



Consejo Económico y Social

Distr. general
13 de diciembre de 2013
Español
Original: inglés

Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

58º período de sesiones

10 a 21 de marzo de 2014

Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”: incorporación de una perspectiva de género, situaciones y cuestiones programáticas

La mujer, la niña y el VIH y el SIDA

Informe del Secretario General

Resumen

La desigualdad entre los géneros y las violaciones de los derechos humanos que persisten y que exponen a las mujeres y las niñas a un mayor riesgo de infección siguen limitando el logro de progresos en la prevención de la propagación del VIH y el aumento del acceso al tratamiento antirretroviral. Además de su susceptibilidad biológica al VIH, muchos problemas socioculturales, económicos y jurídicos interrelacionados aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección.

Los problemas para la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas que plantean, entre otras cosas, la falta de servicios de salud accesibles y asequibles, así como de educación y de oportunidades de empleo; la desigualdad en materia de derechos de propiedad y de sucesión; las normas culturales perjudiciales y el matrimonio infantil, persisten en los países y frenan los esfuerzos para mitigar la epidemia.

Los Estados Miembros han hecho progresos en el mejoramiento de la situación de las mujeres y las niñas infectadas y afectadas por el VIH. No obstante, dadas las múltiples dimensiones que tienen los efectos de la epidemia en las mujeres y las niñas, es necesario adoptar más medidas aceleradas en los planos nacional, regional e internacional. Aún existen grandes lagunas en las medidas y los recursos financieros



que se destinan a proporcionar programas y servicios que tengan en cuenta las cuestiones de género y las dificultades y los obstáculos que generan las realidades estructurales y sociales. Es preciso hacer más para erradicar las normas perjudiciales y las leyes discriminatorias en relación con el género y promover la participación significativa de las mujeres y las niñas en los procesos nacionales e internacionales de adopción de decisiones.

En este informe se destacan los progresos registrados por los Estados Miembros y el sistema de las Naciones Unidas en la aplicación de la resolución [56/5](#) de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, junto con las deficiencias y los problemas conexos, y a modo de conclusión se presentan recomendaciones para la adopción de medidas futuras.

I. Introducción

1. En su resolución 56/5, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer solicitó al Secretario General que, en su 58º período de sesiones, le presentara un informe sobre la situación de la mujer, la niña y el VIH y el SIDA¹, con especial hincapié en la adopción acelerada de medidas, de conformidad con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, las declaraciones políticas de 2006 y 2011 sobre el VIH y el SIDA, y la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2011. Este informe se presenta en respuesta a esa solicitud.

2. Los ejemplos que aquí figuran se basan en la información proporcionada por 18 Estados Miembros² y 11 entidades de las Naciones Unidas³ en relación con el período comprendido entre septiembre de 2011 y octubre de 2013. Además, se presenta información pertinente en base a investigaciones realizadas, incluidas las conclusiones del examen de mitad de período de la agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH.

II. Antecedentes

3. A nivel mundial, a finales de 2012 unos 35,3 millones de adultos y niños vivían con el VIH. De los 32,1 millones de adultos que vivían con el VIH en 2012, 17,7 millones eran mujeres, es decir, 1 millón más que en 2011⁴. En 1997, el 41% de los adultos que vivían con el VIH eran mujeres. Ese porcentaje se elevó al 49% en 2001 y al 55% en 2012. Desde que se publicó el informe anterior (E/CN.6/2012/11), la proporción de mujeres con respecto al total de personas que viven con el VIH, el porcentaje de mujeres ha disminuido en todas las regiones, salvo en Europa Oriental y Asia Central, donde la tasa aumentó del 26% en 2010 al 33% en 2012. No obstante, a partir de 2008, el ritmo al que se ha venido reduciendo el número de nuevos casos de mujeres infectadas por el VIH a nivel mundial se ha desacelerado⁴. En 2012, entre los adultos de 15 años y más de edad, las mujeres

¹ El SIDA es una definición epidemiológica basada en señales y síntomas clínicos. El síndrome es causado por el VIH, que destruye la capacidad del organismo para combatir las infecciones y enfermedades, lo que, en última instancia, puede provocar la muerte. La terapia antirretroviral hace más lenta la replicación del virus, pero no elimina la infección por el VIH.

² El Brasil, Burkina Faso, el Camerún, Colombia, Dinamarca, España, Finlandia, Gambia, el Japón, Kenya, Noruega, los Países Bajos, el Paraguay, Polonia, Qatar, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República Unida de Tanzania y Rumania. El número de respuestas recibidas de los Estados Miembros ha venido disminuyendo desde 2009, a saber, de 30 a 18 para el presente informe.

³ La Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y el Programa Mundial de Alimentos.

⁴ ONUSIDA, *Informe mundial: ONUSIDA informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2013* (Ginebra, 2013).

representaban el 47% de los nuevos casos de infección⁴, si bien ese porcentaje era mucho mayor en el África subsahariana, donde las mujeres representaban el 56% de los nuevos casos de adultos infectados, y en el Caribe, donde representaban el 52%⁵. Las niñas corren un riesgo particularmente alto de infección. A finales de 2012, alrededor de las dos terceras partes de los nuevos casos de infección por VIH entre los adolescentes (de 15 a 19 años de edad) eran casos de niñas⁶. Según el ONUSIDA, cada hora 50 mujeres jóvenes contraen la infección por el VIH⁷. En 2012, el 36% del total de muertes relacionadas con el SIDA fueron muertes de mujeres⁴, y el SIDA sigue siendo la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo⁸.

4. Las mujeres infectadas por el VIH también corren un mayor riesgo de morbilidad por otras enfermedades. En los entornos con una alta prevalencia del VIH, los índices de tuberculosis entre las jóvenes de 15 a 24 años de edad son de 1,5 a 2 veces mayores que entre los hombres del mismo grupo de edad⁴. Además, las mujeres con VIH corren un mayor riesgo de padecer cáncer del cuello del útero. Un metaanálisis realizado recientemente reveló que las mujeres con VIH tenían seis veces más riesgo de padecer de ese tipo de cáncer⁹.

5. La mayor parte de los casos de VIH en el mundo se producen por transmisión heterosexual. El matrimonio rara vez protege a las mujeres, y hasta puede aumentar su exposición al virus. Más de cuatro quintas partes de las nuevas infecciones de mujeres por el VIH ocurren en el matrimonio o en relaciones de pareja de larga duración¹⁰. De hecho, en Asia y el Pacífico, un gran número de mujeres están contrayendo la infección por el VIH, no por su propio comportamiento sexual, sino por el comportamiento sexual de riesgo de sus parejas masculinas¹¹. Las mujeres, en toda su diversidad¹², también corren un mayor riesgo: por ejemplo, las trabajadoras de la industria del sexo tienen 13,5 veces más probabilidades de vivir con el VIH que las demás mujeres en todo el mundo¹³, y las mujeres transgénero

⁵ Estimaciones no publicadas del ONUSIDA sobre el VIH/SIDA, 2012.

⁶ UNICEF, *Hacia una generación libre de SIDA: la infancia y el SIDA – Sexto inventario de la situación, 2013* (Nueva York, 2013).

⁷ ONUSIDA, “El SIDA en cifras” (Ginebra, 2013).

⁸ ONU-Mujeres, “The gender dimension of the Millennium Development Goals Report 2013”, 1 de julio de 2013. Puede consultarse en www.unwomen.org/es/news/stories/2013/7/the-gender-dimension-of-the-millennium-development-goals-report-2013.

⁹ Myassa Dartell y colaboradores, “Risk factors for high-risk human papillomavirus detection among HIV-negative and HIV-positive women from Tanzania”, *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 40, núm. 9 (septiembre de 2013), págs. 737 a 743.

¹⁰ UNFPA, *Estado de la población mundial 2005: la promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Nueva York, 2005).

¹¹ Véase, por ejemplo, Asia-Pacific Inter-Agency Task Team on Women, Girls, Gender Equality and HIV, *Country Briefs on HIV and Key Affected Women and Girls in ASEAN* (2013).

¹² A saber, las mujeres de las zonas rurales y de difícil acceso, las mujeres jóvenes, las mujeres que viven con el VIH, las mujeres con discapacidad, las mujeres de las zonas de conflicto, las mujeres transgénero, las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres, las mujeres que se dedican al trabajo sexual, las mujeres refugiadas, las mujeres que consumen drogas y las mujeres indígenas (como las definen la Athena Network y otros en: “In women’s words: action agenda” (2011)).

¹³ Deanna Kerrigan y colaboradores, *The Global HIV Epidemics among Sex Workers* (Washington D.C., Banco Mundial, 2013).

tienen casi un 49% más de probabilidades de vivir con el VIH que los adultos de una edad similar, según un metaanálisis llevado a cabo en 15 países¹⁴.

III. Marco normativo

6. El marco normativo para el disfrute pleno por las mujeres y las niñas de los derechos humanos, incluidos la igualdad y la no discriminación, en el contexto del VIH y el SIDA se deriva de varias fuentes, entre las cuales se destacan la Declaración política sobre el VIH/SIDA, de 2011 (resolución 65/277 de la Asamblea General, anexo), que estableció un conjunto de 10 metas con plazos concretos que debían alcanzarse a más tardar en 2015, incluidas la satisfacción de las necesidades específicas de las mujeres y las niñas y la eliminación de las desigualdades entre los géneros y los abusos y la violencia por razón de género; la Declaración política sobre el VIH/SIDA, de 2006 (resolución 60/262 de la Asamblea General, anexo), en la que se pidió que los Estados tomaran todas las medidas necesarias para crear un entorno propicio al empoderamiento de la mujer; y la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, de 2001 (resolución S-26/2 de la Asamblea), en la que los Estados se comprometieron a aplicar estrategias nacionales que promovieran el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de los derechos humanos. Junto con estos instrumentos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece los principios rectores de derechos humanos y el marco para la adopción de medidas dirigidas a combatir el VIH/SIDA entre las mujeres y las niñas.

7. En el período que se examina, los problemas de la igualdad entre los géneros en el contexto del VIH y el SIDA se abordaron en relación con la paz y la seguridad, los derechos del niño, la violencia contra la mujer y los derechos humanos. En su resolución 2106 (2013), el Consejo de Seguridad hizo notar el nexo existente entre la violencia sexual en situaciones de conflicto armado y posteriores a conflictos y la infección por el VIH, y la desproporcionada carga que representan el VIH y el SIDA para las mujeres y las niñas como un obstáculo y un desafío persistente para la igualdad entre los géneros. En esa misma resolución, el Consejo instó a las entidades de las Naciones Unidas, los Estados Miembros y los donantes a que apoyaran el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de los sistemas nacionales de salud y las redes de la sociedad civil para prestar asistencia sostenible a las mujeres y las niñas que viven con el VIH y el SIDA o están afectadas por ellos en situaciones de conflicto armado y posteriores a conflictos.

8. En su recomendación general núm. 30 sobre las mujeres en la prevención de los conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos (CEDAW/C/GC/30), el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer reconoció que existía un sólido vínculo entre la violencia por razón de género y el VIH, incluida su transmisión deliberada, alentó a que se adoptaran más medidas para encarar ese vínculo, e instó a que se hiciera hincapié en el acceso de la mujer a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH en esas situaciones. En su observación general núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24), el Comité de los Derechos del Niño

¹⁴ Frits van Griensven, Prempreeda Pramoj Na Ayutthaya y Erin Wilson, "HIV surveillance and prevention in transgender women", *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 13, núm. 3 (marzo de 2013), págs. 185 y 186.

instó a los Estados a “estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad” (CRC/C/GC/15, párr. 31). En las conclusiones convenidas sobre la eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra la mujer y la niña, aprobadas por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en su 57º período de sesiones (E/2013/27-E/CN.6/2013/11, secc. I.A), la Comisión instó a abordar con mayor celeridad la interrelación entre el VIH y el SIDA y la violencia contra todas las mujeres y las niñas, y a eliminar la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas que viven con el VIH, así como contra quienes cuidan de personas que viven con el VIH.

9. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos aprobó una observación general sobre el artículo 14 del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, relativo a los derechos de la mujer en África, en que enumeró las obligaciones de los Estados en relación con la observancia del derecho de la mujer a protegerse contra el VIH¹⁵.

IV. Medidas adoptadas por los Estados Miembros y el sistema de las Naciones Unidas

10. Desde que se publicó el informe anterior de la Comisión, los Estados Miembros, las Naciones Unidas y otros interesados clave han registrado algunos progresos en la satisfacción de las necesidades de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH y el SIDA, como lo demuestran las medidas adoptadas y los resultados alcanzados. Se han registrado progresos en las medidas para eliminar las desigualdades entre los géneros, entre otras cosas, mediante la integración de las dimensiones de la igualdad entre los géneros en las estrategias y los planes nacionales de lucha contra el SIDA; el aumento de los recursos financieros para las intervenciones dirigidas a las mujeres y las niñas en el contexto del VIH; las medidas adoptadas para reforzar el empoderamiento y los derechos de las mujeres y las niñas y promover su participación en la respuesta al VIH/SIDA; las medidas adoptadas para asegurar la igualdad de acceso de las mujeres y las niñas a los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo y los servicios integrados de salud sexual y reproductiva y lucha contra el VIH; y las medidas aceleradas para eliminar la violencia por razón de género y fomentar la participación de los hombres y los niños en la promoción de la igualdad entre los géneros.

A. Integración de la igualdad entre los géneros en las respuestas nacionales al VIH y al SIDA

11. Los Estados Miembros han empleado diferentes enfoques para abordar la igualdad entre los géneros en la respuesta al VIH y al SIDA en el plano normativo, incluida la incorporación de la perspectiva de género en sus políticas, marcos, programas y planes nacionales de lucha contra el VIH y el SIDA (el Brasil, Burkina

¹⁵ Puede consultarse en www.achpr.org/news/2012/11/d65.

Faso, Colombia, Finlandia, Gambia, Kenya, el Paraguay y la República Unida de Tanzania). Algunos Estados Miembros informaron de que habían integrado las medidas de lucha contra el VIH y el SIDA en sus planes de acción nacionales sobre igualdad entre los géneros (el Camerún, España, Gambia, el Paraguay y la República Unida de Tanzania).

12. Si bien esas iniciativas indican que los compromisos y objetivos de la Declaración política sobre el VIH y el SIDA, de 2011, se traducen en políticas nacionales, la investigación muestra un panorama diferente. Los Estados Miembros han avanzado en el reconocimiento y la aplicación de una perspectiva de género en las políticas nacionales sobre el VIH y el SIDA, pero las intervenciones no van lo suficientemente lejos en el enfrentamiento de los factores estructurales impulsores de la epidemia, que son un aspecto fundamental de la respuesta¹⁶. Un examen de los planes estratégicos nacionales de 20 países de África Meridional y Oriental halló que pocos de esos planes incluían intervenciones concretas para combatir los factores estructurales impulsores de la transmisión del VIH, como la creación de un marco jurídico y normativo para promover la igualdad entre los géneros¹⁷.

13. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y sus organismos copatrocinadores, en particular el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), en colaboración con sus asociados, han ampliado el apoyo que prestan a los Estados Miembros para integrar las dimensiones de la igualdad entre los géneros en sus planes estratégicos nacionales de lucha contra el VIH, incluido el apoyo al aumento de la capacidad y los conocimientos especializados en materia de igualdad entre los géneros de los órganos nacionales de coordinación sobre el VIH y el SIDA. Las entidades de las Naciones Unidas, en colaboración con MEASURE Evaluation, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para Luchar contra el SIDA, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y una serie de asociados nacionales y de la sociedad civil, también han elaborado herramientas para evaluar la epidemia y la respuesta desde el punto de vista del género; llevar a cabo una auditoría de género con miras a determinar los conocimientos especializados en materia de género que existen en las instituciones clave o trazar una hoja de ruta para promover las cuestiones de género; y aprovechar las pruebas compiladas sobre estrategias eficaces para las mujeres y las niñas, incluidas orientaciones programáticas sobre la lucha contra el VIH y su interrelación con la violencia contra la mujer, y un compendio de indicadores sobre la igualdad entre los géneros y el VIH para apoyar la supervisión y el seguimiento completos de los resultados.

¹⁶ Se trata, entre otros, de los factores sociales, económicos, políticos y ambientales que contribuyen a la epidemia, ya que aumentan la susceptibilidad al VIH y minan las iniciativas de prevención y tratamiento.

¹⁷ Andrew Gibbs y colaboradores, “The inclusion of women, girls and gender equality in national strategic plans for HIV and AIDS in Southern and Eastern Africa”, *Global Public Health*, vol. 7, núm. 10 (2012).

B. Financiación de la respuesta al VIH/SIDA orientada a la mujer

14. En general, los Estados Miembros no indicaron que hubieran hecho un seguimiento particular de las asignaciones presupuestarias a las prioridades relacionadas con la igualdad entre los géneros en las respuestas nacionales al VIH/SIDA. Una excepción que cabe destacar es la República Unida de Tanzania, que informó sobre el seguimiento que hacía de la utilización de los recursos asignados a los programas dirigidos a las mujeres, las niñas, la igualdad entre los géneros y el VIH, por medio de una evaluación nacional con perspectiva de género de los gastos en concepto de medidas de lucha contra el SIDA. Según otras investigaciones, Rwanda introdujo una declaración del estado del presupuesto sobre las cuestiones de género para orientar la asignación de recursos suficientes a las medidas dirigidas a las mujeres en las políticas y los programas relacionados con el VIH.

15. Los fondos nacionales e internacionales destinados específicamente al VIH se elevaron de 15.000 millones de dólares en 2010 a alrededor de 18.900 millones de dólares en 2012, si bien no llegaron a alcanzar la cifra estimada de 22.000 a 24.000 millones de dólares, necesaria para dar una respuesta integral al VIH en todo el mundo. Hasta la fecha, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha aprobado más de 15.500 millones de dólares para las iniciativas de lucha contra el VIH en más de 140 países¹⁸, y el sector privado, incluidas las fundaciones y empresas, en particular la Fundación Bill y Melinda Gates, también ha desempeñado un papel importante en la financiación de la respuesta al VIH/SIDA. La escasez de datos desglosados por sexo sobre los gastos en actividades de lucha contra el VIH, y la falta de instrumentos de evaluación para hacer un seguimiento de los gastos en intervenciones dirigidas a eliminar los factores estructurales impulsores de la epidemia hacen difícil estimar el volumen de los fondos destinados a la lucha contra el VIH y el SIDA que se ha asignado a intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades de las mujeres y las niñas. Según el ONUSIDA, solo 57, de los 104 países que presentaron informes tenían una estrategia de lucha contra el VIH que incluía un presupuesto específico para las mujeres¹⁹. Un factor que complica aún más la reunión de pruebas es la falta de criterios claros sobre las intervenciones que tienen por objeto eliminar las desigualdades entre los géneros en la respuesta al VIH y al SIDA, que podrían incluirse en las herramientas y orientaciones de evaluación de los gastos²⁰.

16. A pesar de la falta general de datos para hacer un seguimiento de los fondos asignados a intervenciones que tienen en cuenta las cuestiones de género, el análisis de los datos existentes sobre gastos en actividades de lucha contra el VIH dirigidas a las mujeres y las niñas indica que una buena parte de las intervenciones de lucha contra el VIH dirigidas a las mujeres y a las niñas busca prevenir nuevos casos de infección de niños y mantener vivas a las madres. Según los datos disponibles, entre 2009 y 2011, del total de recursos asignados a la lucha contra el VIH, destinados específicamente a intervenciones relacionadas con las mujeres, alrededor del 71% se

¹⁸ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Grant portfolio. Puede consultarse en <http://portfolio.theglobalfund.org/>.

¹⁹ ONUSIDA, informe sobre la matriz de resultados, rendición de cuentas y presupuesto del ONUSIDA para 2014-2015 (UNAIDS/PCB(32)/13.9).

²⁰ ONUSIDA, *Women Out Loud: cómo las mujeres que viven con el VIH ayudarán al mundo a poner fin al SIDA* (Ginebra, 2012).

destinó a prevenir la transmisión vertical; el 23% a programas de prevención dirigidos a las profesionales del sexo y sus clientes (hombres y mujeres); el 5% a programas para reducir la violencia por razón de género; y solo el 1% a todos los demás programas relacionados específicamente con las mujeres²⁰. En este contexto, las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las redes de mujeres que viven con el VIH, han expresado su preocupación por la disminución del apoyo financiero para sus actividades, lo que les impide participar con eficacia en la respuesta. Se estima que el 42% de las inversiones del Fondo Mundial se destina a apoyar la salud de las mujeres y las niñas reduciendo la mortalidad infantil y mejorando la salud materna²¹. Los países que aplican programas para poner fin a los nuevos casos de infección de niños y mantener vivas a las madres han solicitado fondos principalmente para suministrar medicamentos antirretrovirales a las mujeres durante el embarazo y el parto, no para satisfacer las necesidades de tratamiento a largo plazo de mujeres que viven con el VIH ni para proporcionar servicios integrales de salud reproductiva o de planificación familiar²². Un donante importante a las actividades de lucha contra el VIH/SIDA, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para Luchar contra el SIDA, ha hecho inversiones importantes en relación con la mujer y el VIH. Como parte de las iniciativas para promover la igualdad entre los géneros, entre 2010 y 2011 ese Plan destinó 155 millones de dólares a la lucha contra la violencia por razón de género.

C. Potenciación, participación y promoción de los derechos de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH y el SIDA

1. Marco jurídico para abordar los derechos de las mujeres, las adolescentes y las niñas en el contexto del VIH/SIDA

17. La promulgación de leyes dirigidas a proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas que viven con el VIH y el SIDA y que están afectadas por el virus y el síndrome es fundamental para crear un entorno que permita responder de forma eficaz al VIH. En particular, los marcos jurídicos de apoyo a las mujeres y las niñas y de lucha contra la epidemia son importantes desde el punto de vista de la despenalización de la transmisión del VIH, la prohibición del matrimonio precoz, infantil y forzado, y el fomento de los derechos de propiedad de la mujer. Reconociendo la importancia de estos marcos, la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, un grupo independiente de expertos en asuntos jurídicos, políticos y de salud pública, organizado por el PNUD y el ONUSIDA, instó a los gobiernos a utilizar la ley para proteger a las mujeres frente a la desigualdad y a todas las formas de violencia. En un documento preparado por esa Comisión se informó de que a menudo las leyes discriminatorias relacionadas con el VIH tenían un efecto desproporcionado en las mujeres²³.

²¹ Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, *Invertir estratégicamente para conseguir repercusión: resultados del Fondo Mundial 2012* (Ginebra, 2012).

²² Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, “An analysis of gender-related activities in Global Fund-approved proposals from rounds 8 and 9” (2011).

²³ Aziza Ahmed, “Property and inheritance laws: the impact on women and OVC in the context of HIV”, documento preparado para la tercera reunión del grupo consultivo técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, julio de 2011.

18. El matrimonio precoz, en la infancia y forzado y el inicio temprano de la actividad sexual aumentan el riesgo de infección por el VIH entre las jóvenes y las niñas. En 146 países, las leyes del Estado o el derecho consuetudinario permiten que las niñas menores de 18 años contraigan matrimonio con el consentimiento de los progenitores o de otras autoridades²⁴. Una vez casadas, en muchos casos esas niñas no tienen poder para negociar prácticas sexuales más seguras con sus maridos, que por lo general son mayores y más experimentados sexualmente²⁵. Además, es más probable que abandonen la escuela. Todos estos factores hacen que las niñas sean especialmente vulnerables al VIH y otras infecciones de transmisión sexual²⁵. Habida cuenta de que en muchos países la actividad sexual suele iniciarse temprano, las leyes que impiden que las niñas y las adolescentes acudan a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de realización de pruebas del VIH, también contribuyen a aumentar el riesgo de infección por el VIH²⁴. En África Oriental y Meridional y el sur de Asia, varios países con tasas particularmente altas, de matrimonio precoz, en la infancia y forzado, como Bangladesh, Etiopía, Lesotho, Nepal, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Uganda y Zimbabwe, están logrando algunos progresos en la erradicación de ese tipo de matrimonios. Sin embargo, esta práctica sigue prevaleciendo en la mayor parte de esas regiones²⁴.

19. El Camerún y Kenya indicaron que la promoción de campañas de sensibilización sobre el daño que ocasiona el matrimonio precoz era importante para lograr un enfoque integral de la prevención del VIH. La República Unida de Tanzania señaló que la prevalencia del matrimonio precoz era un obstáculo para la ejecución de las políticas y los programas de lucha contra el VIH/SIDA. Varios países informaron sobre novedades en el ámbito de los derechos jurídicos de las mujeres que viven con el VIH o están afectadas por él. Burkina Faso informó de que estaba adoptando medidas para asegurar la igualdad de acceso de la mujer a la tierra y la propiedad, y Kenya indicó que había mejorado el acceso de las mujeres a los recursos jurídicos eliminando los honorarios de los tribunales. Algunos Estados Miembros también informaron sobre leyes que prohibían el estigma y la discriminación por el estado serológico (el Paraguay, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la República Unida de Tanzania).

20. La lucha contra el matrimonio en la infancia es un componente clave de la labor del UNFPA para defender los derechos de los adolescentes y los jóvenes. Por ejemplo, “Choose Your Future”, un programa respaldado por el Fondo en Nepal, enseña cuestiones de salud a las niñas que no asisten a la escuela, y alienta el desarrollo de competencias básicas para la vida.

21. Los regímenes jurídicos que regulan la propiedad y la herencia pueden distribuir los bienes y otros activos de una manera que dé lugar a desigualdades económicas, y, en consecuencia, pueden afectar la salud de las mujeres²⁶. Las mujeres que viven con el VIH y el SIDA son particularmente vulnerables a las violaciones de sus derechos de propiedad y de sucesión debido al estigma asociado con el VIH. El acceso limitado de las mujeres a los servicios y recursos jurídicos en

²⁴ UNFPA, *Marrying Too Young: End Child Marriage* (Nueva York, 2012).

²⁵ UNFPA y UNICEF, *Women's and Children's Rights: Making the Connection* (Nueva York, 2010).

²⁶ ONU-Mujeres, *El progreso de las mujeres en el mundo 2011-2012: en busca de la justicia* (Nueva York, 2011).

algunos países socava su capacidad para reivindicar derechos de propiedad en casos en que esos derechos existen²⁶.

22. Entre las entidades de las Naciones Unidas, cabe señalar que ONU-Mujeres se asoció con 20 organizaciones de base y grupos comunitarios de nueve países del África subsahariana para reducir la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y mitigar los efectos de ese virus a través de programas dirigidos a mejorar el acceso de la mujer a la propiedad y la observancia de sus derechos de sucesión, lo que trajo como resultado, entre otras cosas, el aumento de los conocimientos básicos de derechos de más de 15.000 mujeres que vivían con el VIH y el SIDA o que estaban afectadas por ellos. En fecha reciente, el PNUD, en colaboración con una serie de organizaciones no gubernamentales, puso en marcha un recurso denominado “Tools for Change” que agrupa los instrumentos internacionales de derechos humanos sobre propiedad y sucesión de la mujer para facilitar su consulta y uso por los defensores de esos derechos.

2. Participación de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH y el SIDA

23. Es un principio central de la respuesta mundial al SIDA, y una de las razones de su éxito, que las personas que viven con el VIH y están afectadas por él deben participar plenamente en el proceso de adopción de decisiones. Se trata de una necesidad imperiosa desde el punto de vista estratégico, ya que la participación de las mujeres y las niñas es esencial para crear políticas y programas eficaces, y de una obligación de carácter normativo, establecida en diversos acuerdos, compromisos y declaraciones internacionales (véase [A/HRC/20/26](#)). En el plano mundial, ha habido un descenso en la participación de las mujeres y las niñas en los procesos nacionales de planificación de la lucha contra el VIH. Según el ONUSIDA, en 2012, las mujeres que vivían con el VIH participaron en la planificación en el 61% de los países donde el Programa estaba presente, frente al 66% en 2010²⁷. De igual modo, de los representantes en los mecanismos de coordinación de país del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, solo el 29% fueron mujeres, frente al 36% al cierre del cuarto trimestre de 2010²⁸. Las investigaciones han demostrado que el estigma y la discriminación, la falta de acceso a la información y a los recursos, la carga de proporcionar cuidados, las responsabilidades en el hogar y el analfabetismo afectan la participación de la mujer²⁹. Las investigaciones también indican que un entorno propicio puede contribuir a una mayor participación³⁰.

²⁷ ONUSIDA, *Performance monitoring report 2012* (UNAIDS/PCB(32)/13.5)

²⁸ Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, informe de composición de los Mecanismos de Coordinación de País de 2012: datos mundiales y regionales sobre equilibrio de género, 2009-2011. Puede consultarse en: www.theglobalfund.org/es/ccm/data.

²⁹ Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y Athena Network, *Transformación de la respuesta nacional frente al SIDA: promoción del liderazgo y la participación de la mujer* (Nueva York, UNIFEM, 2010).

³⁰ ONUSIDA, informe final del examen de mitad de período de la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH (UNAIDS/PCB(31)/12.20).

24. Pocos Estados Miembros informaron sobre avances en la adopción de medidas para asegurar la participación de la mujer en las respuestas nacionales al VIH y al SIDA. En particular, Burkina Faso informó de que se habían establecido redes de organizaciones de la sociedad civil que ofrecían una plataforma para el intercambio de ideas y el fomento de la promoción en los planos nacional y subnacional sobre programas relativos al VIH que tuvieran en cuenta las cuestiones de género. Como parte de la respuesta nacional al VIH/SIDA, el Ministerio de Asuntos de la Mujer del Camerún ha emprendido iniciativas de sensibilización de las mujeres a través de grupos y actividades para las personas que viven con el VIH.

25. Las entidades de las Naciones Unidas destacaron las medidas adoptadas en apoyo del liderazgo y la participación de las mujeres en la respuesta al VIH. El Equipo de Tareas Interinstitucional sobre la Prevención y el Tratamiento de la Infección por el VIH en Mujeres Embarazadas, Madres e Hijos, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el UNFPA y otros asociados, puso en marcha un proyecto de rendición de cuentas de 22 países sobre el fomento de la capacidad de liderazgo de las mujeres que viven con el VIH. En Asia y el Pacífico, un equipo de tareas interinstitucional sobre la mujer y la niña apoyó la Plataforma “Unzip the Lips”, que contribuye a fomentar una participación más efectiva y sistemática de las mujeres y niñas afectadas clave en la promoción de políticas regionales. En el África subsahariana, la Unión Africana, con el apoyo del PNUD, ONU-Mujeres, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el ONUSIDA, puso en marcha en 2012 la GlobalPOWER Africa Women Network, una iniciativa dirigida por mujeres y concebida por mujeres dirigentes de África y sus homólogas de los Estados Unidos de América, que proporcionará una plataforma política estratégica para acelerar la prevención del VIH y la adopción de medidas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en favor de las mujeres y las niñas de África. Además, utilizando diversas estrategias, el ONUSIDA, el PNUD, ONU-Mujeres y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura invirtieron en actividades de fomento de la capacidad de liderazgo de las mujeres y las niñas que viven con el VIH y de poblaciones clave³¹ en 60 países. En 2012, el ONUSIDA difundió las opiniones de las mujeres por medio de su publicación *Women Out Loud: cómo las mujeres que viven con el VIH ayudarán al mundo a poner fin al SIDA*.

D. Acceso universal a los programas de prevención y a servicios de tratamiento, atención y apoyo

26. Satisfacer las necesidades de atención de la salud y hacer valer los derechos de las mujeres y las niñas sigue siendo un reto en las respuestas al VIH y al SIDA. El estigma y la discriminación persisten. Las medidas para integrar la respuesta al VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la ampliación de los servicios y de la educación sexual para los adolescentes, no se están adoptando con toda la rapidez y la integridad con que podrían adoptarse. Aunque los sistemas de salud están tratando de satisfacer la demanda, en muchos casos son insuficientes, y

³¹ Entre las que se incluyen las mujeres y niñas con discapacidad, las que consumen drogas inyectables, las reclusas, las transgénero, las migrantes y los trabajadores del sexo.

las mujeres y las niñas siguen asumiendo una parte desproporcionada de la carga que supone la prestación de cuidados.

1. Cobertura de los programas de prevención y de los servicios de tratamiento, atención y apoyo

27. Entre 2010 y 2012, el porcentaje de mujeres embarazadas que vivía con el VIH y recibía terapia antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo aumentó considerablemente, a saber, del 48% al 65%, en los países de ingresos bajos a medios; sin embargo, ese aumento fue desigual en las distintas regiones. En Europa Oriental y Central y el Caribe el porcentaje fue el más alto (más del 90%), mientras que en Asia y el Pacífico, el Oriente Medio y África Septentrional el porcentaje fue mucho menor (menos del 20%)³². A pesar de este aumento, los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo siguen estando fuera del alcance de muchas mujeres que viven con el VIH. Con frecuencia, esos servicios, en particular en el nivel de atención primaria y en las zonas rurales, no existen por problemas de descentralización inadecuada, falta de recursos financieros, mala infraestructura, grave escasez de recursos humanos y falta de capacidad de los proveedores. En 2012, de las mujeres embarazadas que necesitaban terapia antirretroviral para su propia salud, solo el 58% la recibió³². Si bien los datos no están desglosados por sexo, se conoce que en los países prioritarios señalados en el Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres, solo tres de cada diez niños reciben tratamiento contra el VIH³². Aunque la investigación es limitada, hay algunas pruebas que indican que los trabajadores del sexo y los transexuales no tienen prácticamente ningún acceso a servicios de calidad de tratamiento del VIH³³.

2. Ejecución de medidas de prevención, tratamiento, atención y apoyo

28. La mayoría de los Estados Miembros que presentaron información (Burkina Faso, Camerún, Colombia, Finlandia, Gambia, el Japón, Kenya, Noruega, los Países Bajos, el Paraguay, Polonia, Qatar, la República Unida de Tanzania y Rumania) indicaron que estaban adoptando medidas de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH, que tenían en cuenta las cuestiones específicas de género. Finlandia, Noruega y los Países Bajos proporcionaban financiación a las organizaciones no gubernamentales que llevaban a cabo programas, incluso mediante el intercambio de información sobre los servicios relacionados con el VIH, para las mujeres inmigrantes que vivían con el VIH y estaban afectadas por él. En el contexto de la prevención, los países informaron acerca de la ampliación del uso de anticonceptivos y del acceso a estos, incluidos los preservativos masculinos y femeninos (el Brasil, Burkina Faso y Colombia) y de las iniciativas para prevenir la transmisión madre a hijo (el Brasil, Burkina Faso, Colombia, Finlandia, Gambia, el Japón, Kenya, Noruega, Polonia, la República Unida de Tanzania y Rumania). Varios Estados Miembros informaron sobre la ampliación de los servicios de prevención, tratamiento y orientación para las mujeres y las niñas, incluidas las

³² ONUSIDA, *2013 Progress Report on the Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive* (Ginebra, 2013).

³³ Kerrigan y colaboradores, *The Global HIV Epidemics among Sex Workers*; Sam Winter, *Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region* (Bangkok, Centro Regional para Asia y el Pacífico del PNUD, 2012); Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, *Women who Use Drugs, Harm Reduction and HIV* (Ginebra, 2011).

trabajadoras del sexo (el Brasil, Colombia, Finlandia y Polonia) y las consumidoras de drogas inyectables (Rumania). Algunos Estados Miembros indicaron que proporcionaban tratamiento a todas las personas que cumplían los requisitos (Dinamarca, Finlandia, los Países Bajos, Polonia, el Reino Unido y Rumania).

29. En 2013, la OMS publicó nuevas directrices sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención del VIH, y recomendó comenzar a proporcionar la terapia antirretroviral de por vida a todas las mujeres embarazadas y lactantes que vivieran con el VIH. Para estimular el incremento acelerado del tratamiento del VIH, Malawi puso en práctica esas directrices, y comenzó a ofrecer terapia antirretroviral de por vida a las mujeres embarazadas que vivían con el VIH (lo que se conoce como la “Opción B+”), con lo que, el número de mujeres que recibían terapia se incrementó en 7,5 veces en un período de 15 meses. Además de Malawi, otros siete países han modificado sus directrices nacionales para adoptar la Opción B+ (Camboya, Fiji, Indonesia, Maldivas, Nepal, Papua Nueva Guinea y Tailandia). Sin embargo, las mujeres que viven con el VIH han expresado su preocupación acerca de la forma en que se aplica esa Opción, y han indicado al respecto que la información es insuficiente, el tiempo de deliberación es inadecuado, y los esfuerzos que se realizan para promover el consentimiento y la elección con conocimiento de causa son limitados³⁴.

30. En 11 países de la región de África Occidental y Central, el UNFPA apoyó una iniciativa que combinaba la prevención del VIH en las mujeres y las niñas, con la atención al análisis de la situación, la elaboración de estrategias, la educación entre pares, y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y lucha contra el VIH³⁴. En Nepal, sobre la base de las necesidades específicas de las mujeres consumidoras de drogas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, junto con una organización no gubernamental local, inauguró un campamento de salud innovador, que utiliza un modelo de atención y apoyo comunitarios de bajo costo. La OMS, en colaboración con el UNFPA, el ONUSIDA y la Red Mundial de Proyectos de Trabajadores del Sexo, ha elaborado nuevas directrices para mejorar el acceso de los trabajadores del sexo a los servicios de salud³⁵. El ONUSIDA, la OMS y el UNICEF indicaron que seguían contribuyendo al logro de los objetivos del Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres. El UNICEF, el UNFPA y el PNUD ayudaron a los países a ampliar el alcance de los programas y las intervenciones que resultaban eficaces para prevenir la transmisión heterosexual del VIH, incluida la promiscuidad. El Programa Mundial de Alimentos integró el apoyo alimentario y nutricional con el tratamiento del VIH para aumentar su eficacia y cumplimiento y reducir la malnutrición. ONU-Mujeres apoyó la participación de las comunidades en las actividades de promoción para aumentar el tratamiento e integrar los servicios con la atención de la salud materna y las medidas para eliminar la violencia contra la mujer.

³⁴ ONUSIDA, documento UNAIDS/PCB(32)/13.5.

³⁵ OMS, *Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low-and Middle-Income Countries: Recommendations for a Public Health Approach* (Ginebra, 2012).

3 Satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva y hacer valer los derechos de las mujeres y las niñas

31. Los servicios integrados de salud sexual y reproductiva, incluidos la prevención, el tratamiento y la atención del VIH, la detección y el tratamiento del cáncer del cuello del útero, la atención de la salud materna y los servicios de planificación familiar, son fundamentales en la lucha contra el VIH. En el caso de las jóvenes y las niñas, una serie de factores, como la falta de educación sexual e información sobre salud y la desigualdad con respecto a los hombres en las relaciones de poder, les impiden acceder a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. En un informe reciente de la UNESCO se llegó a la conclusión de que todos los países de las regiones de África Oriental y Meridional tenían una política o estrategia dirigida a promover la educación de los jóvenes sobre el VIH en base a la preparación para la vida. Sin embargo, los escasos datos disponibles indicaban que pocas de esas políticas o estrategias se aplicaban plenamente y que sus costos no se conocían a ciencia cierta. Esto explica el escaso número de jóvenes sexualmente activos que tienen conocimientos adecuados de prevención³⁶. En nueve³⁷ de los países con la mayor prevalencia del VIH entre los adolescentes, solo el 30% de las adolescentes se ha sometido a pruebas del VIH y conoce su estado serológico³⁸. Las jóvenes y las niñas con discapacidad corren un riesgo particularmente alto, dado que pueden no tener acceso a la información, ya bien porque se crea que son asexuales y, por lo tanto, no están en situación de riesgo o porque no asistan a la escuela, donde pueden recibir información sobre la prevención del VIH³⁹.

32. Aumentar las oportunidades de educación para las niñas es fundamental para reducir su vulnerabilidad al VIH. Está demostrado que la asistencia a la escuela retarda el inicio de la actividad sexual y reduce el comportamiento de riesgo, lo que, a su vez, influye en la transmisión del VIH. Las niñas corren un mayor riesgo de abandonar la escuela cuando se acercan a la adolescencia, momento en que también aumenta el riesgo de infección por el VIH⁴⁰. Se han llevado a cabo programas de transferencia de efectivo dirigidos a las niñas para mantenerlas en la escuela y reducir las tasas de matrimonio y embarazo precoces. Un estudio realizado recientemente en Malawi halló que las transferencias de efectivo con el fin de mantener a las niñas en la escuela habían permitido reducir la prevalencia de la infección por el VIH en un 64% en un período de 18 meses⁴¹. Sin embargo, aún no están claros los beneficios a largo plazo de esos programas. Las condiciones estructurales que generan la desigualdad entre los géneros no se solucionan mediante programas de transferencia de efectivo, de modo que aún no se sabe a ciencia cierta si esos programas serán eficaces a más largo plazo⁴².

³⁶ Global Commission on HIV and the Law, *Riesgos, derechos y salud* (Nueva York, PNUD, 2012).

³⁷ Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibia, República Unida de Tanzania, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

³⁸ *Progreso para la infancia: un boletín sobre los adolescentes*, núm. 10 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta. S.12.XX.2).

³⁹ Poul Rohleder y colaboradores, "HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature", *Disability and Rehabilitation*, vol. 31, núm. 1 (enero de 2009), págs. 51 a 59.

⁴⁰ UNICEF, "Promoting equity for children living in a world with HIV and AIDS" (2012).

⁴¹ Sarah J. Baird y colaboradores, "Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomized trial", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9823 (abril de 2012), págs. 1320 a 1329.

⁴² Paul Pronyk y Brian Lutz, "Policy and programme responses for addressing the structural determinants of HIV", *Structural Approaches to HIV Prevention Position Paper Series* (Arlington (Virginia), y Londres, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y Departamento de Desarrollo Internacional, 2013).

33. El Brasil, Kenya, los Países Bajos, el Paraguay, Rumania, España y la República Unida de Tanzania informaron sobre sus iniciativas para integrar la respuesta al VIH con los servicios de salud sexual y reproductiva, mientras que el Brasil, el Camerún, España, Finlandia y los Países Bajos dijeron que habían adoptado medidas para mejorar la información sobre el VIH y la educación sobre salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes.

34. La UNESCO prestó asistencia a los ministerios de educación de 75 países para reforzar la educación sexual integral en los planes de estudios, haciendo hincapié en particular en la igualdad entre los géneros como condición previa para el éxito. Con el apoyo del UNICEF, el UNFPA y la UNESCO, 17 países de África han incrementado su capacidad y sus recursos para examinar y perfeccionar sus programas de estudio con miras a reducir los comportamientos de riesgo entre los jóvenes³⁴.

35. Otro reto importante para la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas es la carga que estas soportan en lo referente a la prestación de cuidados. En realidad, las mujeres y las niñas realizan la mayor parte de las labores domésticas no remuneradas, y en la mayoría de los casos son quienes cuidan en el hogar de las personas que viven con el VIH o el SIDA. Los estudios han demostrado que este tipo de cuidado, a menudo no reconocido ni recompensado, repercute negativamente en la salud física y mental de las mujeres⁴³. Las mujeres y las niñas pagan un costo de oportunidad cuando realizan tareas no remuneradas de prestación de cuidados en relación con el VIH y el SIDA, ya que sus posibilidades de participar en la generación de ingresos, recibir educación y fomentar su capacidad disminuye. Es importante medir y valorar la contribución que hace esta labor. En Kenya, las organizaciones comunitarias de mujeres que cuidan de personas con VIH han reunido datos sobre el tiempo que dedican las mujeres al voluntariado, la prestación de cuidados y las labores de apoyo en las comunidades. Estas mujeres se han movilizado en torno a esos datos y ahora están representadas en las estructuras de adopción de decisiones y en los comités de salud a nivel de distrito⁴⁴.

E. Eliminar la violencia por razón de género y promover la participación de los hombres y los niños

36. La violencia por razón de género es un problema de salud pública y de derechos humanos asombrosamente generalizado. Un estudio realizado por la OMS en 2013 halló que más del 35% de las mujeres de todo el mundo había experimentado violencia sexual a manos de alguien que no era su pareja o violencia física o sexual a manos de una pareja íntima, y que la mayor prevalencia de casos de este tipo de violencia se registraba en África (45,6%) y Asia Sudoriental (40,2%)⁴⁵. No obstante, los países han adoptado medidas para eliminar la violencia por razón de género. Entre 2010 y 2012, el número de países con leyes contra la violencia por

⁴³ Véase [A/68/293](#); véase también Olagoke Akintola, “Towards equal sharing of AIDS caring responsibilities: learning from Africa”, documento preparado para la reunión del grupo de expertos sobre el reparto equitativo de las responsabilidades entre mujeres y hombres, incluidos los cuidados prestados en el contexto del VIH/SIDA, Ginebra, octubre de 2008.

⁴⁴ Shannon Hayes, “Valuing and compensating caregivers for their contributions to community health and development in the context of HIV and AIDS: an agenda for action” (Nueva York, Huairou Commission, 2010).

⁴⁵ OMS, *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud* (Ginebra, 2013).

razón de género se duplicó⁴⁶. El examen de mitad de período de la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH puso de relieve la necesidad urgente de disponer de más pruebas sobre la violencia por razón de género y el VIH con miras a fundamentar las políticas y los programas a nivel de países. Si bien casi dos terceras partes de los países que pusieron en marcha la Agenda informaron de que tenían políticas nacionales de lucha contra la violencia por razón de género, una tercera parte no tenía datos disponibles sobre los vínculos existentes entre la violencia por razón de género y el VIH⁴⁷.

37. El VIH y la violencia por razón de género están vinculados de manera inextricable y se refuerzan mutuamente. Desde el punto de vista fisiológico, las mujeres y las niñas son más vulnerables al VIH que los hombres, y corren un mayor riesgo de transmisión producto de las lesiones resultantes de las relaciones sexuales forzadas. En algunas regiones, las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual infligida por su pareja son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH que las mujeres que no lo han sido⁴⁸. En las situaciones de conflicto, las mujeres y las niñas corren un alto riesgo de ser víctimas de actos de violencia física y sexual, incluidas violaciones, lo que aumenta su riesgo de contraer el VIH⁴⁹.

38. Al propio tiempo, las mujeres que viven con el VIH pueden correr un riesgo particularmente alto de ser víctimas de violencia por su estado serológico⁵⁰. Conclusiones extraídas del Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH indican que es más frecuente que las mujeres que viven con el VIH sean víctimas de abuso verbal y violencia física que sus contrapartes masculinos⁵¹. A menudo, el estigma, la vergüenza y la discriminación hacen que las supervivientes de la violencia y las mujeres y las niñas que viven con el VIH, no procuren recibir servicios, y las que lo procuran, a menudo encuentran que esos servicios no existen o que son discriminatorios. Un estudio llevado a cabo en seis países de Asia puso de manifiesto que al 30% de las mujeres encuestadas se las alentó a que consideraran la posibilidad de esterilización⁵². Además, en la Argentina, Chile, México y Namibia se han denunciado casos de esterilización no voluntaria de mujeres que viven con el VIH⁵³.

39. Si bien en una serie de países existe un marco legislativo fuerte para combatir la violencia por razón de género, con frecuencia la falta de presupuesto y de compromiso político socavan la aplicación de programas y políticas eficaces. Se ha hallado que, por lo general, los proveedores de servicios dirigidos a las víctimas de actos de violencia que viven con el VIH son insuficientes, carecen de recursos

⁴⁶ ONUSIDA, documento UNAIDS/PCB(32)/13.5.

⁴⁷ ONUSIDA, documento UNAIDS/PCB(31)/12.20.

⁴⁸ OMS, "Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections – sexual violence in conflict settings and the risk of HIV", WHO Information Bulletin Series, núm. 2 (Ginebra, 2004).

⁴⁹ E. L. Machtinger y colaboradores, "Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis", *AIDS and Behavior*, vol. 16, núm. 8 (noviembre de 2012), págs. 2091 a 2100.

⁵⁰ ONUSIDA, *Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012* (Ginebra, 2012).

⁵¹ Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, "Positive and pregnant: how dare you? A study on access to reproductive and maternal health care for women living with HIV in Asia" (marzo de 2012).

⁵² Lilian Sepúlveda, "Forced sterilization preys on women living with HIV/AIDS", 27 de julio de 2012. Puede consultarse en: <http://reproductiverights.org/en/press-room/chile-forced-sterilization-lilian-hiv-aids-oped>.

financieros y no tienen el debido apoyo⁵³. Siguiendo esta tendencia, aunque 12 países de África Meridional tienen servicios accesibles, asequibles y especializados para atender a las víctimas de actos de violencia por razón de género, los proveedores de esos servicios carecen de recursos y de capacidad para cumplir sus mandatos.

40. Algunos Estados Miembros (el Brasil, Burkina Faso, el Camerún, Colombia, España, Gambia y la República Unida de Tanzania) han redoblado sus esfuerzos para prevenir la violencia por razón de género. Por ejemplo, Gambia elaboró un plan para acelerar el abandono de la mutilación genital femenina. En el Brasil, se emprendió una campaña en relación con las mujeres y los derechos que utilizaba instrumentos multimedia para destacar la gravedad de la violencia contra la mujer. El Gobierno del Camerún impartió capacitación a los trabajadores sanitarios a nivel de comunidad para hacer frente a la violencia contra las mujeres y las niñas. Estas iniciativas podrían reducir el riesgo de infección por el VIH.

41. Los organismos de las Naciones Unidas han adoptado una serie de medidas para eliminar la violencia por razón de género. Como resultado de la colaboración entre la Organización Internacional del Trabajo y los Gobiernos, los empleadores y las organizaciones de trabajadores, ocho países (Botswana, Camboya, el Camerún, Chile, Kenya, Mozambique, la República Dominicana y Zambia) han aprobado políticas nacionales sobre el VIH y el SIDA en el lugar de trabajo que encaran específicamente la violencia y el acoso por razón de género. El UNICEF está aplicando con carácter experimental un programa sobre normas sociales y atención comunitaria dirigido a las víctimas de actos de violencia por razón de género en situaciones de conflicto en Somalia y Sudán del Sur. El PNUD emprendió la primera evaluación rápida de la preparación institucional para prestar servicios relacionados con la violencia por razón de género y el VIH en Papua Nueva Guinea, con miras a contribuir a una mejor integración de los servicios.

42. Luego de que, en 2011, en las directrices del ONUSIDA para la presentación de informes sobre los progresos registrados en la respuesta mundial al SIDA se introdujo un indicador sobre la violencia en la pareja, 50 países, de un total de 186, aportaron datos sobre dicho indicador en sus informes nacionales correspondientes a 2013⁵⁴. Habida cuenta de que este es un indicador sustitutivo de la desigualdad entre los géneros, sería importante que un mayor número de países informaran al respecto a fin de contribuir a una mejor supervisión de este problema.

43. Un creciente número de pruebas ha demostrado que las intervenciones en las que los hombres y los niños participan en la eliminación de las normas y las prácticas perjudiciales en materia de género pueden reducir la violencia y aumentar el comportamiento sexual sin riesgos⁵⁵. Sin embargo, aún queda mucho por hacer al respecto. A nivel mundial, solo en 1 de cada 10 países los hombres y los niños

⁵³ Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas en Apoyo de las Medidas para Poner Fin a la Violencia contra la Mujer y ONU-Mujeres, “Effective approaches to addressing the intersection of violence against women and HIV/AIDS: findings from programmes supported by the United Nations Trust Fund to End Violence against Women” (2012).

⁵⁴ ONUSIDA, *Informe mundial 2013*.

⁵⁵ Shari L. Dworkin, Sarah Treves-Kagan y Sheri A. Lippman, “Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually active men: a review of the global evidence”, *AIDS and Behavior*, vol. 17, núm. 9 (noviembre de 2013), págs. 2845 a 2863.

participan de manera efectiva en las iniciativas nacionales para promover normas saludables en materia de género en el contexto del VIH⁵⁶.

44. Pocos Estados Miembros informaron sobre programas en los que los hombres y los niños participaran en la promoción de la igualdad entre los géneros en el contexto del VIH y el SIDA (los Países Bajos, la República Unida de Tanzania y Rumania). Varias organizaciones de la sociedad civil y entidades de las Naciones Unidas, a saber, la Red Athena, la Sonke Gender Justice Network, el UNFPA, el PNUD, la OMS, el ONUSIDA y ONU-Mujeres, prestaron apoyo técnico y financiero a 36 países para fomentar la participación de los hombres y los niños en la prevención de la violencia en el contexto de la respuesta al VIH.

V. Conclusiones y recomendaciones

45. Los Estados Miembros, las entidades de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil han adoptado importantes medidas para integrar más la igualdad entre los géneros en las respuestas nacionales e internacionales al VIH. Los Estados Miembros informaron sobre las medidas adoptadas para: aumentar la prioridad asignada a la igualdad entre los géneros en los planes y las estrategias nacionales sobre el VIH y el SIDA y en los planes de acción relativos a la igualdad entre los géneros; promover los derechos jurídicos de las mujeres y las niñas y su participación en los órganos de adopción de decisiones; aumentar el acceso a los programas de prevención y los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH; y poner en práctica iniciativas para reducir la incidencia de la violencia por razón de género. Sin embargo, sigue habiendo obstáculos. Las barreras estructurales, incluidas las leyes discriminatorias y el estigma, las relaciones de poder desiguales, la falta de acceso a la educación y de seguridad económica, la insuficiencia de fondos y la falta de compromiso político, impiden que se registren progresos. Además, el hecho de que los datos clave, en particular sobre las nuevas infecciones, rara vez estén desglosados por sexo frustra los esfuerzos dirigidos a lograr que los Estados rindan cuentas y a supervisar y evaluar las iniciativas.

46. Se precisa una acción concertada para que la igualdad entre los géneros se integre en las respuestas al VIH y al SIDA a todos los niveles. El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio depende de que los Estados Miembros aborden la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas como derechos humanos y como objetivos de desarrollo esenciales, que constituyen elementos básicos para la elaboración de planes y programas eficaces y sostenibles de lucha contra el VIH y el SIDA. Los debates sobre la agenda para el desarrollo después de 2015 crean una oportunidad adicional para tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH, tanto en lo que respecta al establecimiento de una meta por separado en materia de salud, como a la formulación de otros objetivos pertinentes, sobre todo en relación con la igualdad entre los géneros, la educación, y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, hasta la fecha, en pocos informes de consultas nacionales se han resaltado las

⁵⁶ Comisión de la Unión Africana, Nueva Alianza para el Desarrollo de África y ONUSIDA, *Delivering Results Toward Ending AIDS, Tuberculosis and Malaria in Africa: African Union Accountability Report on Africa-G8 Partnership Commitments 2013* (2013).

necesidades particulares de las mujeres y las niñas en el contexto de la lucha contra el VIH y el SIDA como parte de la agenda posterior a 2015⁵⁷.

47. En consecuencia, la Comisión tal vez desee alentar a los Estados Miembros a demostrar un compromiso político más firme con el logro del bienestar y la protección de los derechos de las mujeres y las niñas a fin de acelerar la prevención, aumentar la cobertura del tratamiento y apoyar la mitigación de los efectos del VIH y el SIDA mediante la adopción de estrategias amplias, dirigidas a encarar la desigualdad entre los géneros y las normas y leyes perjudiciales en materia de género, como, por ejemplo:

a) Velar por que en los planes y las políticas nacionales de lucha contra el VIH se asigne prioridad a las necesidades de las mujeres y las niñas y por que se determinen los costos, se elaboren los presupuestos y se acometa la aplicación de las medidas programáticas concretas, como la institucionalización de las estructuras de apoyo a la puesta en práctica de políticas y el establecimiento de marcos de supervisión sólidos para asegurar la rendición de cuentas;

b) Aumentar la cantidad de pruebas existentes, incluso mediante la recopilación y el desglose de datos por sexo y edad en los planos local, nacional e internacional, a fin de orientar la realización de intervenciones selectivas y asegurar que las necesidades específicas de las mujeres y las niñas en toda su diversidad se atiendan debidamente;

c) Examinar las leyes, los reglamentos y los programas vigentes en relación con los derechos de las mujeres y las niñas que viven con el VIH y que están afectadas por él, e institucionalizar marcos jurídicos para asegurar, entre otras cosas, la eliminación de todas las formas de discriminación por razón del estado serológico, el género y la orientación sexual; el goce por la mujer de la igualdad de derechos en el matrimonio y la cohabitación; el respeto de los derechos de propiedad y sucesión de la mujer; la despenalización del estado serológico y la transmisión del VIH; y la eliminación de todas las prácticas coercitivas y discriminatorias en los servicios de atención de la salud, como la esterilización forzosa y forzada;

d) Redoblar la cooperación con las mujeres que viven con el VIH y que están afectadas por él, y la decisión de incluirlas en la elaboración de los marcos estratégicos nacionales, así como el fomento de la capacidad y la asignación de recursos para que las redes de mujeres y niñas puedan participar de manera significativa y asumir una función rectora en la adopción de decisiones a todos los niveles, incluso en el diseño, la aplicación, la supervisión y la evaluación de los programas relativos al VIH; y establecer objetivos mínimos y mecanismos de supervisión para asegurar la participación de las mujeres y las niñas;

e) Ampliar las intervenciones y aumentar las inversiones en las actividades programáticas que tienen en cuenta los efectos diferenciados del VIH y el SIDA en las mujeres y las niñas y transforman la dinámica de género en pro de una mayor igualdad y justicia para las mujeres y las niñas, en

⁵⁷ Megan Dersnah, “An analytical review of national post-2015 consultation reports from a gender perspective”, documento de antecedentes preparado para la reunión del grupo de expertos sobre las limitaciones estructurales y normativas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las mujeres y las niñas, México, D.F., octubre de 2013.

particular velando por que en las inversiones nacionales se aplique la igualdad entre los géneros como principio fundamental;

f) Invertir en medidas de lucha contra los factores estructurales impulsores del VIH, como las iniciativas para aumentar el acceso de las mujeres y las niñas a oportunidades de empleo y educación, recursos económicos, bienes y herencias, y los programas para reducir el estigma y la discriminación de las mujeres y las niñas que viven con el VIH y que están afectadas por él;

g) Aumentar el acceso de las mujeres y las niñas en toda su diversidad, incluso fuera del marco perinatal, y de las adolescentes a los servicios de tratamiento, prevención y atención; y ampliar las oportunidades de orientación y realización de pruebas voluntarias en relación con el VIH para las mujeres y las niñas, haciendo hincapié en el consentimiento y la confidencialidad;

h) Reconocer las necesidades de salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres y las niñas en toda su diversidad, entre otras cosas, cumpliendo todas las leyes y los compromisos nacionales, regionales e internacionales que promueven y protegen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas, e integrar la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva en las intervenciones relativas al VIH sin excepción; fortalecer los vínculos entre los servicios relacionados con el VIH y los relacionados con las enfermedades no transmisibles; ejecutar programas que faciliten el acceso universal de las niñas y los niños a la educación sexual integral dentro y fuera de la escuela; y combatir las prácticas perjudiciales para la salud y los derechos de las mujeres y las niñas, como el matrimonio precoz, forzado y forzosos;

i) Prestar apoyo financiero a las mujeres y las niñas que cuidan de otros en el contexto del VIH/SIDA, como parte de las políticas y los programas nacionales pertinentes, y facilitar su participación en los procesos de adopción de decisiones relacionadas con el VIH y el SIDA, además de promover intervenciones para aumentar su acceso a los servicios sociales;

j) Poner en práctica una respuesta multisectorial a la violencia por razón de género, entre otras cosas, fortaleciendo el entorno jurídico y normativo para asegurar que se aprueben y apliquen leyes que prohíban la violencia por razón de género, prevenir la violencia por razón de género en todas sus formas y ofrecer reparación a las víctimas; proporcionar fondos suficientes a las intervenciones que faciliten el acceso de las supervivientes a la justicia y a los recursos jurídicos, y que prevengan y reduzcan los casos de violencia por razón de género, incluidas las intervenciones que sensibilicen a los encargados de hacer cumplir la ley, los trabajadores de atención de la salud y los funcionarios del poder judicial para que respondan de forma más eficaz a la violencia por razón de género;

k) Intensificar los esfuerzos para alentar a los hombres y los niños a cuestionar las normas y prácticas sociales perjudiciales, y apoyar su participación en las iniciativas dirigidas a eliminar la transmisión vertical del VIH y a promover la adopción de un comportamiento sexual y reproductivo más seguro y responsable.

48. Quizás la Comisión también desee alentar al sistema de las Naciones Unidas y otros agentes internacionales y regionales a:

a) Colaborar de cerca con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados para el desarrollo a fin de evaluar la eficacia de la respuesta al VIH desde el punto de vista de la igualdad y la inclusión, entre otras cosas prestando apoyo a los mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas y proporcionando asistencia técnica a la autoridad nacional de coordinación de la lucha contra el SIDA y a sus asociados en la elaboración y el seguimiento de las metas y los indicadores para medir los resultados y los efectos de las respuestas al VIH y al SIDA en lo relacionado con las cuestiones de género;

b) Proporcionar una cantidad mayor y sostenida de fondos a las redes de mujeres y niñas que viven con el VIH y que están afectadas por él para mejorar sustancialmente la participación plena y activa de las mujeres en las respuestas al VIH y al SIDA en los planos nacional e internacional, en particular invirtiendo en las actividades de orientación y fomento de la capacidad;

c) Proporcionar orientación para asegurar que los casos y marcos de inversión estratégica que se están elaborando en los países apliquen la igualdad entre los géneros como un principio fundamental en todas las esferas de los programas;

d) Proporcionar apoyo sostenido a largo plazo a los asociados nacionales, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, en sus iniciativas para promover la igualdad entre los géneros en el marco de las estrategias y los programas de lucha contra el VIH/SIDA.

49. La Comisión tal vez desee alentar a las organizaciones de la sociedad civil a:

a) Apoyar, mediante actividades organizativas, de fomento de la capacidad y de orientación, la participación activa de las mujeres y las niñas, en particular las jóvenes y las adolescentes que viven con el VIH y que están afectadas por él, en la selección y elaboración de programas y planes relacionados con la respuesta al VIH y al SIDA, incluida la elaboración de estrategias para supervisar los resultados, los fondos asignados y la evaluación de los gastos efectuados en la consecución de las prioridades y la satisfacción de las necesidades de las mujeres y las niñas en toda su diversidad, y hacer que los Gobiernos rindan cuentas por el cumplimiento de los compromisos;

b) Colaborar con los gobiernos para promover el establecimiento de mecanismos que faciliten la interacción constante con las mujeres que viven con el VIH y las que están afectadas por el VIH y el SIDA, y fundamentar las políticas y los programas sobre el VIH y el SIDA e influir en ellos en los planos nacional y subnacional;

c) Contactar con los asociados que trabajan en todo el espectro de cuestiones relativas al género y al VIH y el SIDA para crear sinergias y estrategias conjuntas y aumentar la colaboración en la ejecución de programas.

50. La Comisión tal vez desee alentar al sector privado a examinar las directrices sobre financiación y propuestas en relación con el VIH a fin de asegurarse de que estas alienten la elaboración de propuestas que promuevan la igualdad entre los géneros y tengan en cuenta las necesidades de las mujeres y las niñas en toda su diversidad, e integren metas e indicadores de la igualdad entre los géneros en los marcos de supervisión y evaluación del desempeño.