



经济及社会理事会

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2005/72
17 January 2005
CHINESE
Original: ENGLISH

人权委员会

第六十一届会议

临时议程项目 12 (a)

纳入妇女的人权和性别公平观：暴力侵害妇女

暴力侵害妇女与艾滋病毒/艾滋病相互交织

暴力侵害妇女、其原因及后果问题特别报告员

亚肯·埃蒂尔克提交的报告

内 容 提 要

这是我以暴力侵害妇女问题特别报告员的身份向委员会提交的第二份报告。报告第一章总结了我在 2004 年内开展的活动，第二章载有关于暴力侵害妇女问题与艾滋病毒/艾滋病相互交织的研究。

艾滋病毒在世界各地增多，特别在妇女和女童中蔓延。此流行病代表一种媒介，从中可观察到两性不平等对妇女造成影响的复杂表现。由于两性不平等对妇女造成的歧视是多样的，在父权制社会和其他压迫相互交织下更加严重，使妇女持续遭受暴力并且易感染艾滋病毒/艾滋病。

本报告对暴力侵害妇女与艾滋病毒/艾滋病相互交织进行了分析，同时把暴力当作艾滋病毒的原因以及后果。报告审查了从家庭到跨国范围妇女遭受的各种形式的暴力如何使艾滋病毒传播的风险加大；感染艾滋病毒的妇女遭受的侮辱、歧视以及基于性别的暴力形式；妇女获得医疗和伸张正义方面的障碍。整个报告强调，暴力侵害妇女与艾滋病毒相互交织，以及感染艾滋病毒的妇女特别是移徙者、难民、少数人以及其他被边缘化的妇女群体遭受多种形式的歧视。

尽管与艾滋病毒有关的人权受到国际人权法的保护，并且暴力侵害妇女与艾滋病毒/艾滋病之间的联系不容质疑，但将两性不平等作为这种疾病与性别有关的表现的根源和后果，各国尚未做出综合和有效的回应。尽管在制止暴力侵害妇女和艾滋病毒/艾滋病的传播方面分别取得了一些进展，但如果解决两种流行病之间的相互联系，国家和国际努力的效果将会显著增强。

今天，艾滋病毒已得到承认是一个发展、安全以及人权问题，具有不同的性别含义和影响。因此，已经越来越多地认识到促进和保护妇女的人权，可以减少此疾病的传播并减轻其后果。

最后，本报告从暴力侵害妇女与艾滋病毒相互交织的角度按以下 5 个大类提出制止这种致命疾病传播的有效和综合战略建议：(一) 基于性别的暴力；(二) 艾滋病毒/艾滋病的性别方面；(三) 妇女获得医疗；(四) 赋予妇女权力；(五) 全球防治艾滋病毒/艾滋病联盟。

目 录

	<u>段 次</u>	<u>页 次</u>
导 言	1 - 2	4
一、2004 年开展的活动	3 - 12	4
二、暴力侵害妇女与艾滋病毒/艾滋病相互交织	13 - 79	6
A. 艾滋病毒/艾滋病在全球妇女和男子中的流 行情况	18 - 25	9
B. 暴力侵害妇女与容易感染艾滋病毒	26 - 54	11
1. 强奸和性攻击	27 - 28	11
2. 家庭暴力和亲密伙伴之间的暴力	29 - 34	12
3. 涉及有害习俗的暴力	35 - 40	13
4. 涉及对妇女进行商业性性剥削的暴力	41 - 50	15
5. 武装冲突中的暴力	51 - 54	17
C. 针对感染艾滋病毒的妇女的暴力、侮辱以及 歧视	55 - 71	18
1. 在家庭和社区内的区别待遇	59 - 63	19
2. 非自愿地化验和透露携带艾滋病毒的情 况	64 - 67	21
3. 生殖权	68 - 71	22
D. 获得医疗的限制	72 - 76	23
E. 获得司法服务	77 - 79	24
三、结论和建议	80 - 84	25

导 言

1. 人权委员会在第 2004/46 号决议中对特别报告员的工作表示欢迎，并注意到她的报告(E/CN.4/2004/66)，其中特别阐述了为在国家一级有效地执行消除暴力侵害妇女的国际标准制订战略的准则。委员会鼓励特别报告员就她得到的可靠信息做出有效的回应，并请所有政府在特别报告员履行其任务职责中给予合作并提供协助，根据要求提供所有的信息，包括执行她的建议方面的信息，并且对特别报告员的访问和来文做出回应。

2. 根据委员会第 2004/46 号决议，我在此向委员会提交我的第二份报告。报告第一章总结了我在 2004 年内开展的活动，第二章审查了暴力侵害妇女与艾滋病毒/艾滋病相互交织的情况。我提请委员会注意本报告的增编。增编 1 载有一般和个人指称的摘要情况，以及转交给各国政府的紧急呼吁及其做出的答复。增编 2 报告了我访问萨尔瓦多的情况，增编 3 关于我访问危地马拉的情况，增编 4 关于我访问被占领的巴勒斯坦领土的情况，增编 5 关于苏丹达尔富尔地区的局势。

一、2004 年开展的活动

国别访问

3. 应有关政府和权力机构的邀请，我访问了萨尔瓦多(2004 年 2 月 2 日至 7 日)、危地马拉(2 月 8 日至 14 日)以及被占领的巴勒斯坦领土(6 月 13 日至 18 日)。2004 年 6 月和 7 月对俄罗斯联邦以及阿富汗的访问由于安全原因被推迟；前者被俄罗斯联邦政府，后者被联合国推迟。对俄罗斯联邦包括北高加索的访问重新定于 2004 年 12 月进行。我打算于 2005 年 1 月访问伊朗伊斯兰共和国。

磋商和参加会议

4. 1月28日，我与消除对妇女歧视委员会进行了富有成果的对话，商谈如何将分享共同关注的信息的程序机制化，特别是如何处理根据特别报告员来文程序收到的案件以及根据新制订的允许提交个人申诉的《消除对妇女一切形式歧视公约》议定书收到的案件。

5. 4月我向人权委员会介绍了我的报告，并参加了一些平行活动。当月晚些时候，我回到日内瓦，并出席联合国社会发展研究所的会议和理事会会议。5月14日至17日，我出席了在纽约举行的土著问题常设论坛第三届会议。6月，我出席了在日内瓦联合国人权事务高级专员办事处举行的特别程序年度会议。

6. 7月27日至28日，我出席了亚太妇女、法律和发展论坛在雅加达举办的暴力侵害妇女问题亚太区域磋商。来自该地区15个国家(阿富汗、澳大利亚、孟加拉国、印度、印度尼西亚、日本、尼泊尔、马来西亚、蒙古、缅甸、巴基斯坦、菲律宾、韩国、斯里兰卡以及泰国)的妇女权利倡导者和专家出席。磋商的重点是探讨亚太地区围绕性特征、暴力侵害妇女以及获得司法服务存在的关键问题。¹ 与会者呼吁提供更多的司法服务以及国家对暴力侵害妇女负责。² 在区域磋商后举行了由暴力侵害妇女问题全国委员会(Komnas Perempuan)组织的与当地机构进行的国家磋商。磋商审查了前任暴力侵害妇女问题特别报告员1998年对印度尼西亚进行访问后提出的建议的执行情况以及目前关注的问题。讨论的问题包括无法获得司法服务、刑事司法体系中的性别歧视、以及宗教、传统和贫困问题的政治化。

7. 9月25日至26日，我与非洲人权和人民权利委员会关于非洲妇女权利问题的特别报告员安吉拉·梅洛出席了关于暴力侵害妇女问题的第一次非洲区域磋商。磋商在喀土穆举行，由日内瓦人权研究所、非洲妇女发展与通讯网(FEMNET)以及巴比克尔·巴德尔妇女研究科学协会(BBSAWS)组织。有来自下列国家的妇女权利倡导者和专家出席(布隆迪、刚果民主共和国、吉布提、厄立特里亚、埃塞俄比亚、莫桑比克、卢旺达、索马里、索马里兰、南非、苏丹、乌干达和赞比亚)。向与

会者通报了有关区域和国际机制，并且就有害的传统做法到武装冲突情况下暴力侵害妇女的广泛问题，交流了他们关注的问题以及促进和保护妇女权利的战略。³

8. 9月27日，在区域磋商后由巴比克尔·巴德尔妇女研究科学协会在 Afad 妇女大学组织了与当地机构的国家磋商。与会者提出下列令人关注的问题：苏丹武装冲突地区的暴力侵害妇女、切割女性生殖器官、艾滋病毒/艾滋病、以及 1999 年《公共秩序法》对妇女的影响，主要包括随意进行处女检查、限制妇女的行动自由、实施衣着规定、对卖茶叶和酒实行惩罚。据报道，苏丹监狱中的大多数妇女是由于这些类型的犯罪而被监禁。

9. 10月12日，我在伦敦大学人权和社会正义研究中心开幕式上作了题为“真正的反恐战略：保护妇女不受暴力侵害”的主题发言。

10. 10月29日，我与大会第三委员会进行了对话。在发言中，我对文化越来越被政治化特别是其宗教原教旨主义的表现形式表示关注。我注意到，当前的全球势力争夺对有效执行国际人权标准造成了主要挑战，因为在生活的所有领域内使用暴力已变成很普遍而且是合理的。我强调，在植根于人权共同遗产的价值趋同基础上，进行文明之间的对话对抵制这种极端的意识形态至关重要，从而可防止其侵犯妇女的人权。

11. 11月22日至24日，我出席了由苏珊娜·穆巴拉克妇女国际和平运动以及瑞士联邦委员兼联邦外交部长在日内瓦组织的妇女保卫和平大会。会上我作了题为“武装冲突中的妇女”的讲话。12月1日，我出席了由土耳其计划生育协会和艾滋病毒/艾滋病全国委员会在安卡拉举行的国际艾滋病日活动。12月6日，我在大赦国际在斯德哥尔摩组织的一次会议上作了关于军事化与暴力侵害妇女的主题发言。在这一年里我还参加了土耳其举行的各种本国活动。

与各国政府的信函往来以及新闻发布

12. 这一年发给各国政府的信函数量有所增加。对发出信函情况的全面分析，见增编 1。在本报告所述期间，我还发表了几份新闻稿，对有关国家的情况表示我的关注，并且纪念重要的日子，包括于 11 月 25 日(消除对妇女的暴力行为国际日)以及 12 月 1 日(国际艾滋病日)，与联合国人权事务高级专员发表联合声明。

二、暴力侵害妇女与艾滋病毒/艾滋病相互交织

13. 在过去 5 年中，暴力侵害妇女与艾滋病毒/艾滋病的相互关系日益受到关注。妇女地位委员会在 2001 年举行的第四十五届会议上审议了“妇女、女童与人类免疫机能缺损病毒/后天免疫机能缺损综合症(艾滋病毒/艾滋病)”的专题，并敦促各国政府和所有有关行动者在制定艾滋病毒/艾滋病方案和政策中纳入性别观点(E/CN.6/2001/14)。同年，关于艾滋病毒/艾滋病的大会第二十六届特别会议通过第 S-26/2 号决议，其中各国政府承诺到 2005 年执行国家行动方案，赋予妇女自由决定有关她们的性生活问题的权力，并保护她们免受艾滋病毒感染。人权委员会第六十届会议在第 2004/27 号决议中强调，提高妇女和女童地位是倒转艾滋病毒/艾滋病流行病趋势的关键。此外，委员会在第 2004/46 号决议中强调，暴力侵害妇女和女童使她们感染艾滋病毒/艾滋病的可能性增大，并且感染艾滋病毒使妇女更容易遭受暴力侵害，而暴力侵害妇女助长了艾滋病毒/艾滋病传播的条件。

14. 为了回应国际社会的关注以及委员会第 2003/47 号决议请各特别报告员将保护与艾滋病毒相关的人权纳入各自任务的要求，我在今年的报告中阐述了这个主题。报告阐述了可能使妇女感染艾滋病毒/艾滋病的多种基于性别的暴力形式；感染艾滋病毒的妇女遭受的特别形式的侮辱和歧视；以及她们在获得医疗和司法服务方面面临的障碍。报告进一步确立，不易改变的性暴力加上不能获得信息、预防、治疗以

及照顾，损害了妇女的基本生命权、享有最佳身心健康权、平等获得教育和工作权、隐私权、不受歧视权等其他人权。报告最后提出供各国政府采取行动的⁴建议。

15. 本报告旨在补充其他特别程序的工作，例如人人有权享有最佳身心健康问题特别报告员强调，在艾滋病毒/艾滋病范围内解决两性不平等问题的重要性，并特别强调享有性和生殖健康的权利在与艾滋病毒/艾滋病作斗争中是不可缺少的。此外，报告旨在为今年发起的众多国际运动做出贡献，包括联合国艾滋病规划署世界艾滋病运动以及为减少妇女和女童感染这种疾病的可能性积极打击基于性别的暴力 16 天活动。

16. 不尊重妇女权利，既助长了这种流行病，又加剧了其影响。⁵ 国际人权文书，特别是《消除对妇女一切形式歧视公约》，提供了规范的法律框架和手段，对付基于性别的暴力和歧视，确保实施与艾滋病毒相关的权利。消除对妇女歧视委员会在第 24(1999)号一般性建议中确认，妇女获得医疗是一项基本人权。消除对妇女歧视委员会建议各国确保消除妇女在获得医疗服务、获得包括性和生殖健康领域在内的教育和信息方面的所有障碍，并特别拨出资源用于针对青少年的防止和治疗性传染疾病，包括艾滋病毒/艾滋病的方案。各国在 2001 年《联合国大会关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》以及 8 个千年发展目标中的每个目标里均做出了承诺。虽然实现这些目标将有助于减少艾滋病毒/艾滋病的风险，解决暴力侵害妇女问题也将显著地帮助各国实现这些目标，包括减少艾滋病毒的第 6 个目标。

17. 本报告中的信息取自于有关联合国机构、各国政府、⁶ 非政府组织、世界各地的研究机构以及对现有文献的研究。本报告的初稿曾在一些专家中散发，以便他们提出反馈意见。我愿向本报告的编制做出贡献的所有政府、联合国机构、非政府组织以及个人专家表示感谢。

A. 艾滋病毒/艾滋病在全球妇女和男子中的流行情况

18. 全球约有 3,900 万妇女和男子感染了艾滋病毒/艾滋病。⁷ 妇女感染艾滋病毒的比率在所有地区显著上升。目前妇女几乎占全世界感染艾滋病毒/艾滋病者的一半。在这种流行病的疫区中心撒哈拉以南的非洲，有 2,300 万人被感染，其中 57% 是妇女。⁸ 据报导，感染艾滋病毒的所有妇女中有 77% 居住在撒哈拉以南的非洲。⁹ 全世界艾滋病毒流行情况在男女间的差异正在缩小。这种流行病的“女性化”正在整个拉丁美洲和加勒比、亚洲和太平洋、东欧以及中亚出现。在发达国家被边缘化的人口中，也明显地存在类似的趋势。例如，在美利坚合众国，艾滋病是 25 岁至 34 岁的年青非洲裔美国妇女的主要死因¹⁰，而加拿大土著妇女患艾滋病的可能性比非土著妇女几乎高三倍。¹¹

19. 虽然艾滋病毒最初被视为一个健康问题，但今天日益被认为是一个涉及发展、安全和人权的问题，对人口的所有部分具有不同的影响。正如特别报告员在前一份报告中指出，“妇女和女童特别容易感染艾滋病毒/艾滋病，原因不仅在于她们的生理条件，而且还因为她们在经济和社会上的不平等和文化上被接受的性别角色，使她们在有关性关系的决定中处于受男子支配的地位。支配关系既多又相互重叠，给妇女造成多层次的不平等并使她们遭受不同形式的暴力”(E/CN.4/2004/66，第 47 和 53 段)。由于两性不平等，艾滋病毒抗体阳性的妇女受到侮辱，并引起进一步的歧视和暴力。因此，理解两性不平等、暴力以及艾滋病毒之间的相互作用，可以为有效地打击这种流行病提供可行的干预领域。

20. 研究显示接触艾滋病毒的妇女感染艾滋病毒的可能性至少相当于男子的两倍。¹² 妇女在性关系中的从属地位以及她们的生理条件，使异性之间的性行为成为世界许多地方这种疾病传播的最常见方式。由于男女权利不平等以及使用暴力维持这种不平衡，限制了妇女就安全的性交进行谈判的能力，加大了妇女感染艾滋病毒的可能性。结果，妇女在家庭内外均可能遇到用暴力方式进行的性交。年青妇女

由于她们的生理情况特别面临着风险。¹³ 此外，性传播的感染加大了感染艾滋病毒的可能性，但经常未被发现，因此在妇女中未得到治疗。

21. 暴力侵害妇女与艾滋病毒之间的联系必须在两性不平等造成歧视的背景下理解，包括妇女不能获得足够的信息、教育以及医疗服务。在全世界，上学的女童数字远低于男童，¹⁴ 预防艾滋病毒/艾滋病知识在男子中几乎总是高于女子。¹⁵ 在遭受贫困和/或受到艾滋病毒破坏的社区，女童首先被从学校中拉出来，以赚取收入或帮助照顾病人。由于妇女承受照顾生病亲属的不成比例的负担，艾滋病毒/艾滋病也影响到她们供养自己及其家庭和从事有报酬的工作的能力。贫困、文盲以及家庭和社区中两性权力的不平衡，限制了妇女获得预防性照顾、药物和治疗的机会。这种治疗不仅对减轻疾病的负担而且对保护妇女不受进一步的虐待极为重要。

22. 由于父权社会与阶级、种族、民族、流离失所等其他压迫交织，歧视变得更加严重，“迫使世界上大多数的妇女陷入双重或三重边缘化状况”，正如前任特别报告员拉迪卡·库瓦拉斯瓦米所述(A/CONF.189/PC.3/5, 第2段)。

23. 在世界上的一些地区，不允许妇女拥有自己的财产或得到自己的资金。例如在撒哈拉以南的非洲地区，一名妇女能否获得财产取决于她与一个男人的关系。当她与丈夫分居或其丈夫死亡时，她有可能丧失住房、土地、家庭物品以及其他财产。不能确保分居或离婚时的平等财产权，阻碍着妇女离开暴力婚姻，因为妇女可能被迫在家庭暴力和街头贫困之间做出选择。¹⁶ 由于传统习俗要求，一个男人的财产在他死亡后传统上归还他本家，亲属可以没收一名寡妇的财产，而无视她的健康、福利、或者供养自己的能力。由于非洲感染艾滋病毒的死亡率高，这种“夺取财产”的情况正日益普遍。

24. 夺取财产经常是非洲妇女处理艾滋病毒问题经常发生的一系列事件中的最后一件。正如肯尼亚一个非政府组织的成员所述：“近年来十分经常地重复着一个悲剧性的讽刺故事。一名妇女照顾患艾滋病的丈夫，而当男人死亡时，她发现自己陷于贫困，因为两个人都无力赚取收入。他的家庭拿走了她的住房、花园土地或

其他财富和物品——有时甚至做饭的锅——使她无家可归并且陷于贫困，而这正当她本人由于被丈夫传染也患了病。”¹⁷ 妇女易遭受暴力、缺乏教育以及照顾病人的任务加大，与她们缺乏财产权相互交织，使妇女的社会经济地位保持低下，从而使她们受到更多的暴力和歧视。

25. 减少妇女的经济脆弱性的一个良好做法，是采用新《土耳其民法》(2002年)中的财产制度。该法规定，离婚时，双方平分婚姻期间取得的全部财产，因而承认了妇女为维持家庭生活作出的无报酬的贡献。

B. 暴力侵害妇女与容易感染艾滋病毒

26. 妇女被家庭中的亲密伙伴或者家庭外的陌生人暴力侵害——无论是否通过社区认可的传统做法；在例如医院、学校或拘留设施等机构中；作为难民、移民或者出于性剥削的目的被贩运者在跨国地区；在和平时期或武装冲突中遭受暴力侵害——增大了妇女感染艾滋病毒和进一步遭受暴力的风险。本节探讨妇女经常遭受的暴力形式，以及这致使她们感染艾滋病毒/艾滋病的可能性。

1. 强奸和性攻击

27. 性攻击和胁迫“是连续的统一体，从强奸到迫使女童和妇女违反其意愿进行性交的无形压力。胁迫的标准是，妇女毫无选择，如果她拒绝性要求，将面临严重的实际或社会后果”。¹⁸ 性攻击和胁迫可以发生在妇女生活的所有阶段，在婚姻中、小家庭成员之间、大家庭成员之间、朋友或者完全是陌生人之间。还有文字记录同性恋妇女由于她们的性取向而被选作强奸目标的案件，因为强奸者“要证明[受害者]是女人”。¹⁹

28. 强奸和性攻击剥夺了妇女对何时、与何人以及如何进行性交的控制权，显著增大了感染艾滋病毒的风险。在群奸情况下，多个攻击者以及与攻击有关的暴力，使受感染的机会增多。此外，在此种情况下不太可能使用避孕套。²⁰ 强迫的性关

系是本报告描述的多种基于性别的暴力的组成部份。通常此种暴力的肇事者是受害者的家庭成员或者她认识的人。²¹

2. 家庭暴力和亲密伙伴之间的暴力

29. 在家庭里肉体暴力通常伴随着性虐待，致使难以进行安全的性交。因此，即使在婚姻和长期存在的关系中，安全性交也是不可能的。婚姻中的性交可能不是在双方同意下进行的；通常由男子决定是否采用保护以及保护的形式。婚内强奸在各个文化中均有发生，并且可能不被视为犯罪。在许多社会中，对婚内强奸缺乏法律禁止或纠正，致使妇女完全根据男子的条件服从丈夫的性欲，别无其它选择的想法延续下去。²² 例如，在尼加拉瓜，家庭暴力在父权制文化中根深蒂固，以致于被称作“妇女必须扛的十字架”。²³

30. 即使未受肉体强迫，妇女也可能感到被丈夫胁迫进行性交，因为社会规范希望妇女提供性交尽婚姻义务。向女方的家庭支付嫁妆或新娘费的做法，加强了男子实际上是花钱买妻子因而有权对她做任何想做的事的概念。暴力被作为控制妇女性行为的手段，并且通常被视为正常的，甚至妇女也这样认为。根据土耳其政府提供的信息，“男人把殴打和强奸个人化，并且把强奸视为男性特征的一部分。针对妇女的暴力行为的最明显动机，是关于贞节的社会规范和传统理解。挑战这些规范的妇女受到暴力形式的惩罚。”

31. 进行高风险性行为的妇女，通常可能由于她们想使男伴愉悦，或者由于她们难以说服他们使用避孕套。例如，据危地马拉政府提供的信息，50%以上的危地马拉妇女使用任何形式的控制生育手段，均须得到丈夫的许可。许多妇女对与她们的伴侣谈论性生活感到不舒服，或者当存在长期关系时，可能停止采取保护以表示信任和忠实。建议采取保护，甚至往往被视为指责丈夫行为不贞，或者妇女本人承认通奸。此种含义可能引发对妇女的暴力，使她们不敢讲话。研究显示，对妇女行为不贞的怀疑是男子谋杀女伴的一个最主要因素。²⁴

32. 根据人口理事会, “[已婚夫妇中]无保护的性交频率大幅度上升, 不仅受到使用某些形式的避孕方式例如避孕套即暗示行为不贞或者不信任的驱使, 而且受到强烈的怀孕愿望的驱使。 “青春期女子无保护的性交平均 80%发生在婚姻内”。²⁵

33. 所有文献均强调, 婚姻中男子行为不贞是已婚妇女的主要风险因素。泰国的研究显示, 感染艾滋病毒的妇女 75%可能是被她们的丈夫感染。²⁶ 根据打击艾滋病协会, 摩洛哥的研究显示 55%感染艾滋病毒妇女的感染源, 只可能是她们自己的配偶。同样, 在接受一夫多妻的社会中, 社会许可多妻, 因此当一个伴侣艾滋病毒抗体阳性时, 婚姻中的其他伴侣几乎必将感染艾滋病毒。据南非的非政府组织——人民反对虐待妇女, 一夫多妻制通过父权制得到加强, 鼓励男子在一夫多妻关系中的支配地位, 因此使权力平衡有利于男子, 并且不鼓励妇女就与丈夫的性亲密行为进行谈判和实行控制。

34. 妇女与感染艾滋病毒的男子保持长期关系还面临二次感染的危险。²⁷ 发生这种情况, 是由于病毒可能因长时间用药而发生变异。经常与感染艾滋病毒的男子进行无保护的性交, 即使妇女本人已经感染艾滋病毒, 也使她可能再次感染变异的病毒。二次感染使治疗对妇女和男子均更加困难, 或者可能无效。女性的生理条件加上妇女不能获得医疗和照顾, 使妇女比男子更容易二次感染。

3. 涉及有害习俗的暴力

35. 强迫婚姻和童婚是性暴力的形式, 阻碍着女童控制其性行为的能力, 并且使她们在身体充分发育成熟前怀孕和生产。它也可能成为家庭暴力、强迫劳动和性奴役的先兆。年轻妇女正迅速地成为艾滋病毒/艾滋病流行病的新面孔。全世界青春期和青年妇女感染艾滋病毒/艾滋病的可能性相当于青年男子的三倍以上。²⁸

36. 国家艾滋病政策正越来越多地把性伴侣之间的年龄差距当作这种疾病传播的一个因素进行研究, 因为无保护的性交以及配偶的年龄差距, 是已婚配偶中感

染艾滋病毒风险的主要决定因素。根据对 26 个国家进行的人口和健康调查，“在发展中国家，15 岁至 19 岁的性活跃女子大多数已婚，并且这些已婚的青春女子感染艾滋病毒的比率往往比她们的同龄人更高”。²⁹

37. 在一些社会中，女童还可能被男子胁迫较早发生短期性关系。这些男子被称为“甜爸爸”，通常比他们的伙伴年长 10 岁以上。这些男子用食物、金钱、学费等必需品或者昂贵的礼物等奢侈品吸引女童，换取性交。根据在肯尼亚、乌干达和南非进行的调查，“甜爸爸”喜欢女童，因为他们认为她们“纯洁”(即艾滋病毒抗体阴性)。³⁰ 由于这些男子不太可能采用保护措施，致使年轻女子面临感染艾滋病毒的风险。

38. 在非洲和亚洲部分地区，强奸年轻女子是因为民间传说，与年轻处女进行性交可以清除身体中的艾滋病毒。这促使男子寻求越来越年轻的伙伴，以期得到难得的治疗。根据在柬埔寨妓院区进行的调查，“79%外国处女寻求者[是]有良好组织的，多数为亚洲性游客，并且许多人认为与处女性交将使他们回春或者甚至治愈艾滋病”。³¹

39. 旨在控制妇女性行为的某些传统习俗也可能使妇女更容易感染艾滋病毒/艾滋病。女子外阴切割是一些社会的成年仪式。这种习俗影响妇女的性快感，造成痛苦和长期感染，并且偶尔导致死亡。这个程序造成的伤疤使性交和生产过程中发生撕裂的情况增多。使用未经消毒的工具、未愈合的伤口以及此过程引起的其他并发症，便于艾滋病毒进入身体。在某些非洲文化中存在的另一种传统习俗即“干性交”，也使破损的可能性增加，因而使感染艾滋病的可能性加大。

40. 另一个使妇女面临更大的感染艾滋病毒风险的传统是“妻子继承”。这种习俗尽管在不同地区可能呈现不同的形式，但要求寡妇在丈夫的家庭或族群中再婚。寡妇可能被迫与死者的兄弟或社区中的另一名男子进行无保护的性交，从她的身体内“清除”他的灵魂。在肯尼亚一个很常见这种习俗的地区，人权观察社进行的研究发现，该地区的艾滋病毒/艾滋病比率也是最高的。³²

4. 涉及对妇女进行商业性性剥削的暴力

41. 贫困女性化以及妇女社会经济地位低与她们在性行业中工作直接相关。³³ 妇女进入这个部门，通常是因为她们缺乏资金以及市场需要的技能，或者因为她们受到胁迫和引诱充当妓女。所谓“交易性交”，描述了一系列妇女可能进行的性交易，其中性被用来“交易”换取货物。

42. 性行业中的妇女拥有多个性伴侣，因此比其他多数人群更容易感染艾滋病毒和遭受暴力。根据印度尼西亚暴力侵害妇女问题全国委员会，多数性行业工作者有时遭受粗暴的性行为，致使她们极易被感染。³⁴ 她们还缺乏谈判安全性行为的能力。在南非的调查显示，在卡车站工作的性行业工作者如坚持使用避孕套就会面临暴力反应、失去顾客或高达 25% 的收入下降。³⁵

43. 在卖淫非法的国家里，此种活动的秘密性质致使艾滋病毒和性传染病的预防活动难以开展，而在合法和具有管理体制的国家内，进行登记和定期体检使最具风险的性行业工作者转入地下。³⁶ 此外，由于被边缘化，她们的人权更容易受到侵犯。³⁷

44. 对妇女和女童进行商业性性剥削已经成为跨国贩运妇女的跨国犯罪网的一个利润丰厚的生意。根据联合国人口基金，每年有 70 万至 200 万妇女被跨国贩运。³⁸ 被跨国贩运的妇女通常发现她们处于极易感染艾滋病毒的境地。根据俄罗斯非政府组织天使联盟的数据，在国外遭受性剥削并返回俄罗斯联邦的妇女约三分之一是艾滋病毒携带者。由于广泛缺乏治疗或辅导，并且普通人对这种疾病十分不了解，这个性活跃的人群更助长了该国这种已经严重流行的疾病。目前感染艾滋病毒的俄国人 60% 在 20 岁至 30 岁之间，而多数被贩卖的幸存者属于这个年龄组。

45. 人们认为性行业中的妇女包括那些被贩运的妇女将艾滋病毒传染给一般民众，使这个群体成为多种形式的侮辱和歧视交汇的十字路口。她们还面临着虐待，再加上种族主义、文化和语言障碍，缺乏关于社会和法律权利的证件和信息，担心被遣返以及普遍存在的孤独感。跨国贩运的性质还使妇女无法得到她们的祖国可能

具有的国家保护机制提供的保护，使她们不得不依赖皮条客和犯罪网络。少数群体中的妇女在她们自己的国家也可能遇到类似的问题。例如，居住在泰国北部高地的许多少数人山地部落被剥夺了合法的地位，尽管他们出生在这个国家。这些少数人群体“不能登记出生或结婚，被剥夺教育和工作的机会，不能通过全民保健计划获得公共保健服务”。³⁹ 作为非公民，她们的教育和就业机会很少，容易成为性贩卖者的猎物。

46. 对付贩运问题的一个良好做法是立陶宛政府采用的综合办法，组织地区预防和宣传运动以及教育计划，让警察和其他执法人员、教育机构、社会工作者以及媒体参与。此外，立陶宛社会保障和劳动部组织了旨在使被贩运的受害者重新融入立陶宛社会特别是劳动力市场的援助项目。⁴⁰

47. 尽管妇女移徙工人的情况与那些被贩运的妇女的情况性质不同，也需要关注，因为许多这种妇女通常在不受管制的部门工作。由于她们的工作情况往往使她们很孤立以及得到的社会支助水平很低，她们可能缺乏知识或力量，不能大胆地表示反对虐待和暴力或者在感染艾滋病毒时寻求检查和治疗。她们还很可能在没有当地劳动标准的保护或者不能享受给予公民的保健和医疗权的情况下工作。

48. 在葡萄牙，为促进少数民族融入社会，设立了移民和少数民族高级专员的职务。高级专员为在葡萄牙居住和/或工作的移民和外国公民编制了一份健康指南，帮助他们保护自己免于感染艾滋病毒，还确保少数人和移徙人口无论其国籍、经济或法律状况如何，能够获得医疗。⁴¹

49. 奥地利政府报告了奥地利和欧洲联盟主办的几个项目，这些项目是在解决妇女移徙者特别易感染艾滋病毒/艾滋病的问题，而这类人群的感染率似乎在增多。这些项目包括“公园项目”，其中辅导员与女性移徙者讨论安全性行为以及基于性别的暴力问题，并且以各种外语向她们提供关于卫生与艾滋病毒的资料。艾滋病毒/艾滋病与人口流动问题欧洲项目与维也纳艾滋病支助中心合作，在欧洲联盟内建立

一个组织网，向欧洲的移徙者、少数民族以及流动人口不论男女提供艾滋病毒/艾滋病的预防和照顾服务。

50. 在越南建筑业和石油开采业存在大量移徙工人，与此相伴随妇女流入城市中心在性行业工作，使艾滋病毒感染率迅速增加。⁴² 同样，在存在大量军事或维和人员的情况和地区，妇女可能成为性剥削或强奸的对象，使她们面临感染艾滋病毒的风险。

5. 武装冲突中的暴力

51. 武装冲突经常涉及人口的全面军事化，造成普遍的暴力行为，妇女自身也成为“战区”。已经证明暴力侵害妇女，特别是性暴力，被蓄意作为军事和战争策略的一个组成部分。在最近发生冲突的地点，例如波斯尼亚、柬埔寨、利比里亚、秘鲁、索马里、卢旺达以及塞拉利昂，强奸广泛地存在，并且目前在刚果民主共和国和苏丹继续存在。例如，在塞拉利昂，妇女被迫成为叛乱部队的性奴隶(所谓“丛林夫人”)。青春期女子特别脆弱，因为她们是处女而被追求和作为目标。在卢旺达发生野蛮的暴力形式，例如群奸，而肇事者未受惩罚。据估计，在大屠杀中有 50 万卢旺达妇女被强奸，并且 67% 的强奸幸存者是艾滋病毒抗体阳性者。在一些情况下，男子知道他们是艾滋病抗体阳性者，为感染妇女蓄意对她们进行强奸。由于饱受战乱的地区缺乏药品和足够的医疗服务，艾滋病毒抗体阳性几乎即为死刑。

52. 武装冲突情况下的强奸幸存者可能不确切了解她们的艾滋病毒状况，并且搞清情况的动机很小，因为暴力强奸的创伤会使妇女对咨询一名男医生或医务人员感到担忧。极少获得医疗，特别是长期治疗——由于药物本身的费用极高以及去路途遥远的医院需付出的精力和费用——诊断出艾滋病毒抗体阳性可能只不过会加大强奸幸存者的精神痛苦。即使存在治疗方法，许多人也没有能力利用。这些妇女极端贫困，意味着她们中有些人甚至不能得到使药物治疗有效发挥作用所需的适当食物。

53. 战争和冲突还使流离失所增加，而这个因素使妇女面临更大的性暴力和感染艾滋病毒的风险。逃避冲突的国内流离失所妇女以及难民妇女单独或携带儿童逃跑，没有社区成员或男性亲属的保护，成为脆弱者。边界卫兵、士兵以及其他安全部队经常攻击这些妇女。联合国维和人员也卷入到性剥削中。根据开发计划署，“在许多国家中，军人感染艾滋病毒的比率比一般人口高得多。在战斗中死亡的极真实可能性可能有助于使男子不顾被认为更遥远的感染艾滋病毒的威胁。”⁴³

54. 在国内流离失所者和难民营内，在共同的空间生活和睡觉，设施不安全并且偏僻，小路缺乏照明，使妇女面临暴力和性攻击的风险。有男人陪伴的流离失所妇女可能并不比单身妇女的境况更好。失去传统家长权力和作用的男性难民有时会对他们的伴侣施暴。妇女可能被迫默默地忍受这种情况，特别若食品定量和其他必需品按男性户主的模式分配。⁴⁴

C. 针对感染艾滋病毒的妇女的暴力、侮辱以及歧视

55. 在全世界感染艾滋病毒/艾滋病的人遭受的侮辱造成了歧视和其他形式的侵犯人权。侮辱十分普遍，已经被称为继“静悄悄”地感染艾滋病毒流行病和艾滋病流行病之后，必然发生的“第三个流行病”。⁴⁵ 在各种文化中，仍然存在定型的看法，认为感染艾滋病毒/艾滋病的人通过某种不正常的活动染上这种疾病。发生侮辱是由于存在关于传染的错误信息，担心传染，以及这种疾病不可治愈，其性质和程度由各种社会、文化、政治以及经济因素决定，包括疾病的阶段以及被感染者的性别。⁴⁶

56. 侮辱表现为不同形式的待遇，包括在身体或社会上被家庭和社区排斥，以及家庭、社区和医疗体系取消照顾和支助。多种研究显示，妇女受到的侮辱更直接和严重，加剧了现存的性别、社会、文化以及经济不平等。当男子通过性交感染此疾病时，他们拥有多个伴侣的倾向，被认为是一种规范。然而，妇女几乎总被贴上随便、乱交、放荡的标签。根据在非洲进行的一项研究，“最严重的指责和其他形

式的侮辱留给那些被认为通过‘不适当’或放荡的性行为传播艾滋病毒的妇女。例如，被认为衣着放荡的妇女，特别是都市、年轻以及流动妇女”。⁴⁷

57. 根据从墨西哥政府收到的信息，墨西哥制定了一个值得注意的由三部分组成的战略，以预防性传染病以及艾滋病毒/艾滋病，同时解决性行业中的妇女受到侮辱和歧视的问题。它包括降低女用避孕套的成本并扩大散发；进行针对客户的宣传运动；与民间社会组织合作，扶持性行业中的妇女，以改善她们的社会经济状况。这样的战略可能防止这种疾病的传播，帮助确保这些脆弱群体一旦感染艾滋病毒，不会遭受进一步的歧视、剥削以及暴力。

58. 涉及性别、艾滋病毒状况以及性取向——通常与种族和阶级结合在一起——的歧视相互交织形成多种形式的压迫和暴力，使妇女处于从属的地位。总体上，妇女在家庭、社区、工作场所或者医疗机构一直面临更多和更大的歧视。正如布基纳法索的一名妇女解释的，“如果[一名妇女]发现她是艾滋病毒抗体阳性者，她在三种死亡上签了字：心理死亡、社会死亡以及其后肉体死亡。”⁴⁸

1. 在家庭和社区内的区别待遇

59. 虽然许多感染艾滋病毒/艾滋病的人从他们的家庭得到关爱和支助，但照顾的负担可能使家庭的经济和感情资源紧张，对提供支助的能力形成挑战。后果可能包括切断关系、遗弃、分开；拒绝分享财产或资金；不准与配偶、子女或其他亲属接触；身体隔离(例如分房睡觉)或不能进入共用区域或使用共用设施。⁴⁹

60. 妇女受到更多的侮辱，因为她们被认为损害了家庭的名声，而家庭的声望通常以妇女的道德操守衡量。她们可能甚至要对其丈夫艾滋病毒抗体阳性的放任行为负责。由于感染艾滋病毒状况，受影响最大的关系是公婆与儿媳之间以及配偶之间的关系。例如，在印度，“即使父母知道他们的儿子光顾过性行业工作者，妻子却遭到谴责没有‘控制’她的丈夫，没有发挥好妻子的作用，因此夫家有理由将她

抛弃。”⁵⁰ 抛弃使她变成需赡养的寡妇，而她可能在自己的娘家也不受欢迎，并且维持生活的来源很少。

61. 对乌干达“血清反应阴阳性不同的配偶”进行的研究显示，当一方感染艾滋病毒而另一方未感染时，健康的妇女倾向于留下来支助她们的丈夫或伴侣，而感染艾滋病毒的妇女通常受到她们艾滋病毒抗体阴性的伴侣的暴力侵害或遗弃。⁵¹ 印度的一项研究得出类似的结论，“在血清反应阴阳性不同的配偶中，男子是阴性时，与丈夫是阳性的情况相比较，妇女更有可能受到配偶和婆家的排斥和孤立”。⁵² 在全世界很多地方均得出了这种结论。

62. 在一些情况下，使妇女感染上艾滋病的那个人将感染艾滋病毒的责任归咎于妇女，而这个人通常是她们的长期伴侣。感染艾滋病毒的男子可能在知情的情况下感染他们的妻子，因为他们认为有权享受无保护的性行为的快感，或者感到只有他们患这种疾病不公正。此外，他们可能责备妻子，即使他们本人是感染的来源。正如津巴布韦的一名男子所说的：“我可能将疾病传染给我的妻子，然后告诉我的妻子去进行艾滋病检查。如果她被发现是阳性，我会归咎于她，并且告诉整个社区是她传染了我。”⁵³

63. 照顾和支助受感染的个人的家庭在社区内也可能受到侮辱、孤立和排斥。社区成员可能对他们中间生活着一名感染艾滋病毒的人给他们的健康带来的风险感到担忧。在极端的情况下，社区彻底排斥感染艾滋病毒/艾滋病的人，迫使他们和/或其家庭搬迁。⁵⁴ 排斥和社会孤立在感情上造成压力，加剧了疾病对身体的影响。“有时并不是疾病使这些病人致死，而是人们的恶言恶语。闲言碎语给妇女带来的后果较严重，因为她们一般比男人更重视社会关系。”⁵⁵ 侮辱可能造成家庭隐瞒艾滋病毒抗体阳性的诊断，在家庭内部形成很大的压力和沮丧。⁵⁶

2. 非自愿的化验和透露携带艾滋病毒状况

64. 用人权的方法对待化验，应坚持自愿知情化验，并且在化验前后进行辅导。非自愿艾滋病毒化验和透露结果，不仅侵犯个人权利，而且导致歧视和侮辱。工作场所的非自愿化验通常是为了在发现一个人艾滋病毒抗体阳性时，剥夺或停止其就业。这种做法在女性化的部门比较常见，例如服务、娱乐和旅游部门、以及低层次无保障的工作。人权观察社发现，这在加勒比地区特别常见。在多米尼加共和国，“几乎所有感染艾滋病毒的妇女……过去曾在正规部门工作，表示她们已经停止申请工作，因为担心化验、被拒绝工作、在社区中受到侮辱，最终被她们的伴侣抛弃。”⁵⁷

65. 工作场所性骚扰和虐待妇女的问题日益得到政府的关注，例如，埃塞俄比亚政府通报说，它正在对工厂女工的艾滋病毒/艾滋病预防、控制、照顾和支助服务的现有做法进行多年评估。目的是查明上级和/或男性工人同事的性骚扰、剥削和诱惑是否使女性雇员的艾滋病毒感染增加。

66. 非自愿化验在医疗部门具有类似的灾害性后果。例如，在印度寻求产前照顾的妇女受到强制性的化验，并且将结果告知她们的朋友和家人。⁵⁸ “关于怀孕妇女，保密甚至似乎不是一个问题。妇女有时不被告知她们自己的艾滋病毒情况。但她们的丈夫通常被告知，因为假设他们将决定今后采取什么行动——是否继续怀孕，以及他们自己是否进行艾滋病毒化验。”⁵⁹ 担心面对此种待遇以及担心涉及艾滋病毒，使许多妇女不敢寻求正常的医疗。

67. 由于化验是常规产前照顾的一部分，妇女感染艾滋病毒的状况很有可能在医院或诊所被透露，在那里保密的原则经常被破坏，特别当涉及艾滋病毒时。此外，虽然医务人员理论上比一般公众掌握更准确的艾滋病毒如何传染的信息，但这并不一定转化成对艾滋病毒病人进行更细心的照顾和治疗。感染艾滋病毒的妇女遇到的最严重的歧视是在计划生育、怀孕以及照顾儿童方面。选择是否要孩子以及关于如

何避免将疾病传染给未出生的孩子或新生儿的信息，使许多妇女成为密切审查的中心：围绕怀孕和照顾孩子，来自家庭、社区和医疗方面的多重侮辱交织在一起。

3. 生殖权

68. 母婴传染可能发生在怀孕、生产或哺乳期间，在此情况下感染艾滋病毒的母亲被认为是唯一应对感染她们的孩子负责的人，因此对感染这种病毒的妇女构成性别歧视的另一个来源。在许多国家，妇女只有在怀孕后，才为防止母婴传染接受艾滋病毒治疗。

69. 感染艾滋病毒的怀孕妇女可能得到劝告或受到压力结束怀孕。例如，在乌克兰，许多产科和妇科医生从未获得有关艾滋病毒/艾滋病的辅导，当医生发现感染艾滋病毒的妇女怀孕时，可能立即建议进行流产。⁶⁰ 在委内瑞拉，据称已存在以性别为重点的艾滋病毒/艾滋病干预，据报道，妇女被迫进行绝育。⁶¹ 一个委内瑞拉非政府组织记录了一名感染艾滋病毒的青春期女子在她不知情或未得到她同意的情况下，在生下孩子后在产房内被绝育。⁶² 强制绝育不仅是对妇女生殖权的根本侵犯，而且在预防艾滋病毒方面好处不多。此外，它可能损害妇女的谈判权，因为不再需要使用避孕套作为控制生育的形式。⁶³

70. 由于得不到适当的医疗，感染艾滋病毒的怀孕妇女受到的压力进一步加剧。当得不到医疗时，妇女可能不得不自己生产或依靠传统的接生员。在此种条件下生产，可能危及母婴生命并使接生员面临感染艾滋病毒的风险。

71. 在大多数社区内，感染艾滋病毒的妇女决定要孩子会受到批评，并被指责传染给孩子。“在印度，成为母亲被认为是女人的最终证明。由于一夫一妻制的已婚妇女感染艾滋病毒的风险日益增大，据报道，侮辱和指责妇女传染给未出生的孩子是常见的。由于重男轻女的价值观，若男婴受感染指责更加强烈”。⁶⁴ 感染艾滋病毒的妇女的婴儿确实可能被从她们身边夺走。摩洛哥非政府组织打击艾滋病协会

记录了无数关于妇女被与其孩子分开并且从家中赶走的案例。这些妇女在社会救济中心生活，当她们的情况被人了解时，会遭到侮辱甚至暴力。

D. 获得医疗的限制

72. 基于性别的歧视限制妇女获得艾滋病毒预防、化验和治疗方面的医疗。避孕套是防止性传染病的最有效手段，然而“面临感染艾滋病毒风险的人中只有不到一半能得到避孕套，通常只是因为生产的数量不够”。⁶⁵ 女用避孕套甚至更不容易得到，尽管事实上它们能使妇女对她们的性关系进行更大的控制。在使用男用或女用避孕套方面，对妇女的主要限制最终是她的伴侣是否同意。当男子拒绝同意时，妇女的健康就受到损害。

73. 妇女进行化验的决定同样会受到她的伴侣实际或威胁采取暴力行动的不利影响。根据在坦桑尼亚进行的一项研究，“根据妇女的描述，艾滋病毒化验和透露血清状况的主要障碍，是担心与伴侣发生冲突”。⁶⁶ 总的来说，感染艾滋病毒的妇女遭受其伴侣的暴力行动的可能性相当于艾滋病毒抗体阴性的妇女的几乎 3 倍。感染艾滋病毒的年青妇女遭受这种情况的可能性为 10 倍以上。⁶⁷ 暴力侵害妇女是妇女在化验方面面临障碍并且担心透露结果的主要原因。在非洲和拉丁美洲的研究显示，男子把化验作为一项健康预防措施，或者确认他们和/或其伴侣是艾滋病毒抗体阴性者，然后再建立关系。此外，男子与妇女更可能自己决定进行化验并且将结果自由地告诉他们的伴侣。在另一方面，妇女通常在伴侣允许的情况下决定进行化验，以确认她们的艾滋病毒状况，特别是在孩子或伴侣死亡之后，或者在生殖健康检查中。⁶⁸

74. 在全球范围内，需要医疗艾滋病毒的人中只有五分之一得到医疗。⁶⁹ 男子不仅在治疗中有优先，而且对其妻子的治疗还有决定权。在肯尼亚、博茨瓦纳和赞比亚，据报道妇女被其丈夫强迫将发给她们的治疗艾滋病毒的药物还回去，因为毫

无根据地担心药物会损害胎儿。⁷⁰ 伊斯兰教或印度教社会中带面纱等作法，在缺乏女性医务人员时，会限制妇女获得治疗。

75. 由于抗逆转录病毒治疗费用高昂，贫困女性化也对治疗造成了障碍。即使免费提供抗逆转录病毒治疗时，从事低报酬工作的妇女在工作中抽出时间去诊所意味着额外损失的工资，或者她们需承担治疗过程中的其他费用。“医务人员通常在资源十分少的情况下进行工作，有时缺乏谁可以免费治疗方面的准确信息，有时非正式的收取费用，作为补充诊所或个人收入的办法”。⁷¹ 此种费用即使很少，也会对通常是妇女的社会中最贫困者造成影响，因为他们需要在支付食物、住房或其他紧急必需品与吃药之间作出权衡。

76. 妇女的行动能力通常低于男子，可能不能前往医疗中心，即便存在普及医疗制度。她们可能难以支付往返诊所的交通费或者保姆费。此外，妇女通常不能有效地使用现有的医疗，因为这些服务的时间和运行方式未考虑她们的工作时间和家庭责任。巴西政府正在实施世界上最成功的艾滋病毒/艾滋病毒方案之一，包括免费进行性传染病和艾滋病毒化验，免费分发男用和女用避孕套，对性行业的妇女和静脉注射吸毒者提供预防服务。政府还提供诸如公民和人权等题目的教育。尽管进行了这些深入的努力，据估计 90% 的巴西农村妇女不去进行产前检查和/或利用免费的服务，因为她们无法前往位于城区的诊所。⁷² 南非在解决暴力侵害妇女和女童方面采取了重要的步骤，包括对强奸幸存者提供接触艾滋病毒后的预防治疗。特别是西开普敦省和高登省向强奸幸存者提供法律和医疗服务，并且国家检察机关以及德班地方法院在建立审理性犯罪的特别法庭方面迈出了重要的步伐。⁷³

E. 获得司法服务

77. 在艾滋病毒/艾滋病流行病方面，两性不平等已证明是致命的。基于性别的暴力、歧视以及侮辱相互助长并且控制着妇女，使她们更容易受到感染，并且更不可能得到有效的治疗和照顾。尽管艾滋病毒作为基本和交叉的人权问题日益得到

承认，但不平等、暴力和艾滋病毒相互交织阻碍着妇女伸张正义。如果一个性别暴力幸存者寻求司法补救，但可能要求她公开向反应迟钝的听众描述所发生的事件，并且在这个过程中她的人品和生活方式将受到质疑。与强奸和其他形式的性暴力有关的侮辱加上与艾滋病毒有关的侮辱，在司法程序的每个环节中形成障碍，使妇女伸张正义的过程复杂化。正如前任暴力侵害妇女问题特别报告员所指出的，“特定种族或民族群体的妇女成员，由于她们的性别和/或种族或民族，可能受到文盲、缺乏法律能力、社会压力及其他社会障碍不相称的影响”(A/CONF.189/PC.3/5,第 34 段)。对由于艾滋病毒/艾滋病面临歧视的妇女进行补救，同补救和解决其他领域的歧视一样，如果不消除法律和司法体系中的性别偏见，就不可能实现。

78. 国际人权法为采用意识到性别的方法对付这种流行病提供了法律框架。艾滋病毒和艾滋病与生殖和性权利不可分割地联系在一起，而对这些权利在男女权力不平等的情况下作出了有利于男子的规定。因此，妇女就她们的生殖和性生活做出选择的权利，经常受到男人的侵犯。

79. 正如本报告证实，对感染艾滋病毒/艾滋病的妇女进行区别待遇，损害了她们更广泛的权利，包括生命、健康、工作和教育、隐私、不受歧视和受法律平等保护等其他权利。由于对付艾滋病毒/艾滋病的办法受到性别歧视的影响，并且其后果影响到妇女和女童的人权，因此在防止艾滋病毒蔓延以及减缓这种流行病的社会经济影响方面，保护和促进人权至关重要。

三、结论和建议

80. 如果不对男女不平等的权力关系架构提出挑战，旨在预防和治疗艾滋病毒/艾滋病的方案就不会取得成功。正如本报告显示，暴力侵害妇女与艾滋病毒以多种方式相互交织，增大了妇女感染艾滋病毒的风险，并且一旦她们被感染，会受到不同待遇和侮辱，从而引发进一步的暴力。承认两性不平等及其表现的重要性，特别是年青妇女以及少数、土著和其他被边缘化群体中的妇女遭受的不平等，对制止这

种疾病的传播至关重要。多层从属关系使妇女面临更多的暴力，限制了她们的性和生殖权，使侮辱和歧视加大，限制了她们获得医疗，加上贫困女性化，都是艾滋病毒的原因和后果。

81. 尽管妇女通过暴力方式感染艾滋病毒/艾滋病的数字很高，但各国尚未充分认识到这两种相互促进的流行病之间的联系并就此采取行动。大体上，各国政府在制订艾滋病毒/艾滋病政策中未考虑到性别歧视问题。这可从多数国家缺乏按性别分列的关于艾滋病毒的数据看出。

82. 多数干预战略倾向于针对特定的人群，例如移徙者或出于性剥削的目的被贩运的妇女。此种方案是重要的；然而，需要采取综合办法解决两性不平等的影响，同时帮助特定的风险群体。国家政策和行动计划如果承认艾滋病毒与暴力侵害妇女这两个流行病之间的联系并且就此采取行动，效果将会大大地增强。

83. 扶持性办法还必须使妇女能控制她们的性和生殖生活，并且行使广泛的政治、经济、社会和文化权利。这些办法从承认男女可能有不同需求的“意识到性别问题”的方案，到努力增强妇女就涉及她们生活的事项采取主动行动和进行控制的能力的“赋予权力的干预”，以及寻求“改变造成两性不平等的根本条件”的“促进变化的干预”。⁷⁴

84. 我忆及联合国一些文件所载的国际上达成一致的目标，并且充分支持各国政府已经作出承诺的有关建议。考虑到本报告的结论以及平等原则和妇女人权，我谨就综合应对艾滋病毒/艾滋病的办法提出以下建议：

A. 消除暴力侵害妇女

- 进行适当的努力，全面遵守大会第 48/104 号决议通过的《消除对妇女的暴力行为宣言》的规定；
- 制订和执行意识到性别问题的法律和人权规范，以解决问题的根源，包括通过关于家庭暴力的法律，将婚内强奸定为犯罪，提高结婚的法

定年龄，将强制结婚的作法定为非法，执行关于贩运人口和商业性性剥削的法律，以保护受害者和起诉犯罪者(也就是客户和施虐者)；

- 用“文化谈判”运动补充立法改革和赋予权力方案，以提高对借用文化名义实施的某些作法具有压迫和歧视性质的认识；
- 进行意识到性别问题的运动，以便将暴力侵害妇女作为两性之间更大的权力不平衡的产物加以解决，并且消除鼓励暴力行为的对男女的定型看法；
- 在总体政策制订中，采用性别分析，以确定从两性不平等和其他压迫相互交织中产生的多种和多重形式的暴力，并且监测两性不平等如何以及在何处重现。

B. 解决艾滋病毒/艾滋病的性别方面以及歧视和侮辱

- 制订或修订符合国际人权文书以及《关于艾滋病毒/艾滋病与人权的国际准则》(HR/PUB/98/1)的一般反歧视法，特别是涉及感染艾滋病毒/艾滋病的所有人的法律，为反对非自愿的艾滋病毒化验提供保护，保证结果在所有部门中得到保密，并且确保妇女的性和生殖健康权，包括她们的生殖选择；
- 投资于女性控制的艾滋病毒/艾滋病预防方法，因为可赋予妇女在性交过程中保护自身的直接权力。女用避孕套是目前可在市场上得到的减少性传染疾病和艾滋病毒风险的一个可靠预防方法；
- 对监工、医务人员、法官、律师及其他有关官员进行培训，监测和执行在对待艾滋病毒抗体阳性的妇女方面无歧视性的政策和程序；
- 记录和调查系统侵犯涉及艾滋病毒病人人权的情况并起诉肇事者；
- 提供综合的性教育和生活技能课程，包括关于艾滋病毒/艾滋病的事实资料及其传染方式的资料，以确保预防和防止侮辱和歧视。应作出努力帮助由于贫困、语言障碍或其他限制较少利用到主流方案的人群；
- 确保对艾滋病毒药物和疫苗进行意识到性别问题的临床研究试验。需要就抗逆转录病毒治疗对年青女性的身体特别是她们的生殖能力的影

响进行更多的研究。妇女和青春期女子需要更多地参加关于艾滋病毒疫苗的临床试验。

C. 确保妇女平等地获得医疗

- 通过提供流动医疗中心、减免费用和提供支付得起的抗逆转录病毒治疗，在医疗中心提供托儿服务等，确保妇女获得医疗以及艾滋病毒化验和治疗。如果女性害羞或禁忌是一个问题，应确保在医疗机构中妇女有足够的隐私或者雇佣足够数量的女性医务工作者。为确保在医疗照顾中意识到性别问题，可以雇用感染艾滋病毒的妇女本人作为治疗宣传员或材料散发员；
- 提供自愿辅导和化验，包括化验前后的辅导，以推动行为改变，并且作为对化验结果阳性者进行照顾和提供支助的切入点。辅导和化验还提供了综合解决艾滋病毒的机会，除身体方面外，解决疾病的社会和心理方面的问题。辅导和化验对正在就产前和产后照顾作出决定的怀孕妇女特别重要。提供辅导和化验的医务人员如得到遵守保密和询问伴侣暴力行为情况的培训，，也可以在防止基于性别的暴力方面发挥作用。对感染艾滋病毒的妇女及其家人提供有效的辅导，有助于妇女面对这个疾病的身体和情感挑战；
- 确保对性暴力的幸存者提供全面照顾，包括使用抗逆转录病毒治疗药物，称为接触后预防药(PEP)。如果在性交或性攻击后立即服用，接触后预防药可防止艾滋病毒感染。在冲突和紧急情况下，接触后预防药应该作为向国内流离失所者和难民提供的生殖健康包的一部分。

D. 赋予妇女充分享有全部人权的权力

- 批准各项国际人权条约，特别是《消除对妇女一切形式歧视公约》及其《任择议定书》；
- 使妇女和女童平等地获得识字、教育、技能培训以及就业机会；
- 加强妇女的经济独立，包括通过获得土地、贷款、农业推广、继承权、以及业务和领导技能培训；

- 通过培训、社会保护机制以及资金支持，帮助妇女发挥照顾的作用，以减轻主要落在她们身上的照顾艾滋病人的不成比例的负担；
- 在全部预算计划和拨款中，采用社会性别观点编制预算。

E. 促进和加入全球防治艾滋病毒/艾滋病联盟，
并且作为国际社会集体地

- 确保世界各地的贫困者获得支付得起的药物，支持无专利药品政策，并且呼吁制药公司降低药物价格；
- 努力推动解除武装，强烈谴责在武装冲突中针对妇女和女童的所有形式的暴力行动，并且惩罚犯罪的所有方面；
- 支持研究艾滋病毒疫苗、微生物以及其他女性控制的预防方法；
- 优先向全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金提供政治和资金支持。

注

¹ The impact and implications of the construction of male sexuality on women, violence against women and women's sexual and bodily autonomy was discussed, noting that the construction of male sexuality makes women particularly vulnerable to violence. Sexuality and violence against women was examined in light of growing fundamentalisms, militarization and situations of armed conflict and the rise of neo-liberal globalization in the region.

² For further details, papers and recommendations see: Sexuality and Violence against Women: Access to Justice, Summary Report of study workshop and Asia Pacific Consultation with the Special Rapporteur on violence against women, Jakarta, Indonesia, 25-28 July 2004, APWLD, Forum Asia, Komnas Perempuan.

³ See the final report of the First African Regional Consultation on violence against women with the Special Rapporteur on violence against women and the Special Rapporteur of the African Commission on Human and Peoples Rights on Women's Rights, Khartoum, Sudan, 25-26 September 2004, prepared by the Geneva Institute for Human Rights.

⁴ I would like to acknowledge and thank Jennifer Dreizen for her desk-based research which greatly assisted in the preparation of this study.

⁵ See Human Rights Watch, *Policy paralysis: A call for action on HIV/AIDS-related human rights abuses against women and girls in Africa* (December 2003).

⁶ I requested information from Governments on action taken to address violence against women in the face of the HIV/AIDS pandemic, including progress made and remaining gaps as well as suggestions on how to remedy women's susceptibility to the disease. Governments reporting included Afghanistan, Armenia, Austria, Azerbaijan, Bolivia, Brazil, Costa Rica, Croatia, Czech Republic, Estonia, Ethiopia, Finland, Guatemala, Honduras, Kyrgyzstan, Lithuania, Luxembourg, Maldives, Mauritius, Mexico, Poland, Portugal, Slovakia, Spain, Switzerland, Syria Arab Republic, Trinidad and Tobago, Turkey and Ukraine.

⁷ UNAIDS, *Aids Epidemic Update* (December 2004).
http://www.unaids.org/wad2004/report_pdf.html

⁸ UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*, 2004. http://www.unaids.org/Unaid/EN/In+focus/Topic+areas/Women_gender.asp

⁹ Ibid.

¹⁰ UNAIDS fact sheet, "Women and AIDS: A Growing Challenge".
<http://www.unaids.org/bangkok2004/factsheets.html>

¹¹ Health Canada, *HIV/AIDS Among Aboriginal Persons in Canada: A Continuing Concern* (2003), p. 2.
http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/aborig_e.html

¹² WHO/UNAIDS press release.
www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr59/en/

¹³ Paxton, S. and the International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), 2004. Oh! This one is infected!: Women, HIV and Human Rights in the Asia-Pacific Region. See also UNDP.HIV and Development Programme. Young Women: Silence, Susceptibility and the HIV Epidemic.

¹⁴ According to a OECD/UNESCO study, two-thirds of the 113 million children out of school are girls.
http://www.oecd.org/document/48/0,2340,en_2649_37423_2969008_1_1_1_37423,00.html

¹⁵ An average of 75 per cent among men, as compared to 65 among women. However, in the least developed countries, these differences are much wider. World Bank, *Inequalities in Knowledge of HIV/AIDS Prevention: An Overview of Socio-Economic and Gender Differentials in Developing Countries*, 2001.

- ¹⁶ Human Rights Watch, *Double Standards: Women's Property Rights Violations in Kenya* (2003), p. 25.
- ¹⁷ Jane Kiragu, International Federation of Women Lawyers, Kenya (FIDA-K) on the Family Health International web site. (www.fhi.org).
- ¹⁸ Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M. 1999. "Ending Violence against Women". *Population Reports*, Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program: 9
<http://www.infoforhealthh.org/pr/111/violence.pdf>
- ¹⁹ Gender Project, Community Law Center, University of the Western Cape, *Strategic Interventions: Intersections between Gender Based Violence and HIV/AIDS* (2003), p. 7. See also Human Rights Watch, *Hated to Death: Homophobia, Violence and Jamaica's HIV/AIDS Epidemic* (2003).
- ²⁰ WHO, *Violence against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda* (2000), p. 6.
- ²¹ WHO, *World Report on Violence and Health* (2002), p. 89.
- ²² Human Rights Watch, *Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*, 2003, p. 25.
- ²³ OMCT, *Violence against Women in Nicaragua*, 2001, p. 12.
- ²⁴ Centre for the Study of Violence and Reconciliation, *Violence, Vengeance and Gender: A Preliminary Investigation into the Links between Violence against Women and HIV/AIDS in South Africa* (2001), p. 10.
- ²⁵ Population Council, *The Implications of Early Marriage for HIV/AIDS Policy*, 2004, p. 1. <http://www.popcouncil.org/pdfs/CM.pdf>
- ²⁶ UNAIDS (see note 10 above).
- ²⁷ Human Rights Watch, *Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*, 2003, p. 25.
- ²⁸ See note 8 above, *Confronting the Crisis*.
- ²⁹ See note 25 above.
- ³⁰ Kaisernetwork.org. 2004. "'Sugar Daddies' Contribute to Spread of HIV in Africa, Experts Say."
http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=24805
- ³¹ Liam Cochrane, "Sex Tourists Seek Virgins", *The Cambodia Daily* (6 July 2004).

³² Human Rights Watch, *Double Standards: Women's Property Rights Violations in Kenya* (2003).

³³ On this subject, see UNAIDS, *Sex Work and HIV/AIDS: Technical Update* (2002), especially pp. 2 and 7.

³⁴ "Sexuality, Violence and HIV/AIDS in Indonesia", presentation by Nafsiah Mboi, Vice-Chair, Indonesian National Commission on Violence Against Women, during the meeting with the Special Rapporteur in Jakarta in June 2004.

³⁵ Abdool Karim, 1998, "Women and AIDS - the imperative for gendered prognosis and prevention policy". Agenda No. 39: 15-25.

³⁶ See World Bank, *AIDS in Latin American Countries: The Challenges Ahead* (2003), p. 7.

³⁷ See, for example, the following reports by Human Rights Watch: *Ravaging the Vulnerable: Abuses Against Persons at High Risk of HIV Infection in Bangladesh*, vol. 15, No. 6 (C), (August 2003); *Epidemic of Abuse: Police Harassment of HIV/AIDS Outreach Workers in India*, vol. 14, No. 5 (C), (July 2002); *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*, vol. 16, No. 5 (D), (April 2004).

³⁸ See www.unfpa.org/gender/trafficking.htm

³⁹ Physicians for Human Rights, *No Status: Migration, Trafficking and Exploitation of Women in Thailand - Health and HIV/AIDS Risks for Burmese and Hill Tribe Women and Girls* (2004), p. 8.
<http://www.phrusa.org/campaigns/aids/pdf/nostatus.pdf>

⁴⁰ Information received from the Government of Lithuania.

⁴¹ Information received from the Government of Portugal.

⁴² Horizons and Population Council, *Expanding Workplace HIV/AIDS Prevention Activities for a Highly Mobile Population: Construction Workers in Ho Chi Minh City* (2003).

⁴³ UNDP, *Dying of Sadness: Gender, Sexual Violence and the HIV Epidemic*, SEPED Conference Paper Series No. 1, (2002), p. 4.

⁴⁴ United Nations High Commissioner for Refugees, *Sexual and Gender based Violence against Refugees, Returnees, and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response* (2003), p. 42.

⁴⁵ Bennett, Olivia 1990. Panos Dossier: *Triple Jeopardy: Women and AIDS*.

⁴⁶ Panos Institute and UNICEF, *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission: A pilot study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso* (2001), p. 3.

⁴⁷ International Center for Research on Women (ICRW), *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, (2003), p. 34.

⁴⁸ *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 33.

⁴⁹ UNAIDS, *India: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial* (2001), pp. 16-17.

⁵⁰ *Ibid.*, 42.

⁵¹ *Just Die Quietly ...*, pp. 30-31. These findings are echoed in *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, and in *Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination in Viet Nam*, p. 35.

⁵² *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 36.

⁵³ *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia ...*, p. 35.

⁵⁴ *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 17.

⁵⁵ *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia ...*, p. 38.

⁵⁶ *India: HIV and AIDS-related Discrimination*, p. 9.

⁵⁷ Human Rights Watch, *A Test of Inequality: Discrimination against Women living with AIDS in the Dominican Republic* (2004), p. 27.
<http://hrw.org/reports/2004/dr0704/dr0704.pdf>

⁵⁸ *India: HIV and AIDS-related Discrimination*, pp. 22-24.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 24.

⁶⁰ *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 30.

⁶¹ International Council of AIDS Service Organizations (ICASO), *In-country Monitoring of the Implementation of the Declaration of Commitment Adopted at the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS - A Four Country Pilot Study* (2004), p. 22.

⁶² LACCASO and UNAIDS, *Magdalena's Story: The Reproductive Rights of a Street Teenager in Caracas* (1999), p. 23.

⁶³ *A Test of Inequality: Discrimination against Women living with AIDS in the Dominican Republic*, p. 41.

⁶⁴ *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 31.

⁶⁵ UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, *Confronting the Crisis ...*, p. 20.

⁶⁶ Population Council, *HIV and Partner Violence: Implications for HIV Voluntary Counseling and Testing Programs in Dar Es Salaam, Tanzania* (2001), p. 33.

⁶⁷ *Ibid.*, 2.

⁶⁸ *Ibid.*, 14.

⁶⁹ UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, *Confronting the Crisis ...*, p. 17.

⁷⁰ Center for Health and Gender Equity, *Gender, AIDS and ARV Therapies: Ensuring that Women gain equitable access to drugs within US funded Treatment Initiatives* (2004), p. 3.

⁷¹ *Ibid.*, p. 5.

⁷² UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, *Confronting the Crisis ...*, p. 25.

⁷³ These efforts and their shortcomings are discussed in Human Rights Watch, *Deadly Delay: South Africa's Efforts to Prevent HIV in Survivors of Sexual Violence* (March 2004, Vol. 16, No. 3 (A)), pp. 58 et seq. <http://www.hrw.org/reports/2004/southafrica0304/southafrica0304.pdf>

⁷⁴ WHO, *Integrating Gender into HIV/AIDS Programme: a Review Paper* (2003), pp. 27-41, especially p. 33.

-- -- -- -- --