riesgo que conllevan ciertas conductas y sobre las consecuencias y los síntomas de la infección del VIH, pero no sobre la forma de atender a los afectados por la enfermedad y a sus familiares, ni tampoco sobre la imposibilidad de contraer el virus a través de un contacto casual. Una consecuencia aparentemente común de las campañas de prevención del VIH es que las personas afectadas de VIH/sida suelen sufrir más justo después de tales campañas, tal como ocurrió con la celebrada con motivo del Día Nacional sobre el SIDA, el 1 de diciembre del 2003:

«Mis hijos sufrieron un tormento el 1 de diciembre, tras las actividades del día sobre el sida. Los mayores están al tanto de mi enfermedad y actúan con valentía, pero los menores no pueden aceptar que su madre esté infectada. Los pequeñines responden con gritos a quienes se burlan de ellos y dicen que no se creen que su madre esté enferma.»

Mujer seropositiva, Kigali-Ngali

Como se dijo anteriormente, las personas que pertenecen a asociaciones de afectados de VIH/sida suelen sufrir discriminación porque son fácilmente identificables.

«La gente sabe que venimos a estas reuniones el fin de semana, y por eso da por sentado que tenemos el sida. A veces a nuestros hijos los martirizan con esto, y vienen luego a enfrentarse con nosotros. Tratan a toda la familia como si todos estuviéramos infectados, y muchas personas todavía parecen creer que te puedes contagiar de VIH sólo por saludar a alguien. Corres el riesgo de que te traten como un ciudadano de segunda clase; la gente piensa en ti como en alguien que está a punto de morir, y no te presta mucha atención. Algunos familiares pueden pensar que no merece la pena gastar dinero en ti porque en cualquier caso te vas a morir.»

Miembro de una asociación de afectados de VIH/sida, Umutara

Esta política de agrupar a la gente en asociaciones, que cuenta con el respaldo del gobierno ruandés y de algunos asesores técnicos extranjeros, puede a largo plazo facilitar la distribución de servicios y ayudar a combatir la estigmatización. Sin embargo, a corto plazo, ha contribuido en muchos casos a incrementar la estigmatización y a menoscabar los derechos de las personas afectadas de VIH/sida y de sus familiares, mientras que la distribución de servicios sigue siendo escasa o inexistente. Aunque generalmente los afectados de VIH/sida admiten estar agradecidos por el apoyo moral y el foro para el debate que les brinda la asociación, sus miembros pueden contribuir a su propia marginación social, educativa y económica y a la de sus familias. Los ruandeses que han recibido una educación o tienen una profesión se muestran poco dispuestos a participar en asociaciones, bien porque temen ser identificados como seropositivos, y ser despedidos por ello de su trabajo, o bien porque, sencillamente, no se identifican con los demás miembros de la asociación.

XI.3. Estigmatización derivada del VIH/sida y derechos socioeconómicos

Periodistas, altos cargos del gobierno, organizaciones no gubernamentales locales y nacionales y asesores políticos podrían citar casos de individuos que han sido despedidos de sus trabajos porque su jefe sospechaba que eran seropositivos. El empresario suele inventarse una excusa que nada tiene que ver con la salud de su empleado para despedirlo, y luego lo sustituye por una persona menos preparada pero que no cree es portadora del VIH.

Théodette, de 34 años y madre de tres hijos, limpiaba y hacía recados en la oficina de Kigali de una red internacional de empresas de auditoría. Contrajo el VIH al ser violada durante el genocidio. Su hija menor también fue violada y contrajo el VIH; el violador de su hija se encuentra en este momento en la prisión de Gikongoro. Théodette está ella sola a cargo de sus hijos. El 14 de enero del 2004, su jefe, según los informes, le recortó el sueldo alegando que tenía que contratar a otra persona para completar el trabajo que ella dejaba de hacer debido a su enfermedad, y que tenía que pagarla con su salario. Lo cierto es que Théodette lleva tomando antirretrovirales desde julio del 2003, que aún no ha mostrado ningún síntoma del sida y que todavía está fuerte. Al principio, su jefe le pagaba el tratamiento antirretroviral, pero luego dejó de hacerlo para obligarla, según los informes, a marcharse. Además, según estos mismos informes, la amenazó diciéndole en repetidas ocasiones: “Théodette, tú y tu hija vais a morir mañana; ¿por qué sigues trabajando aquí?”. El 16 de febrero, su jefe escribió una carta de dimisión, que afirmó que había escrito la propia Théodette, y la obligó a dejar el trabajo. Ella habló con su sindicato, con una organización de derechos humanos, con varios responsables de la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA y con una persona del Fondo de Asistencia a los Sobrevivientes del Genocidio, que la aconsejaron sobre la forma de hacer frente a su ex jefe. Théodette lleva sin trabajar desde el 16 de febrero, y cada vez le cuesta más conseguir dinero para comprar comida y pagar el alquiler. Tiene algún dinero ahorrado para comprar antirretrovirales, pero no sabe qué hará cuando se acabe.

Aunque la nueva Constitución prohíbe la discriminación, no se conoce ningún caso de personas o empresas que hayan sido procesadas por discriminación laboral basada en el estado serológico respecto al VIH. “En lugar de proporcionarte tratamiento, te echan del trabajo, y luego contratan a alguien mucho peor que tú; esto perjudica el desarrollo del país”, comentaba un funcionario del gobierno en Kigali. Algunos médicos cuentan que a menudo sus pacientes hacían todo lo posible por evitar que su jefe se enterara de su enfermedad, e inventaban excusas para poder ir al hospital a recibir tratamiento.

Muchos de los afectados de VIH/sida entrevistados por Amnistía Internacional en marzo del 2004 contaron que habían tenido dificultades para obtener microcréditos o préstamos bancarios, precisamente cuando eran más vulnerables económicamente. “Es difícil conseguir microcréditos en *Banque Populaire*, porque los directores temen que me muera antes de poder pagarlo. Como la comunidad está al tanto de mi enfermedad, me han estigmatizado”, comenta Bernadette, de Kigali-Ngali. Las personas afectadas de VIH/sida también se han referido a la negativa de algunos sacerdotes a celebrar matrimonios entre parejas seropositivas; a las dificultades encontradas para hacerse un seguro, o a los clientes que se han negado a seguir comprándoles productos. Una madre contó su intento de pagar una especie de seguro que cubriera los gastos escolares ahora que estaba sana y ganaba dinero, en caso de que más adelante se viera incapaz de hacerlo por la aparición de síntomas, a lo que el centro escolar se negó. Según los informes, las autoridades del gobierno han pedido por la radio a las compañías de seguros que no se nieguen a asegurar a personas afectadas de VIH/sida.

«La familia de mi esposo está esperando a que me muera para recuperar su propiedad [...] Mi familia me ha estigmatizado totalmente. Mi madre aún me quiere, pero es mayor y la verdad es que no puede ayudar. Mi familia y otras personas de la comunidad piensan que se pueden contagiar sólo por saludarme. Al principio ni sospechaba que pudiera ser seropositiva. Yo era la primera esposa de un hombre polígamo. Él y las demás esposas murieron de sida. Él casi nunca estaba conmigo – prácticamente me había abandonado–, y por eso pensé que me había librado del VIH. Empecé a

tener síntomas y supe que me había contagiado, así que fui al hospital y probé también las medicinas tradicionales, pero ninguna de las dos cosas funcionó.»

Perpétue, Kigali-Ngali

XI.4. Consecuencias de la estigmatización para la salud de los afectados de VIH/sida

Aunque se han puesto en marcha programas de sensibilización sobre esta cuestión, el estigma asociado al VIH y las actitudes discriminatorias dominantes en la sociedad ruandesa siguen empujando a numerosos afectados por el VIH/sida a guardar silencio sobre su situación. Este silencio puede tener verdaderas consecuencias para la salud, como la de disuadir a las mujeres de solicitar ayuda y tratamiento médico o la de favorecer la transmisión del virus a la pareja o a los hijos cuando la persona infectada se niega a hablar sobre su enfermedad. A las mujeres embarazadas que descubren que son seropositivas se les aconseja que alimenten a sus hijos con leches maternizadas, en lugar de amamantarlos, para reducir las probabilidades de contagio. Al igual que ocurre en otros muchos países, las mujeres se muestran reacias a buscar alternativas a la leche materna, no sólo por su coste adicional, sino también porque, en una cultura en la que la lactancia materna es casi una práctica universal, temen que sus familias, vecinos y comunidades las identifiquen como seropositivas y las rechacen.

XII. Hijos de personas afectadas de VIH/sida

«Me violaron unos soldados de la milicia. Yo estaba en el sur, en la “Zona Turquesa” [...] Mi esposo se marchó al enterarse de que yo era seropositiva y él no. Se divorció de mí y me abandonó con tres hijos. Ahora tengo problemas para pagar el alquiler y la escuela y para comprar comida [...] Se puede decir que vivo gracias a mis amigos y vecinos. Mi hija de seis años tiene también muchos problemas de salud, y parece que nunca mejora. Tendría que estar tratándose con antirretrovirales, pero yo no se los puedo comprar, y es alérgica a los antibióticos. Comemos muy mal [...] Lo que más me preocupa son mis hijos. ¿Qué les ocurrirá si muero? Estoy tratando de conseguirles padrinos en el extranjero, así por lo menos podré morir en paz.»

Tharcissie, 29 años, Kigali

«Mi hijo menor es seropositivo; tiene cinco años y siempre está enfermo. Me enteré de que yo tenía el VIH cuando estaba embarazada de él. Mi esposo también está enfermo. Trabajaba como cocinero, pero ahora no puede trabajar como antes. Conseguir dinero para los estudios, la ropa y las medicinas para los niños ya es casi imposible. ¿Qué será de ellos cuando yo muera?»

Zawadi, 37 años, Gikongoro

«Tengo cuatro hijos; el segundo y el tercero son portadores del VIH, aunque pronto recibirán tratamiento antirretroviral. Mis caseros no saben que tengo el virus, y no se lo voy a decir, porque sabrían que no puedo pagar el alquiler y me echarían [...] Pasamos hambre constantemente, y me preocupa no tener siquiera un lugar para dejar a mis hijos. Si muero, me tranquilizaría mucho saber que mis hijos tienen una casita.»

Béatrice, 36 años, Butare

«Tengo miedo porque ya no estoy lo bastante fuerte para cuidar de mí misma y de mis hijos. Siento que mi salud se deteriora. Les he contado a mis hijos que soy seropositiva, y se entristecieron, pero no pueden hacer nada al respecto.»

Jeanne, 50 años, sobreviviente de violación, a cargo del cuidado de tres hijos propios y de dos sobrinos, hijos de su hermano fallecido, Kigali

«Mi hijo acaba de terminar sexto, pero ahora no tenemos dinero, de modo que se queda en casa. No tengo familia ni vecinos, así que me ayuda mi hijo. No tenemos suficiente comida.»

Immaculée, 45 años, Butare

Tal como se desprende de todas estas citas, la suerte de los hijos es la principal preocupación de muchas mujeres enfermas de sida. En tan sólo unos días a partir de la muerte de su único progenitor, los niños pueden verse obligados a arreglárselas solos, aunque a menudo son demasiado jóvenes para procurar su propio sustento y el de sus hermanos. Un porcentaje de estos niños acaba, inevitablemente, en las calles, donde su salud se deteriora, comen mal y están expuestos a todo tipo de abusos. Un estudio de la Universidad John Hopkins reveló que el 93 por ciento de una cohorte de niñas que vivían en la calle declararon haber sufrido abusos sexuales.³³

Los que pueden conseguir una vivienda, ya sea heredándola, ocupando una casa abandonada o construyendo un refugio provisional, son casi igual de vulnerables. Cuando el cabeza de familia es un niño, los miembros de la familia están especialmente expuestos a sufrir agresiones físicas, abusos sexuales incluidos, o pueden verse empujados a prostituirse para conseguir comida y bienes materiales. Algunos niños no ven más alternativa que la prostitución para procurar su sustento y el de sus hermanos. Un porcentaje de huérfanos abandona inevitablemente los estudios, bien por no poder pagar las tasas escolares, bien por tener que dedicarse a conseguir comida, y quizá no sepan cómo acceder a los servicios de ayuda que puedan existir. Los hogares encabezados por menores suelen estar aislados de la comunidad, y no tienen una estructura clara ni una autoridad que los ayude; algunos de los niños son muy jóvenes y carecen por completo de las aptitudes necesarias para cuidar de otros niños aún más jóvenes y cubrir sus necesidades básicas.

Algunos de los niños sufren el trauma de haber perdido a un progenitor y una estructura familiar; algunos son, además, portadores del VIH. El personal de los servicios hospitalarios señala que es casi imposible administrar antirretrovirales a niños de la calle o a niños que viven solos, ya que no pueden garantizar que vayan a tomarse el medicamento de forma regular, a lo que hay que añadir que quizá no tengan casa, comida ni otro tipo de cuidados, y acuden al centro de salud en situaciones de urgencia.

La organización no gubernamental CARE (*Cooperative for American Relief Everywhere*) ha puesto en marcha en Gitarama un proyecto de ayuda para hogares encabezados por niños, y sostiene que el problema requiere una asignación urgente de recursos para establecer una red de asistencia y apoyo a estos hogares. Los encargados de poner en marcha el proyecto señalan que en Ruanda los derechos de los niños gozan de escasa comprensión y aceptación, y que la educación en derechos humanos debe estar presente en cualquier solución que se adopte. Un director de proyecto de CARE insistía en la necesidad de que las organizaciones de ayuda adopten un enfoque dinámico: “Es esencial prestar ayuda a las mujeres enfermas de sida, preparar el terreno para atender los aspectos legales y logísticos antes de que los niños queden huérfanos. Si se resuelve la cuestión de la herencia, se proporciona preparación psicológica y asesoramiento para el posible trauma y se establece de forma automática una estructura comunitaria que preste apoyo a los niños, sería de gran ayuda”. CARE aboga por un programa de tutoría comunitaria que proporcione el asesoramiento de adultos a los hogares encabezados por niños. En los hogares atendidos por CARE en Gitarama, el 80 por ciento de los niños han perdido a sus padres por culpa de enfermedades, mientras que un 20 por ciento los perdieron durante el genocidio y la guerra. Una ayuda así no sólo sería de valor incalculable para los niños, sino que además representaría un gran alivio para las madres enfermas, que en algunos casos sufren graves depresiones al ver que su salud se deteriora, debido a la constante preocupación que les inspiran sus hijos.

³³ Rwanda: *Sexual Activity among Street Children in Kigali*, Redes Regionales Integradas de Información (IRIN), ONU, 13 de marzo del 2002.

XIII. RECOMENDACIONES

XIII.1. AL GOBIERNO DE RUANDA

Asistencia médica y derechos económicos y sociales

El gobierno, con la ayuda de organismos de la ONU, donantes bilaterales y otros expertos pertinentes, debe incrementar de forma equitativa la prestación de asistencia médica a las sobrevivientes de actos de violencia sexual. Deben elaborarse programas que garanticen las mismas posibilidades de acceso a la población rural y a la urbana.

El gobierno debe asegurarse de que las mujeres y las niñas que han sufrido violencia sexual pueden acceder de forma voluntaria a servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH/sida y de otras enfermedades de transmisión sexual, a fármacos profilácticos posexposición al VIH para prevenir el contagio del virus y a otras medidas destinadas a proteger la salud de las mujeres.

El gobierno, con la ayuda de donantes internacionales, debe desarrollar programas de asesoramiento psicológico para sobrevivientes de violación y garantizar que tales programas son parte integral del sistema de asistencia médica.

El gobierno debe garantizar que todas las decisiones y políticas relativas a la prestación de asistencia médica concuerdan con las obligaciones contraídas como Estado Parte en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Debe solicitar ayuda internacional cuando sea necesario para poder proporcionar asistencia médica sin discriminación de ninguna clase.

El gobierno debe garantizar la asignación eficaz y justa de sus recursos a las personas afectadas de VIH/sida que requieran ayuda, sin discriminación de ninguna clase. Para la formulación de los programas y estrategias gubernamentales, tanto a nivel local como nacional, deben consultarse y tenerse en cuenta las necesidades y puntos de vista de las personas afectadas de VIH/sida.

El gobierno debe proseguir y reforzar los programas de educación dirigidos al conjunto de la población, a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y al poder judicial en lo que respecta a la legislación vigente relativa a la herencia, el matrimonio y la tierra, en aquellos aspectos que protegen los derechos de las mujeres.

En cumplimiento de las obligaciones contraídas como Estado Parte en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de respetar, proteger y hacer realidad el derecho a la alimentación, el gobierno debe garantizar que se tienen en cuenta las necesidades particulares de las familias afectadas de VIH/sida. Tales necesidades incluyen los recursos extra que precisan estas familias, además de los problemas específicos de salud. Para ello, el gobierno debe solicitar ayuda y cooperación internacional, y los donantes internacionales deben prestar el apoyo necesario.

El gobierno debe poner en práctica y hacer respetar las disposiciones contrarias a la discriminación contenidas en la Constitución y otras leyes, mediante la adopción de medidas contra los empresarios que discriminen a las personas afectadas de VIH/sida negándose a contratarlas, exigiéndoles que se hagan análisis de detección del VIH antes de contratarlas o despidiéndolas al enterarse de que son portadoras del virus. El gobierno debe, asimismo, impedir que los bancos y agencias de crédito discriminen a las personas por ser seropositivas, y que los funcionarios del gobierno o los miembros del clero se nieguen a celebrar matrimonios de personas afectadas de VIH/sida.

El gobierno, con la ayuda de donantes internacionales, debe tomar, respecto de los hijos de personas afectadas de VIH/sida –antes de que queden huérfanos–, medidas que garanticen la protección de sus

derechos, incluido el de recibir una alimentación adecuada, vestido, vivienda y educación y el de disfrutar del más alto nivel posible de salud. El gobierno debe, además, prestarles ayuda en la reivindicación de su herencia y de otros derechos, y proporcionarles un apoyo adulto de confianza en la administración de su hogar, si fuera necesario. Los niños que ya estén viviendo en la calle o en condiciones precarias deben beneficiarse de una ayuda especial que les garantice el disfrute de los derechos anteriormente mencionados.

Prevención urgente y recursos legales

El gobierno debe proseguir las campañas de educación ciudadana en torno a los derechos de las mujeres y de los niños, e instar a la población a denunciar a la policía los casos de violencia sexual, incluidos los cometidos contra empleadas domésticas, niños de la calle y trabajadores de la industria del sexo, y seguir impartiendo formación a la policía y al poder judicial sobre la forma de responder a estos casos y de crear un entorno en el que las personas se sientan cómodas al presentar sus denuncias.

El gobierno debe seguir invirtiendo en una formación en profundidad y a largo plazo de todos los miembros –incluidos los mandos– del conjunto de las fuerzas de seguridad, entre ellas las fuerzas armadas y las Fuerzas de Defensa Local, para garantizar que no cometen, aprueban ni consienten violaciones ni otros delitos de violencia sexual.

El gobierno, con la ayuda económica de donantes internacionales, debe aprobar sin demora una ley para indemnizar a los sobrevivientes de actos de violencia cometidos durante el genocidio y la guerra por los abusos sufridos. Esta ley debe indemnizar de manera no discriminatoria a las víctimas de los abusos, independientemente del grupo étnico al que pertenezcan.

El gobierno debe seguir presionando para que continúen las investigaciones y procesamientos en torno a los casos de violencia sexual denunciados, tanto si se trata de delitos ocurridos durante el genocidio o perpetrados por el Ejército Patriótico Ruandés, como de casos recientes o futuros de violencia sexual.

El gobierno debe dedicar la energía y los recursos necesarios a los tribunales del sistema *gacaca*, para garantizar que son capaces de juzgar los casos que se les asignen sin dilaciones y con imparcialidad.

El gobierno debe seguir cooperando plenamente con el Tribunal Penal Internacional para Ruanda.

El gobierno debe mejorar la capacidad de las fuerzas de seguridad y del poder judicial para garantizar que las denuncias de violación y otros delitos de violencia sexual se investigan con prontitud, y que, en caso de que haya fundamento, se procesa a los presuntos autores. Las medidas adoptadas deben incluir lo siguiente:

- establecer unas directrices claras destinadas a los organismos encargados de hacer cumplir la ley que insistan en el deber de los funcionarios de tales organismos de investigar los actos de violencia contra las mujeres, independientemente de quien sea su autor;
- prestar una formación específica continuada a todos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y judiciales en los ámbitos pertinentes de las normas internacionales de derechos humanos, con el fin de potenciar la consideración de la violencia contra las mujeres desde una perspectiva de derechos humanos y garantizar la eficacia judicial en el procesamiento de los autores de delitos de violencia contra las mujeres;
- prestar formación a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y al personal judicial y médico relativa a la investigación y procesamiento de casos de violencia sexual, con referencia, entre otras cosas, al uso de pruebas médicas y periciales y a las normas de derechos humanos, legislación nacional y derecho internacional; contratar y formar a un número suficiente de mujeres policías y funcionarias judiciales para contrarrestar una cultura de discriminación y permitir la especialización en casos de violencia contra las mujeres;

- investigar las alegaciones de violación, pasadas y futuras, perpetradas por sus propias fuerzas, garantizando su cooperación en las investigaciones, así como su sometimiento a cualquier investigación, ya corra a cargo de tribunales nacionales o internacionales o de comisiones encargadas de investigar denuncias de violaciones de derechos humanos cometidas por miembros de las propias fuerzas de seguridad o milicias gubernamentales;
- trasladar a la jurisdicción civil los casos de violación de derechos humanos cometidos por miembros del ejército en servicio activo, especialmente cuando las víctimas son civiles;
- firmar y ratificar sin dilación el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma) sin la declaración prevista en el artículo 124, y promulgar la legislación necesaria para su aplicación efectiva, tal como se expone en el documento de Amnistía Internacional *Corte Penal Internacional: Lista de requisitos para la aplicación efectiva del Estatuto de Roma* (Índice AI: IOR 40/11/2000, de julio del 2000);
- ratificar y aplicar plenamente el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África, la Convención de la Unión Africana para la Prevención y Lucha contra la Corrupción y el Protocolo Facultativo a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer;
- establecer una comunicación y una cooperación entre las organizaciones de la sociedad civil y los organismos encargados de hacer cumplir la ley a escala local, con el fin de proteger a los sobrevivientes de actos de violencia e incrementar la confianza de las mujeres en el sistema de justicia penal.

Poner fin a la discriminación generalizada contra las mujeres y las personas afectadas de VIH/sida

El gobierno de Ruanda debe dar mayor prioridad y asignar más recursos al desarrollo, apoyo y promoción de programas de educación dirigidos a la población y los líderes comunitarios sobre la importancia de no estigmatizar a las sobrevivientes de actos de violencia ni a las mujeres afectadas de VIH/sida, y de permitirles hablar abiertamente sobre su situación y buscar ayuda. Uno de los puntos centrales de estos programas deben ser los compañeros y familiares de las mujeres afectadas de VIH/sida. La ejecución de estos programas debe hacerse en consulta con organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales nacionales, asociaciones de personas que viven con el VIH/sida, comunidades religiosas y medios de comunicación independientes. Los periodistas y la sociedad civil deben poder comunicarse libremente con la población.

El gobierno debe seguir manteniendo una postura pública firme respecto a la violencia de género, y transmitir un mensaje claro de que ni es inevitable ni es admisible y que los responsables serán procesados. Con este propósito, el gobierno debe recabar datos estadísticos, efectuar investigaciones sobre la violencia contra las mujeres y permitir que otras organizaciones que trabajan en Ruanda documenten y divulguen los resultados de sus investigaciones.

El gobierno debe asegurar la disponibilidad de materiales que informen a los ciudadanos sobre sus derechos, sobre los servicios médicos existentes y sobre la forma de proceder en caso de que ellos o sus familiares sobrevivan actos de violencia sexual.

El gobierno debe garantizar que las reformas legislativas en apoyo de los derechos de las mujeres no se ven menoscabadas por la práctica y el derecho consuetudinario.

XIII.2. A LA COMUNIDAD INTERNACIONAL

La comunidad internacional debe seguir apoyando con fondos y ayuda técnica las medidas que contribuyan a la protección y el respeto del derecho a la salud, la alimentación y la educación de las personas afectadas de VIH/sida y sus familiares, mediante, entre otras cosas, el respaldo a programas de ayuda para niños que han quedado, o podrían quedar, huérfanos a causa del VIH/sida.

Amnistía Internacional insta a la comunidad internacional a garantizar que todas las decisiones y políticas relativas a la prestación de asistencia médica son coherentes con las obligaciones contraídas por Ruanda como Estado Parte en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La comunidad internacional debe proporcionar ayuda para garantizar que el gobierno de Ruanda puede prestar asistencia médica sin discriminación de ninguna clase.

La comunidad internacional debe ayudar al gobierno de Ruanda en la creación de un programa de asistencia integral y sistemático para sobrevivientes de actos de violencia sexual.

La comunidad internacional debe diseñar programas de apoyo y promover programas de educación dirigidos a la población y a los líderes comunitarios sobre la importancia de no estigmatizar a las sobrevivientes de actos de violencia y de permitirles expresar su opinión y buscar ayuda. La comunidad internacional debe respaldar a los medios de comunicación independientes, en particular a los radiofónicos, por ser un vehículo de sensibilización de la opinión pública en materia de derechos humanos.

La comunidad internacional debe alentar y respaldar al gobierno de Ruanda en el procesamiento de los autores de actos de violencia sexual ante tribunales civiles, e instar encarecidamente al gobierno a seguir adelante con la instauración del sistema *gacaca* a la mayor brevedad y con el necesario compromiso político y económico.

La comunidad internacional debe apoyar y ayudar al gobierno de Ruanda en el establecimiento de un fondo de indemnización para las víctimas de los abusos contra los derechos humanos que se cometieron durante el genocidio y la guerra.