



Consejo Económico y Social

Distr. general
23 de diciembre de 2015
Español
Original: inglés

Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

60º período de sesiones

14 a 24 de marzo de 2016

Tema 3 c) del programa provisional**

Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y del vigésimo tercer 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”

La mujer, la niña y el VIH y el SIDA

Informe del Secretario General

Resumen

La respuesta mundial al SIDA ha logrado grandes progresos en la detención y el retroceso de la epidemia. El número de nuevos casos de infección de mujeres y niñas por el VIH se ha estabilizado, y el número de muertes relacionadas con el SIDA se ha reducido en gran medida en todo el mundo. El acceso, sobre todo de las embarazadas, a la terapia antirretroviral que permite salvar vidas se ha ampliado considerablemente, y la prevención de la transmisión de madre a hijo se ha traducido en un menor número de nuevos casos de infección de recién nacidos por el VIH. No obstante, los avances, en lo que respecta a las mujeres y las niñas, no son iguales en todas las regiones. Es necesario hacer mucho más para promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, y para ampliar las iniciativas de prevención y tratamiento dirigidas a las mujeres y las niñas, y eliminar los factores jurídicos, económicos y sociales que las siguen exponiendo a un mayor riesgo de infección por el VIH.

* Publicado nuevamente por razones técnicas el 28 de enero de 2016.

** E/CN.6/2016/1.



En el presente informe se destacan las medidas adoptadas por los Estados Miembros y las entidades de las Naciones Unidas para aplicar la resolución 58/3 de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, relativa a la mujer, la niña y el VIH y el SIDA. En él se examinan las buenas prácticas, las dificultades y las deficiencias en los planos nacional, regional y mundial, y para concluir se formulan recomendaciones de medidas futuras para acelerar el logro de progresos en favor de las mujeres y las niñas en la respuesta al VIH. El informe se basa en pruebas e investigaciones empíricas recientes para presentar las nuevas tendencias y enfoques que resultan prometedores. Los ejemplos que se exponen fueron tomados de las respuestas proporcionadas por 25 Estados Miembros (Austria, China, Colombia, la Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Hungría, el Japón, Letonia, Liberia, Lituania, Malawi, México, Noruega, el Paraguay, el Perú, Polonia, la República Dominicana, Sierra Leona, Singapur, Suecia, el Togo, Turquía, Uganda y el Uruguay) y 6 entidades de las Naciones Unidas (el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, la secretaría del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres).

I. Introducción

1. Los progresos registrados en la detención y el retroceso de la epidemia del VIH y en la respuesta a las necesidades de las mujeres y las niñas varían dependiendo de la región, el país, la edad y el grupo de población clave de que se trate. En 2014, de los 34,3 millones [31,8 millones a 38,5 millones] de adultos de 15 o más años de edad que vivían con el VIH en todo el mundo, el 51% eran mujeres (véase el cuadro 1)¹. De los 3,9 millones de jóvenes de 15 a 24 años de edad que vivían con el VIH, casi el 60% eran mujeres y niñas².

2. En 2014, de la cifra aproximada de 1,8 millones [1,7 millones a 2,0 millones] de nuevos casos de infección de personas de 15 o más años de edad en todo el mundo, las mujeres y las niñas representaron el 48% (véase el cuadro 2). En particular, las jóvenes son afectadas negativamente: en 2014 representaban el 56% de los nuevos casos de infección de jóvenes de 15 a 24 años de edad. De la cifra de alrededor de 1,2 millones [980.000 a 1,6 millones] de muertes relacionadas con el SIDA de personas de 15 o más años de edad registradas en 2014, las mujeres y las niñas representaron el 42%; el 75% de esas muertes se produjeron en el África Subsahariana.

3. El VIH está afectando de forma desproporcionada a determinados grupos. Un metanálisis de estudios de la prevalencia o incidencia del VIH en 50 países estimó que, en general, la prevalencia mundial del VIH entre las trabajadoras sexuales era del 11,8%, y que, a nivel mundial, las trabajadoras sexuales tenían aproximadamente 14 veces más probabilidades de ser infectadas por el VIH que las demás mujeres de edad reproductiva³. Según los datos, en 2013 había aproximadamente 70.000 [55.000 a 83.000] nuevos casos de infección de trabajadoras sexuales por el VIH³. La información proporcionada por 30 países indicó que la prevalencia general del VIH entre las mujeres que se inyectaban drogas era del 13%, frente al 9% entre los hombres que se inyectaban drogas⁴.

¹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *How AIDS Changed Everything: MDG 6: 15 Years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response* (2015).

² Los indicadores clave de las estimaciones de ONUSIDA para 2014 pueden consultarse en la base de datos en línea AIDSinfo, en: <http://aidsinfo.unaids.org/>. A menos que se indique otra cosa, las conclusiones que figuran en el presente informe tienen como fuente las estimaciones para 2014, que figuran en la base de datos en línea AIDSinfo. Los datos que se desglosan adicionalmente corresponden a estimaciones no publicadas correspondientes a 2014 que fueron proporcionadas por ONUSIDA. Esas estimaciones se obtuvieron de modelos específicos para cada país sobre la epidemia del SIDA en el plano nacional. Esas estimaciones a partir de modelos son necesarias porque es imposible determinar con exactitud el número de personas que viven con el VIH, el número de nuevas infecciones por el VIH o el número de defunciones por SIDA durante la epidemia en un país. Los corchetes indican los límites aproximados, con el fin de mostrar el rango en que se encuentra el valor real.

³ Stefan Baral y colaboradores, "Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 12, núm. 7 (15 de marzo de 2012).

⁴ ONUSIDA, *The Gap Report* (Ginebra, 2014).

Cuadro 1
Prevalencia, nuevos casos de infección y muertes relacionadas con el SIDA en 2014, entre las mujeres y los hombres de 15 o más años de edad

Región	Prevalencia			Nuevos casos de infección			Muertes relacionadas con el SIDA		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Mundo	17 400 000	16 900 000	34 300 000	870 000	950 000	1 800 000	420 000	610 000	1 000 000
	[16 100 000- 20 000 000]	[15 700 000- 19 500 000]	[31 800 000- 38 500 000]	[790 000- 950 000]	[870 000- 1 000 000]	[1 700 000- 2 000 000]	[310 000- 730 000]	[450 000- 1 000 000]	[760 000- 1 800 000]
África Subsahariana	13 800 000	9 700 000	23 500 000	650 000	510 000	1 200 000	310 000	350 000	660 000
	[12 800 000- 16 000 000]	[9 000 000- 11 300 000]	[21 800 000- 26 200 000]	[600 000- 710 000]	[470 000- 550 000]	[1 100 000- 1 300 000]	[220 000- 570 000]	[250 000- 650 000]	[470 000- 1 200 000]
Asia y el Pacífico	1 700 000	3 100 000	4 800 000	110 000	210 000	320 000	69 000	160 000	230 000
	[1 500 000- 2 000 000]	[2 800 000- 3 500 000]	[4 300 000- 5 400 000]	[75 000- 150 000]	[150 000- 300 000]	[230 000- 450 000]	[47 000- 120 000]	[110 000- 280 000]	[150 000- 410 000]
América Latina	540 000	1 100 000	1 600 000	25 000	60 000	85 000	12 000	28 000	39 000
	[450 000- 640 000]	[930 000- 1 300 000]	[1 400 000- 2 000 000]	[20 000- 30 000]	[48 000- 72 000]	[68 000- 100 000]	[8 700- 22 000]	[20 000- 51 000]	[29 000- 73 000]
Europa Occidental y Central y América del Norte	530 000	1 900 000	2 400 000	18 000	67 000	85 000	4 700	21 000	26 000
	[340 000- 770 000]	[1 200 000- 2 700 000]	[1 500 000- 3 500 000]	[10 000- 27 000]	[37 000- 99 000]	[47 000- 130 000]	[2 400- 8 500]	[11 000- 38 000]	[13 000- 47 000]
Europa Oriental y Asia Central	600 000	900 000	1 500 000	54 000	80 000	130 000	25 000	36 000	61 000
	[520 000- 710 000]	[770 000- 1 100 000]	[1 300 000- 1 800 000]	[46 000- 66 000]	[67 000- 96 000]	[110 000- 160 000]	[13 000- 66 000]	[20 000- 96 000]	[33 000- 160 000]
El Caribe	130 000	130 000	260 000	5 800	7 200	13 000	3 200	5 000	8 200
	[110 000- 170 000]	[100 000- 160 000]	[200 000- 320 000]	[4 200- 7 200]	[5 100- 8 900]	[9 300- 16 000]	[1 700- 8 500]	[2 700- 13 000]	[4 400- 22 000]
Oriente Medio y Norte de África	72 000	150 000	220 000	5 800	14 000	20 000	3 200	7 700	11 000
	[51 000- 92 000]	[110 000- 190 000]	[140 000- 300 000]	[3 500- 8 700]	[8 300- 21 000]	[12 000- 30 000]	[1 400- 8 900]	[3 500- 22 000]	[5 000- 30 000]

Fuente: ONUSIDA, 2014, base de datos en línea AIDSinfo.

Cuadro 2
**Cambio porcentual en los nuevos casos de infección por el VIH
entre 2001 y 2014**

<i>Región</i>	<i>Mujeres y niñas</i>	<i>Hombres y niños</i>
Mundo	(34)	(31)
África Subsahariana	(38)	(39)
Asia y el Pacífico	(28)	(26)
América Latina	(25)	(9)
Europa Oriental y Asia Central	27	5
El Caribe	(48)	(40)
Oriente Medio y Norte de África	15	24

Fuente: ONUSIDA, 2014, base de datos en línea AIDSinfo.

II. Marco normativo

4. En 2011, la Asamblea General aprobó la Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA (resolución 65/277, anexo), que estableció diez objetivos con plazos concretos, entre ellos, eliminar las desigualdades y la violencia por motivos de género. Esa Declaración se basa en compromisos anteriores en apoyo de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, que son fundamentales para reducir la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH y al SIDA, como la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, de 2001 (resolución S-26/2) y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA, de 2006 (resolución 60/262, anexo). El VIH y el SIDA se afianzaron en el programa de desarrollo en 2000 mediante el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que instó a que se realizaran esfuerzos para detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.

5. En 2016, la Asamblea General, en cumplimiento de su decisión 68/555, celebrará una reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA, en la que se realizará un examen amplio de los progresos hechos en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y las declaraciones políticas sobre el VIH/SIDA, de 2006 y 2011, con objeto de reflexionar sobre los éxitos, las experiencias, las dificultades y las oportunidades, y de formular recomendaciones que orienten la respuesta al SIDA después de 2015, incluidas estrategias concretas para poner fin a la epidemia a más tardar en 2030, y acelerar la formulación de una respuesta universal e integrada al SIDA. De esa forma, la reunión allanará el camino para renovar el compromiso político con la igualdad entre los géneros y la promoción de los derechos de la mujer en el marco de la respuesta al SIDA.

6. La reunión y la declaración política que se prevé formular en 2016 tendrán como base el informe sobre la aceleración de la respuesta al SIDA que presentará el Secretario General en 2016, en el que se pondrán de relieve los éxitos y las deficiencias en la promoción de los derechos de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH, incluidas las conclusiones que figuran en el presente informe y los progresos que se reseñan en él.

7. En 2015, la Asamblea General aprobó dos marcos intergubernamentales clave, a saber, la Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (resolución 69/313, anexo), en que se afirmó la necesidad de incorporar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer en la financiación para el desarrollo; y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (resolución 70/1), que contiene el Objetivo 5: lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Las seis metas sustantivas comprendidas en ese Objetivo: poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo; eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas; eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado; reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados; asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo; y asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, proporcionan hitos para responder a las dimensiones de género del VIH/SIDA. Además, el Objetivo 3, a saber, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos, comprende una meta ambiciosa: de aquí a 2030, poner fin a la epidemia del SIDA.

8. En su resolución 29/14, relativa a la aceleración de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer, el Consejo de Derechos Humanos instó a los Estados a empoderar a las mujeres garantizando su acceso pleno y en pie de igualdad a una educación y capacitación de calidad, incluida una educación completa en sexualidad.

9. En su 59º período de sesiones, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer llevó a cabo un examen de los progresos hechos en la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 20 años después de su aprobación en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 (véase E/CN.6/2015/3), en el que se halló que esos progresos eran lentos y desiguales, que ningún país había logrado la igualdad y el empoderamiento plenos de las mujeres y las niñas, y que muchas mujeres y niñas sufrían formas múltiples e interrelacionadas de discriminación, vulnerabilidad y marginación durante toda su vida. En la esfera de la salud, el examen halló que un número cada vez mayor de mujeres vivía con el VIH, que los niveles de mortalidad materna eran altos, y que las mujeres y las niñas tenían dificultades para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. En el examen se pidió que se adoptara un enfoque de la salud basado en los derechos, que asegurara la participación de la mujer en la adopción de decisiones relativas a las políticas y los servicios de salud, que fuera integral, y que aumentara la disponibilidad, la accesibilidad y la asequibilidad de servicios de calidad, entre otras cosas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, para las mujeres y las niñas de todas las edades.

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

10. En los últimos 15 años, los avances científicos y biomédicos han transformado la epidemia del SIDA de una crisis que amenaza a las naciones y las comunidades, en un problema de salud pública crónico a largo plazo. No obstante, las mujeres y las niñas, cualquiera que sea su grupo de edad, no se han beneficiado por igual de

esos avances. Desde hace tiempo se reconoce que la desigualdad entre los géneros es un factor clave que afecta a la dinámica de la epidemia. Los problemas al respecto varían de comunidad en comunidad y de país en país, pero la falta de poder de las mujeres en las relaciones, las familias y las comunidades, junto con el estigma, la discriminación y la violencia, limitan su capacidad para prevenir la infección por el VIH y mitigar sus efectos. Aunque se han establecido marcos normativos sólidos en relación con el VIH, que comprenden compromisos en materia de igualdad entre los géneros, a menudo las respuestas nacionales al VIH no abordan de forma adecuada los efectos de las desigualdades entre los géneros. Los sesgos de género en las políticas y las instituciones también influyen en el acceso y limitan la capacidad de las mujeres y las niñas para buscar y recibir servicios. Por consiguiente, desglosar los datos por sexo y llevar a cabo un análisis de las cuestiones de género son requisitos fundamentales para comprender plenamente las diferentes maneras en que las mujeres y las niñas son afectadas por las desigualdades en la respuesta al VIH. La elaboración de planes y programas de lucha contra el VIH que contengan medidas de respuesta sensibles a las cuestiones de género y que cuenten con recursos suficientes permitirá mejorar el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH. Se necesita un entorno propicio para reducir los factores que contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres, y aumentar los factores que facilitan su protección. Las intervenciones dirigidas a solucionar los problemas sociales, jurídicos, económicos y culturales que propician la epidemia facilitarían la eliminación de las desigualdades persistentes y generalizadas que se reflejan en las respuestas al VIH. Un enfoque de determinación de las prioridades basado en los derechos y centrado en las personas requiere que las mujeres que viven con el VIH estén presentes en las mesas en que se adoptan las decisiones sobre las estrategias, las políticas, los planes y los presupuestos. Invertir en la participación y el liderazgo en materia de gobernanza de las mujeres que viven con el VIH aumenta la idoneidad de la respuesta. Las pruebas han demostrado que, si no se aborda la desigualdad entre los géneros y se llevan a cabo intervenciones para empoderar a las mujeres y las niñas, lo que se conoce como “los tres ceros”, a saber: cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el SIDA, no se alcanzará.

11. En el período sobre el que se informa, los Estados Miembros y el sistema de las Naciones Unidas han hecho importantes progresos en la atención de las necesidades de las mujeres y las niñas en el contexto de la respuesta al VIH. Se han notificado progresos en las medidas para integrar los compromisos de igualdad entre los géneros en la gobernanza de las respuestas al VIH, entre otras cosas, mediante el apoyo al liderazgo y la participación de las mujeres en esas respuestas; iniciativas para facilitar un mayor acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH; y estrategias para promover un entorno propicio para las mujeres y las niñas, respaldando su empoderamiento político, social y económico como aspectos fundamentales para reducir la vulnerabilidad al VIH.

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

12. La integración de la igualdad entre los géneros y los derechos humanos en las respuestas nacionales al VIH permite que los países atiendan a las necesidades y prioridades de las mujeres y las niñas, eliminen las barreras de género que impiden el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH, y asignen los recursos según corresponda. Una orientación mayor y más amplia sobre la integración de las dimensiones de la igualdad entre los géneros en las respuestas nacionales al VIH permitirá que los asociados nacionales refuercen las políticas y atiendan a las necesidades de las mujeres y las niñas en toda su diversidad. Se ha demostrado que para transformar las respuestas nacionales al VIH es necesario invertir de forma sostenida en todas las etapas de las políticas y los programas, a fin de cumplir los compromisos de igualdad entre los géneros.

13. Varios países, entre ellos, Austria, China, la Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Liberia, México, Noruega, el Paraguay, la República Dominicana, el Togo y Uganda, informaron sobre actividades para integrar las medidas de promoción de la igualdad entre los géneros en las políticas, los programas, los marcos de supervisión y evaluación y los presupuestos nacionales relacionados con el VIH. Uganda informó de la inclusión de indicadores de resultados desglosados por sexo y edad en los marcos nacionales de supervisión y evaluación de la lucha contra el VIH. La República Dominicana dividió su presupuesto de lucha contra el VIH correspondiente al período 2015-2018, a fin de beneficiar a los hombres y las mujeres por igual. El Perú y México incorporaron las prioridades relacionadas con el VIH y el SIDA en los planes de acción nacionales sobre la igualdad entre los géneros.

14. En 2014, el Gobierno de Argelia y la Liga de los Estados Árabes, junto con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)⁵ y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), convocaron una reunión de alto nivel de mujeres dirigentes árabes con el fin de apoyar la aplicación de la estrategia árabe de lucha contra el SIDA. Esa reunión concluyó con un llamamiento para que se adoptaran medidas con miras a promover la igualdad entre los géneros; lograr el acceso universal a la prevención y al tratamiento del VIH, incluida la atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes; y poner fin a la estigmatización y la discriminación de las mujeres que viven con el VIH.

15. Desde que se aprobó el informe anterior del Secretario General a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (E/CN.6/2014/12), el ONUSIDA, en colaboración con asociados clave, ha elaborado herramientas que aumentan la capacidad para integrar la igualdad entre los géneros en las respuestas al VIH, por

⁵ El ONUSIDA abarca las entidades siguientes: la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Programa Mundial de Alimentos (PMA); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC); la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres); la Organización Internacional del Trabajo (OIT); la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

ejemplo, un instrumento de programación para responder a la violencia contra las mujeres en el contexto del VIH⁶, una guía de servicios relacionados con el VIH que tienen en cuenta las cuestiones de género para las mujeres que se inyectan drogas⁷, un compendio de vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH e indicadores al respecto⁸, y una herramienta de evaluación de las cuestiones de género en relación con el VIH y la tuberculosis. La carpeta de ONU-Mujeres de promoción de la igualdad entre los géneros y el liderazgo de la mujer en la respuesta al VIH abarca la experiencia adquirida en la integración de la igualdad entre los géneros en las respuestas nacionales al VIH en Camboya, Jamaica, Kenya, Papua Nueva Guinea y Rwanda⁹. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) elaboró directrices sobre el VIH y el trabajo sexual, que aumentaron la información estratégica y las mejores prácticas¹⁰.

16. En 2014 y 2015, el ONUSIDA apoyó la realización de evaluaciones de las cuestiones de género en la respuesta al VIH en 40 países, lo que permitió detectar las lagunas existentes en los datos, la cobertura de los servicios y las medidas para atender a las necesidades específicas de las mujeres y las niñas. ONU-Mujeres, junto con el ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, reforzó los conocimientos sobre vigilancia con perspectiva de género del personal de atención de la salud sexual y reproductiva y el VIH de 15 países (el Brasil, Camboya, el Estado de Palestina, Guatemala, Indonesia, Jamaica, Kirguistán, Malawi, Panamá, Sudáfrica, Tailandia, Tayikistán, Túnez, Uganda y Zimbabwe). A comienzos de 2015, el ONUSIDA y sus asociados, a saber, el UNICEF; el UNFPA; la OMS; el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para Luchar contra el SIDA (PEPFAR); el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la Fundación Staying Alive de MTV; y el HIV Young Leaders Fund, pusieron en marcha la plataforma “All In” para mejorar la reunión y el análisis de datos y proporcionar una mejor cobertura de servicios para los adolescentes. El nuevo modelo de financiación del Fondo Mundial asigna prioridad a las inversiones que amplían los servicios y las intervenciones que reducen la desigualdad entre los géneros¹¹. En respuesta, el ONUSIDA, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el UNFPA, ONU-Mujeres y la OMS ayudaron a los asociados nacionales a integrar las consideraciones relativas a la igualdad entre los géneros en las notas conceptuales

⁶ Organización Mundial de la Salud, *16 Ideas for Addressing Violence against Women in the Context of the HIV Epidemic: A Programming Tool* (Ginebra, 2013). Puede consultarse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf?ua=1.

⁷ “Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs”, documento de política (Viena, UNODC, 2014). Puede consultarse en http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf.

⁸ Federación Internacional de Planificación de la Familia, UNFPA y OMS, “Sexual and reproductive health and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools” (Londres, diciembre de 2014). Puede consultarse en: http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/SRH-HIV-Linkages-Compendium_rev.pdf.

⁹ ONU-Mujeres, “Championing gender equality in the HIV response: the experiences of five programme countries” (2015). Puede consultarse en: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/4/championing-gender-equality-in-the-hiv-response-the-experiences-of-five-programme-countries>.

¹⁰ Véase la serie “HIV and sex workers”, *The Lancet* (23 de julio de 2014). Puede consultarse en: <http://www.thelancet.com/series/hiv-and-sex-workers>.

¹¹ Fondo Mundial, “Abordar las desigualdades de género y fortalecer las respuestas para las mujeres y las niñas”, nota informativa (abril de 2014).

que se presentarán al Fondo Mundial, que son solicitudes de financiación que priorizan las intervenciones basadas en las deficiencias existentes en los planes estratégicos nacionales sobre el VIH.

Cálculo de los costos y financiación de las actividades en favor de las mujeres y las niñas en la respuesta al VIH

17. Al cierre de 2015, se estimó que, en total, los recursos nacionales e internacionales para financiar las actividades relacionadas con el VIH y el SIDA ascendían a 21.700 millones de dólares de los Estados Unidos³. En septiembre de 2015, el Fondo Mundial había desembolsado 15.000 millones de dólares en concepto de subsidios relacionados con el VIH¹². El Fondo Mundial aumentó los gastos en favor de las mujeres y las niñas, del 42% de su cartera total en 2013, a aproximadamente el 60% en 2015³. Ese aumento se centró fundamentalmente en los ámbitos de la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y de los adolescentes.

18. No es fácil obtener datos sobre el porcentaje de los fondos destinados a la respuesta al VIH que se asignan a programas que tienen en cuenta las cuestiones de género para atender a las necesidades de las mujeres y las niñas. Las pruebas de intervenciones que tienen en cuenta las cuestiones de género y que resultan eficaces en función de los costos, junto con mejores instrumentos de cálculo de los costos, pueden ayudar a los gobiernos a traducir los compromisos de igualdad entre los géneros en medidas concretas con asignaciones presupuestarias adecuadas. Las redes de mujeres que viven con el VIH siguen estando insuficientemente financiadas³. El mayor compromiso político de invertir en el liderazgo de las mujeres y las niñas no ha ido aparejado de recursos suficientes para apoyar sus esfuerzos organizativos y medidas colectivas¹³.

19. Si bien los datos sobre la financiación de los programas relacionados con el VIH que tienen en cuenta las cuestiones de género son limitados, algunos Estados Miembros han notificado progresos. México informó de la asignación de fondos destinados específicamente a apoyar la retención de las mujeres que viven con el VIH en los programas de tratamiento antirretroviral. La nueva estrategia nacional de Finlandia de lucha contra el VIH asigna recursos a medidas de prevención dirigidas específicamente a las mujeres que viven en zonas de alta incidencia del VIH, las migrantes y las trabajadoras sexuales. Polonia y Suecia prestaron apoyo financiero a organizaciones de la sociedad civil para realizar actividades de prevención del VIH, por ejemplo, una campaña nacional de pruebas de detección del VIH dirigida a las mujeres de edad reproductiva, y encuestas sobre la calidad de la vida de las personas que viven con el VIH.

20. El ONUSIDA y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres llevaron a cabo un examen sistemático de la eficacia en función de los costos de las intervenciones de lucha contra el VIH que tenían en cuenta las cuestiones de género¹⁴. El examen halló intervenciones que tenían en cuenta las cuestiones de

¹² Véase <http://www.theglobalfund.org/es/>.

¹³ Angelika Arutyunova y Cindy Clark, “Regando las hojas y dejando morir las raíces: la situación del financiamiento para organizarse por los derechos de las mujeres y la igualdad de género” (Ontario (Canadá), Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo, 2013).

¹⁴ Michelle Remme y colaboradores, “The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 17 (2014).

género, que resultaban prometedoras para mejorar la asistencia a los servicios relacionados con el VIH, lograr la observancia del tratamiento y modificar los comportamientos, y justificó el aumento de las inversiones en favor de la igualdad entre los géneros y la cofinanciación con otros sectores, como el de la educación.

Aumento de la implicación, el liderazgo y la participación de las mujeres y las niñas

21. La participación y el liderazgo de las mujeres en la adopción de decisiones relacionadas con la respuesta al VIH se dificultan por la falta de acceso a la información y de oportunidades de implicación, así como por el estigma y la discriminación, las responsabilidades de prestación de cuidados en el hogar y en las comunidades, y los problemas de financiación. La representación de las mujeres en los mecanismos de coordinación de país del Fondo Mundial, que son órganos de múltiples interesados encargados de formular propuestas y supervisar su aplicación, aumentó del 34% en 2010 a casi el 40% en 2015¹⁵. Sin embargo, esos datos no dan una idea del impacto de las opiniones de las mujeres en esos mecanismos, dado que la participación y la influencia de las mujeres, en particular de las que viven con el VIH, en las respuestas nacionales al VIH, no son objeto de un seguimiento sistemático.

22. Austria, la Federación de Rusia, Noruega, Sierra Leona y Uganda se asociaron a organizaciones de mujeres que viven con el VIH y otras organizaciones de mujeres para apoyar la prestación de servicios de prevención del VIH y crear conciencia sobre las intersecciones entre la violencia contra la mujer y el VIH. Letonia, Sierra Leona, el Togo y Uganda apoyaron la participación de las mujeres, incluidas las que viven con el VIH, en los mecanismos de coordinación nacionales sobre el VIH.

23. El ONUSIDA, el PNUD, ONU-Mujeres y el UNFPA invirtieron en el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres que viven con el VIH en más de 30 países. ONU-Mujeres facilitó la participación a nivel nacional de las mujeres que viven con el VIH en el examen al cabo de 20 años de la Plataforma de Acción de Beijing, que permitió intercambiar opiniones sobre sus prioridades fundamentales. El PNUD, ONU-Mujeres y el UNFPA ayudaron a redes de mujeres que viven con el VIH de China, la India, Kazajistán, Tayikistán y Viet Nam a hacer aportaciones al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer planteando los problemas de la discriminación que enfrentan las mujeres que viven con el VIH en lo que respecta al acceso a los servicios de atención de la salud. ONU-Mujeres ha creado una estrategia para la juventud que apunta a empoderar a las jóvenes como dirigentes, prestando especial atención a las más marginadas.

¹⁵ Véase <http://www.theglobalfund.org/en/womengirls/>. (Deberá descenderse en la página para hallar la versión en español.)

B. Aumento del acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH

24. En el período que se examina, se han logrado importantes avances en la prevención y el tratamiento del VIH. La meta del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio relacionada con el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA se ha alcanzado; más de 15 millones de personas reciben tratamiento; se ha comprobado que los medicamentos antirretrovirales pueden ser parte de los esfuerzos más amplios de prevención, y que comenzar el tratamiento en cuanto se tiene un diagnóstico positivo puede mejorar considerablemente los resultados en materia de salud; las investigaciones sobre el tratamiento pediátrico del VIH han mejorado mucho; la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo ha logrado reducir los nuevos casos de infección de recién nacidos; y hay más disponibilidad de opciones de tratamiento de por vida para las embarazadas. Estos resultados se reflejan en la elaboración de orientaciones basadas en pruebas para los países.

25. La estrategia actualizada del ONUSIDA para el período 2016-2021 concuerda plenamente con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y asigna prioridad al logro de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas. La estrategia contiene una meta que busca asegurar que las mujeres y las niñas vivan una vida libre de desigualdad entre los géneros y de violencia por motivos de género para mitigar el riesgo y los efectos del VIH. Como parte de la estrategia, y a fin de mantener la dinámica relacionada con el logro del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, el ONUSIDA ha establecido metas ambiciosas de acción acelerada¹⁶. Las metas de tratamiento 90-90-90 prevén que, para 2020, el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico; el 90% de las que lo conocen reciban tratamiento antirretroviral sostenido, y el 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral logren la supresión de la carga vírica¹⁷. Además de metas clave de tratamiento, se han establecido metas de no discriminación y de prevención para promover la adopción de medidas aceleradas que permitan responder a las necesidades de prevención, tratamiento, atención y apoyo. No obstante, si no se eliminan los problemas que encaran las mujeres y las niñas en todo el proceso de prevención y tratamiento, esas metas no se alcanzarán.

Promoción de la prevención y la realización de pruebas del VIH

26. Es importante llegar a las mujeres y las niñas con una educación sexual adecuada, ajustada a su cultura y a su edad, e integral. La falta de información sobre la prevención del VIH, y de poder para utilizar esa información en las relaciones sexuales, incluso en el contexto del matrimonio, socava la capacidad de las mujeres para negociar el uso de preservativos y tener relaciones sexuales más seguras. El conocimiento puede ayudar a las mujeres y las niñas a adoptar decisiones fundamentadas y a prevenir la infección por el VIH. En el África Subsahariana solo el 26% de las adolescentes tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH,

¹⁶ La iniciativa de acción acelerada es un programa que busca acelerar el ritmo de aplicación y que establece metas ambiciosas de prevención y tratamiento. Véase más información en ONUSIDA, *Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030* (Ginebra, 2014).

¹⁷ La supresión de la carga vírica se define como la supresión o reducción de la función y replicación de un virus. En el caso del VIH, el tratamiento se considera muy eficaz si reduce la carga vírica, como la cantidad del virus en sangre, a niveles no detectables.

frente al 36% de los adolescentes⁹. Un examen de 22 programas de educación con planes de estudio sobre educación sexual y VIH halló que el 80% de esos programas abordaban las relaciones de género y de poder, lo que contribuía en gran medida a reducir los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual¹⁸.

27. Los métodos de prevención del VIH controlados por las mujeres, como el uso de preservativos femeninos o la ingestión de una combinación de varios medicamentos antirretrovirales como profilaxis previa a la exposición, que utilizan las personas seronegativas para reducir el riesgo de contraer el VIH, pueden proporcionar a las mujeres que corren un mayor riesgo de contraer el virus un medio de reducir ese riesgo y de protegerse contra la infección¹⁹. Aunque la aceptabilidad y la eficacia de los preservativos femeninos y masculinos son comparables, los problemas de accesibilidad y los mayores costos de los preservativos femeninos en comparación con los masculinos han limitado su uso²⁰. También es esencial solucionar los problemas de accesibilidad y asequibilidad de la profilaxis previa a la exposición para aumentar su tasa de utilización efectiva, con miras a prevenir la infección por el VIH.

28. Colombia, Finlandia, Hungría, México, la República Dominicana, Singapur y Suecia informaron de su apoyo a la educación sexual y sobre salud y prevención del VIH en las escuelas, y de diversos programas orientados a los jóvenes, que abordan cuestiones relacionadas con la salud y el VIH. Singapur está llevando a cabo iniciativas educativas en el lugar de trabajo para apoyar la prevención del VIH. Sierra Leona informó de que proporcionaba preservativos por medio de los centros de información y documentación sobre el VIH y el SIDA y servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a las necesidades de los adolescentes. En Colombia se ofrecen preservativos masculinos y femeninos mediante el Plan Obligatorio de Salud. Por su parte, la iniciativa DREAMS (mujeres decididas, resilientes, empoderadas, libres de SIDA, asesoradas y seguras)²¹ puesta en marcha por PEPFAR procura reducir los nuevos casos de infección de adolescentes y jóvenes por el VIH en 10 países de África oriental y meridional mediante la aplicación de un conjunto básico de intervenciones de prevención empíricas, que disminuyen el riesgo de infección por el VIH entre las niñas²².

29. El UNFPA promovió programas amplios sobre los preservativos en 52 países, y distribuyó 750 millones de preservativos masculinos y 15 millones de preservativos femeninos. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el UNFPA apoyaron el incremento de los programas integrales de educación sexual de calidad, ajustados a la edad y

¹⁸ Nicole A. Haberland, “The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, núm. 1 (marzo de 2015).

¹⁹ National Institute of Allergy and Infectious Diseases, “Young South African women can adhere to daily pre-exposure prophylaxis regimen as HIV prevention, study finds”, 20 de julio de 2015. Puede consultarse en: <http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2015/Pages/HPTN067.aspx>.

²⁰ What Works for Women and Girls, “Male and female condom use”. Puede consultarse en: <http://www.whatworksforwomen.org/chapters/5-Prevention-for-Women/sections/1-Male-and-Female-Condom-Use>.

²¹ La iniciativa DREAMS es una asociación público-privada con la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación Nike.

²² Véase el PEPFAR, “Fact sheet”, septiembre de 2015. Puede consultarse en: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/247548.pdf>.

respetuosos de las particularidades culturales en 97 países. Como parte de esas iniciativas se prestó atención particular a los 21 países de África oriental y meridional en el contexto del seguimiento del compromiso ministerial de 2013 en favor de la educación sexual integral.

30. Aumentar la realización de pruebas de VIH es importante para la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el virus. Aproximadamente 17,1 millones de personas que viven con el VIH aún no conocen su estado serológico³. La mayoría de las mujeres accede a los servicios de pruebas de detección del VIH como parte de la atención prenatal. Según el ONUSIDA, en 2012, alrededor del 40% de las embarazadas de los países de ingresos bajos y medianos se sometieron a pruebas de detección del VIH y recibieron orientación al respecto, lo que representa un aumento del 26% con respecto a 2009. Sin embargo, los datos indican que, salvo en la atención prenatal, las mujeres se someten a pruebas de detección del virus con menos frecuencia que los hombres²³. Es fundamental integrar los servicios de pruebas de detección del VIH con los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios de planificación familiar para llegar a las mujeres que no están embarazadas y asegurar que las que forman parte de los grupos de población clave, como las trabajadoras sexuales y las mujeres que se inyectan drogas, tengan acceso a esos servicios sin discriminación ni estigma. Además, las mujeres con discapacidad y otros grupos marginados de mujeres necesitan un apoyo específico para que sus necesidades también se tengan en cuenta en las respuestas al VIH.

31. Filipinas, Finlandia, Liberia, Lituania, Malawi, México, el Perú, Polonia, Sierra Leona, Singapur y el Uruguay adoptaron medidas para facilitar la realización de pruebas del VIH y proporcionar orientación como parte de las campañas de promoción y los servicios de detección prenatal. Colombia, Singapur y Malawi alentaron una mayor generalización de las pruebas del VIH proporcionando servicios comunitarios ampliados de realización de pruebas para las mujeres y las niñas, pruebas rápidas de detección del VIH y lugares donde realizarse pruebas anónimas. El ONUSIDA apoyó la prestación de una mayor atención a la realización de pruebas en el contexto de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo²⁴.

Iniciativas para eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo y mantener con vida a las madres

32. Se han logrado importantes avances en la consecución de los objetivos del Plan Mundial para Eliminar las Nuevas Infecciones por VIH en Niños para 2015 y para Mantener con Vida a sus Madres y la Estrategia Mundial del Secretario General para la Salud de la Mujer y el Niño, relacionados con la transmisión del VIH de madre a hijo. A finales de 2014, el 73% de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH en todo el mundo habían recibido terapia antirretroviral, y entre 2000 y 2014 los nuevos casos de infección de niños por el VIH se redujeron en un 58%³. La proporción de mujeres embarazadas que vivían con el VIH y recibían terapia antirretroviral para su propia salud aumentó del 11% en 2009 al 62% en 2014.

²³ Carla Malhlouf Obermeyer y Michelle Osborn, “The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioral evidence”, *American Journal of Public Health*, vol. 97, núm. 10 (octubre de 2007).

²⁴ ONUSIDA, “UNAIDS performance monitoring report 2014”, documento preparado para la 36ª reunión de la Junta de Coordinación del ONUSIDA, Ginebra, 30 de junio a 2 de julio de 2015 (2015).

Muchos países, entre ellos casi el total de los 22 países de alta prioridad en el Plan Mundial están aplicando la Opción B+, que consiste en ofrecer tratamiento de por vida a las embarazadas que viven con el VIH. Si bien las tasas de transmisión del VIH de madre a hijo han disminuido en todo el mundo, no todas las mujeres embarazadas que viven con el VIH tienen acceso a la terapia antirretroviral. Las tasas de cobertura en el Oriente Medio y el Norte de África, y en Asia y el Pacífico son particularmente bajas, a saber, del 13% y el 38%, respectivamente²⁵.

33. En junio de 2015, Cuba fue declarada primer país del mundo en eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo²⁶. Filipinas, Finlandia, Letonia, Liberia, Lituania, Malawi, México, Polonia, Sierra Leona, Singapur, el Togo y el Uruguay informaron de que habían registrado importantes progresos en la eliminación de esa transmisión. Liberia, Malawi y Sierra Leona comunicaron que, de conformidad con las directrices de la OMS, estaban proporcionando tratamiento antirretroviral de por vida a todas las embarazadas que vivían con el VIH.

Medidas para asegurar que las mujeres y las niñas que viven con el VIH tengan acceso al tratamiento y lo observen

34. A marzo de 2015, del total estimado de personas que vivían con el VIH, 15 millones (el 41%) tenían acceso al tratamiento antirretroviral³. En 2013, las mujeres representaban el 59% del total de personas que recibían tratamiento²⁷. Sin embargo, esa cifra oculta importantes diferencias entre las mujeres. Algunos estudios han hallado que las adolescentes y las mujeres mayores de 50 años no tienen suficiente acceso al tratamiento²⁸. Un menor número de mujeres que se inyectan drogas están accediendo al tratamiento, y solo el 36% de las trabajadoras sexuales que viven con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos recibe tratamiento³. La falta de datos desglosados por sexo, edad y grupo de población impide detectar las lagunas en materia de acceso al tratamiento.

35. En 2014, ONU-Mujeres, junto con la Red ATHENA, la AIDS Vaccine Advocacy Coalition y el Salamander Trust, llevó a cabo un examen mundial de los principales elementos relacionados con el género que obstaculizaban o favorecían el acceso de las mujeres al tratamiento contra el VIH. Las conclusiones preliminares indican que entre los elementos que obstaculizan el acceso de las mujeres al tratamiento figuran la falta de autonomía en la adopción de decisiones relacionadas con la salud, la violencia y el temor a la violencia, y la estigmatización y la discriminación por los miembros de la familia y de la comunidad y los profesionales de la salud²⁹.

²⁵ ONUSIDA, “How AIDS Changed Everything: MDG 6: 15 Years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response — fact sheet”, 2014. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_en.pdf.

²⁶ OMS, “La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis”, 30 de junio de 2015. Puede consultarse en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/es/>.

²⁷ OMS, UNICEF y ONUSIDA. *Global Update on HIV Treatment 2013: Results, Impacts, and Opportunities* (Ginebra, junio de 2013).

²⁸ Melanie Croce-Galis, Jill Gay y Karen Hardee, “Gender considerations along the HIV treatment cascade: an evidence review with priority actions”, Treatment brief (Washington D.C., What Works Association, septiembre de 2015).

²⁹ ONU-Mujeres y colaboradores, “Key barriers to women’s access to HIV treatment: making fast-track a reality” (2015).

36. La alimentación y la nutrición son fundamentales para asegurar la observancia de la terapia antirretroviral. Los estudios han hallado que el suministro de alimentos puede mejorar la observancia del tratamiento del VIH, y que la falta de solución al problema de la inseguridad alimentaria puede influir en los buenos resultados del tratamiento³⁰. México informó sobre un programa que se estaba ejecutando en 29 estados, que proporcionaba a las mujeres que vivían con el VIH servicios integrales, incluidos servicios alimentarios y nutricionales, con el fin de lograr que un mayor número de estas siguiera la terapia antirretroviral y no abandonara los servicios de atención. Malawi elaboró directrices en materia de nutrición para facilitar la evaluación de las necesidades nutricionales de las personas que vivían con el VIH. El PMA prestó apoyo técnico a programas nacionales de prevención de la transmisión de madre a hijo a fin de que, por medio de los servicios de salud materna, neonatal e infantil, proporcionaran apoyo alimentario y nutricional a las embarazadas malnutridas.

Promoción de la integración de los servicios y la información relacionados con el VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva

37. La integración de los servicios y la información relacionados con el VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva mejora el acceso de las mujeres a esos servicios y arroja mejores resultados en materia de salud. La integración reduce la estigmatización relacionada con el VIH, aumenta el uso de los servicios, y mejora la eficiencia de los programas y su eficacia en función de los costos. La vinculación de las pruebas de detección de la tuberculosis con las de detección del VIH, como parte de los servicios de salud reproductiva, es fundamental debido a que el riesgo de mortalidad materna por coinfección por tuberculosis y VIH es mayor durante el embarazo y después del parto³¹.

38. Finlandia, México y el Paraguay describieron las medidas de apoyo a la prevención del VIH que estaban aplicando como parte de las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva. En 2014, Finlandia actualizó su programa de acción sobre salud sexual y reproductiva para incluir medidas de prevención y detección temprana del VIH. La estrategia de salud sexual y reproductiva de México hace especial hincapié en adolescentes, embarazadas y poblaciones clave³², y procura asegurar el suministro de anticonceptivos y la realización temprana de pruebas diagnósticas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En el Paraguay, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2014-2018) orienta las medidas basadas en los derechos en siete ámbitos, incluidos la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual. Como parte de la lucha contra la coinfección por el VIH y la tuberculosis, Letonia y la Federación de Rusia llevan a cabo programas conjuntos de lucha contra el VIH y la tuberculosis en el marco de sus políticas nacionales de salud.

³⁰ Saskia de Pee y colaboradores, "The enabling effect of food assistance in improving adherence and/or treatment completion for antiretroviral therapy and tuberculosis treatment: a literature review", *Aids and Behaviour*, vol. 18, supp. 5 (12 de marzo de 2014).

³¹ OMS, "Tuberculosis in women", 2014. Puede consultarse en: http://www.who.int/tb/publications/tb_women_factsheet_251013.pdf.

³² El ONUSIDA considera que los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores del sexo, los transgéneros y los consumidores de drogas inyectables son los cuatro grupos principales de población clave. Véase ONUSIDA, "Terminology Guidelines 2015" (Ginebra, 2015).

39. El UNFPA ayudó a la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo a elaborar las normas mínimas regionales sobre salud sexual y reproductiva e integración del VIH, que fueron aprobadas por los ministros de salud y los ministros responsables de las cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo en enero de 2015²⁴. El UNFPA también apoyó la integración de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el VIH en las iniciativas nacionales más amplias de salud y desarrollo de Botswana, Lesotho, Malawi, Namibia, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.

C. Asignación de prioridad a las intervenciones que apoyan un entorno social y jurídico propicio para la prevención y mitigación del VIH

40. La eliminación de las leyes discriminatorias, el estigma y la violencia por razón de género acelera la consecución de progresos en favor de las mujeres y las niñas en la respuesta al VIH. Invertir en un mayor acceso a la educación y el empoderamiento económico de las mujeres puede contribuir a fortalecer la seguridad en relación con los medios de subsistencia y crear un entorno propicio para reducir el riesgo de infección por el VIH. La transformación de las normas y los estereotipos de género y las dinámicas culturales discriminatorias mediante el diálogo y la interacción con los hombres y los jóvenes puede mejorar las medidas de prevención, y mitigar los efectos del VIH y el SIDA.

Establecimiento de marcos jurídicos y normativos propicios para apoyar la prevención y la mitigación del VIH

41. Los programas de prevención, tratamiento y atención dirigidos a las mujeres y las niñas solo tendrán éxito si se llevan a cabo en un entorno jurídico y normativo que proteja los derechos de las mujeres y las niñas, incluidos sus derechos de propiedad y de sucesión, su derecho a la protección contra la violencia, su derecho a no ser discriminadas en el lugar de trabajo, y su derecho a tomar decisiones independientes sobre el matrimonio, el divorcio y la procreación. En muchos casos, las leyes y las políticas siguen discriminando a las mujeres y las niñas y refuerzan las desigualdades entre los géneros, lo que a su vez dificulta el acceso a los servicios (véase E/CN.6/2015/3). Si bien la práctica del matrimonio infantil, precoz y forzado está disminuyendo en todo el mundo, todavía, a nivel mundial, hay 700 millones de niñas que contrajeron matrimonio antes de cumplir los 18 años³³. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los Estados Miembros se han comprometido a eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado. Poner fin al matrimonio infantil es fundamental para reducir la vulnerabilidad de las niñas y las jóvenes al VIH, y el riesgo que corren de contraerlo. A menudo, las jóvenes y las niñas tienen un acceso limitado a la información sobre la prevención, y muy poca potestad para protegerse del VIH. Las leyes y las políticas sobre la edad mínima de libre consentimiento pueden ser un factor que limita el acceso de las jóvenes a los servicios relacionados con el VIH, incluidos los de orientación y realización de pruebas sobre el VIH, y de salud sexual y reproductiva⁹. La materialización de los derechos de propiedad y sucesión de la mujer aumenta su seguridad económica, puede desempeñar un papel fundamental en la prevención de

³³ UNICEF, *Ending Child Marriage: Progress and prospects* (Nueva York, 2014).

la propagación del VIH, y da a las mujeres un mayor poder de negociación en el hogar, lo que aumenta su capacidad para negociar prácticas sexuales más seguras y reduce así el riesgo de contraer el VIH. Por consiguiente, la materialización de los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres es esencial para que las respuestas nacionales al VIH surtan efecto. Los países que penalizan a las poblaciones clave disuaden a las trabajadoras sexuales y a las mujeres que se inyectan drogas de acudir a servicios de salud críticos en relación con el VIH. El acceso a la justicia sigue siendo un proceso prolongado y costoso para las mujeres y las niñas que viven con el VIH.

42. Colombia, Finlandia, Letonia, Lituania, México, Polonia, Suecia y el Uruguay informaron sobre garantías constitucionales y leyes vigentes en materia de no discriminación e igualdad entre la mujer y el hombre, incluidas leyes que protegen el derecho a la salud. Austria, el Paraguay y Uganda se refirieron a leyes concretas que salvaguardan los derechos humanos de las personas que viven con el VIH. Liberia informó de iniciativas para redactar una ley sobre la violencia doméstica, y Colombia indicó que había elaborado leyes que combatían todas las formas de estigmatización y discriminación. Malawi dio un importante paso en la eliminación del matrimonio infantil, precoz y forzado con la aprobación en 2015 de la Ley sobre el matrimonio, el divorcio y las relaciones familiares, que elevó a 18 años la edad mínima para contraer matrimonio sin el consentimiento de los padres. La Unión Africana emprendió una campaña regional de lucha contra el matrimonio infantil, dirigida a 10 países, a fin de promover la aplicación de las leyes que prohíben el matrimonio infantil.

43. El ONUSIDA apoyó la revisión de las leyes y políticas discriminatorias relacionadas con la necesidad de consentimiento de los padres para que los adolescentes se sometan a pruebas de detección del VIH y reciban orientación sobre el virus, y con la violencia doméstica y los delitos sexuales, la protección social, y la despenalización del VIH en Bangladesh, Camboya, Indonesia, Jamaica, Kenya, Myanmar, Tailandia y Viet Nam. ONU-Mujeres siguió apoyando la defensa de los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres que viven con el VIH y el SIDA o que están afectadas por estos en Kenya, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zimbabwe, lo que se tradujo en un aumento del conocimiento de las leyes por las mujeres y de la capacidad de los asistentes jurídicos para prestar servicios jurídicos y sociales. El PNUD apoyó la creación de entornos jurídicos y normativos favorables para las mujeres y las niñas afectadas por el VIH en 41 países, entre otras cosas mediante la modificación de las leyes que impiden que las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH, las que corren un mayor riesgo de contraer el virus y las poblaciones clave accedan a los servicios relacionados con el VIH.

Erradicación de la doble epidemia de la violencia por razón de género y el VIH y el SIDA

44. La violencia por razón de género es una violación de los derechos humanos y una preocupación de salud pública que tiene consecuencias sanitarias y sociales inmediatas y a largo plazo, entre las que se incluye un mayor riesgo de contraer el VIH. Esa violencia socava la capacidad de las mujeres y las niñas para negociar prácticas sexuales sin riesgo, revelar su estado serológico y buscar servicios esenciales de atención de la salud. También provoca el deterioro de la salud de la

mujer en relación con el VIH y contribuye a una mayor incidencia de las infecciones oportunistas y a un mayor riesgo de mortalidad³⁴.

45. La OMS estima que más de la tercera parte de las mujeres de todo el mundo han sufrido, en algún momento de su vida, violencia física o sexual infligida por su pareja o violencia sexual infligida por un extraño³⁵. Las mujeres que han sido víctimas de actos de violencia perpetrados por su pareja tienen un 50% más de probabilidad de vivir con el VIH³⁶. Las mujeres que viven con el VIH tienen más probabilidades de ser víctimas de actos de violencia perpetrados por su pareja, además de actos de violencia perpetrados por la familia, la comunidad y las instituciones, como el aborto coaccionado y la esterilización forzada. Un estudio reciente halló que la conducta controladora del hombre, como indicador de la violencia constante y grave, era un factor que de por sí ponía a las mujeres en riesgo de contraer el VIH³⁷. Las trabajadoras sexuales, las mujeres que se inyectan drogas y las mujeres con discapacidad enfrentan mayores tasas de violencia que las demás mujeres⁹.

46. En Finlandia, la prevención de la violencia por razón de género y la respuesta a ese problema son parte del programa de acción sobre salud sexual y reproductiva, que está en consonancia con la estrategia nacional de lucha contra el VIH. En el Paraguay, el Ministerio de la Mujer puso en marcha una campaña nacional para promover una vida sin riesgo y sin violencia, con mensajes sobre los diferentes tipos de violencia, así como sobre la manera de prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En el Perú, el Programa Nacional contra la Violencia Doméstica y Sexual integró disposiciones concretas de atención a las personas que viven con el VIH en la nueva Guía de Atención Integral de los Centros Emergencia Mujer, que prestan asistencia jurídica y atención psicológica y social a las supervivientes de actos de violencia por razón de género. Sierra Leona proporciona servicios de realización de pruebas del VIH y de orientación en relación con el virus, incluidos servicios profilácticos posteriores a la exposición, a los supervivientes de actos de violencia sexual.

47. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados reforzó la integración de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la violencia sexual y por razón de género en los mecanismos de coordinación y protección humanitaria y a nivel de comunidad. El UNFPA, ONU-Mujeres y la OMS elaboraron un manual clínico para los proveedores de servicios de salud sobre la prestación de servicios y cuidados a supervivientes de actos de violencia, en particular sobre la provisión de servicios profilácticos posteriores a la exposición, para prevenir la transmisión del VIH³⁸. El

³⁴ Abigail M. Hatcher y colaboradores, "Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis", *AIDS*, vol. 29 (2015).

³⁵ *The World's Women 2015: Trends and Statistics* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.15.XVII.8) (solo disponible en inglés).

³⁶ ONUSIDA, *Informe mundial, ONUSIDA informe sobre la epidemia mundial de sida 2013* (Ginebra, 2013).

³⁷ Dirk Durevall y Annika Lindskog, "Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us?", *Lancet Global Health*, vol. 3, núm. 1 (enero de 2015).

³⁸ OMS, "Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook" (Ginebra, 2014). Puede consultarse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1.

PNUD apoyó la prestación integrada de asistencia sanitaria y atención a las víctimas de actos de violencia por razón de género mediante instalaciones que agrupan, bajo un mismo techo, servicios integrales de asistencia jurídica, sanitaria y psicosocial para las mujeres y las niñas, en Burundi, el Sudán y el Togo.

Fomento de la educación de las niñas para promover la prevención del VIH

48. Se ha comprobado que la educación de las niñas salva vidas, ya que aumenta la prevención del VIH y la atención al respecto. La educación de las jóvenes reduce su riesgo de infección por el VIH porque las empodera con conocimientos sobre las formas de transmisión del virus³⁹. En 17 países de África y 4 de América Latina, se halló que las niñas que tenían un mayor nivel de educación retrasaban su primera relación sexual y tenían más probabilidades de usar preservativos³. Un estudio realizado en Botswana halló que, con cada año adicional de enseñanza secundaria, el riesgo de infección por el VIH que corrían las niñas se reducía en un 12%⁴⁰. Ensayos clínicos llevados a cabo en Sudáfrica, centrados en el uso de transferencias de efectivo condicionadas en la asistencia a la escuela para reducir el riesgo que corren las niñas de contraer el VIH, están arrojando resultados prometedores en lo que respecta a la reducción de los comportamientos que entrañan el riesgo de contraer el VIH, por ejemplo las jóvenes están informando de que tienen muchas menos parejas sexuales y menos relaciones sexuales sin protección, y un mayor número de jóvenes se están realizando pruebas del VIH⁴¹. También hay pruebas que demuestran que un conjunto integrado de medidas de protección social ofrecido a las jóvenes reduce a la mitad el comportamiento de riesgo en relación con el VIH⁴². Esos enfoques demuestran que los programas de transferencia de efectivo pueden promover un comportamiento saludable. Los programas de transferencia de efectivo han arrojado resultados prometedores en lo que respecta a la permanencia de las niñas en las escuelas, y están teniendo resultados positivos en la prevención del VIH. No obstante, para que tengan un impacto sostenido, esos programas deben ser parte de enfoques intersectoriales más amplios⁴³ que eliminen las principales barreras que impiden la permanencia de las niñas en las escuelas, como los entornos escolares inseguros y el matrimonio infantil, forzado y precoz. De todas formas, dado el carácter condicionado y ajustado a un plazo que tienen esos programas, se necesitan más pruebas de su eficacia a largo plazo.

49. Malawi informó sobre un programa social de transferencia de efectivo dirigido a los niños, en particular a los huérfanos y a las niñas que abandonan la escuela para cuidar de sus hermanos porque sus padres han muerto de SIDA. El programa se

³⁹ UNESCO, “La educación transforma la vida” (París, 2013).

⁴⁰ Jan-Walter De Neve y colaboradores, “Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment”, *The Lancet Global Health*, vol. 3, núm. 8 (agosto de 2015).

⁴¹ Quaraisha Abdool Karim y colaboradores, “Impact of conditional cash incentives on herpes simplex virus 2 (HSV-2) and HIV in rural South African high school students” y Audrey Pettifor y colaboradores, “HIV Prevention Trials Network 068 conditional cash transfer to prevent HIV infection among young women in South Africa: results of a randomized controlled trial”, ponencias presentadas en la octava conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA sobre la patogénesis del VIH, Vancouver (Canadá), julio de 2015.

⁴² Lucie D. Cluver y colaboradores, “Cash plus care: social protection cumulatively mitigates HIV-risk behaviour among adolescents in South Africa”, *AIDS*, vol. 28, supp. 3 (2014).

⁴³ Lori Heise, y colaboradores, “Cash transfers for HIV prevention: considering their potential”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16 (2013).

centra en alentar la escolarización, la retención escolar y la finalización de los estudios, y ha alcanzado al 70% de los huérfanos y otros niños vulnerables. La UNESCO hizo hincapié en mejorar la calidad de la educación de las niñas y las mujeres en la enseñanza secundaria en Etiopía, Nigeria, el Pakistán, la República Unida de Tanzania y el Senegal, como parte de la Alianza Mundial para la Educación de las Niñas y las Mujeres. La mejora de los programas de alimentación escolar del PMA aumentó la asistencia de las niñas a la escuela en el Congo, Etiopía, Ghana, Lesotho, Myanmar, Swazilandia y Zambia.

Promoción del empoderamiento económico para prevenir y mitigar los efectos del VIH

50. La dependencia económica del hombre y la desigualdad en materia de acceso a la tierra y a los recursos productivos pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres al VIH como resultado de relaciones sexuales transaccionales o forzadas⁴⁴. La carga desproporcionada de la prestación de cuidados que recae en las mujeres y las niñas refuerza su desventaja socioeconómica, ya que limita su acceso a la educación, la atención de la salud y las oportunidades de generación de ingresos⁴⁵. En África, los efectos del VIH/SIDA imponen a las mujeres una mayor obligación de proporcionar cuidados en el hogar⁴⁶. Las iniciativas que combinan el empoderamiento económico con las intervenciones de lucha contra el VIH han arrojado resultados prometedores en lo que respecta a la eliminación de los factores que contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH y al riesgo que corren de contraerlo.

51. Liberia y el Togo proporcionan créditos para aumentar las oportunidades económicas de las mujeres y reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH. La Organización Internacional del Trabajo y el ONUSIDA, en colaboración con la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo, apoyaron el empoderamiento económico, junto con la prevención del VIH y la eliminación de las normas de género en Malawi, Mozambique, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe. El programa llevado a cabo aumentó la capacidad empresarial, lo que permitió que los miembros de la comunidad obtuvieran mayores ganancias y ahorros, y promovió la educación entre pares, lo que mejoró los conocimientos sobre la prevención del VIH. Además, como parte del programa, se hicieron remisiones a los servicios pertinentes de atención de la salud. Esas iniciativas se tradujeron en la adopción de estrategias de reducción del riesgo del VIH por los miembros de la comunidad.

⁴⁴ Karen Hardee y colaboradores, “Strengthening the enabling environment for women and girls: what is the evidence in social and structural approaches in the HIV response?”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 17 (2014).

⁴⁵ ONU-Mujeres, *El Progreso de las Mujeres en el Mundo 2015-2016: Transformar las economías para realizar los derechos* (Nueva York, 2015).

⁴⁶ Nancy Folbre, “The care economy in Africa: subsistence production and unpaid care”, *Journal of African Economies*, vol. 23, supp. 1 (2014).

Eliminación del estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH

52. Las mujeres y las niñas, especialmente las que viven con el VIH, experimentan múltiples formas de discriminación en sus familias, comunidades, lugares de trabajo y entornos de atención de la salud. Según el índice de estigma en personas que viven con el VIH⁴⁷, en la región de Asia y el Pacífico, las mujeres que viven con el VIH tienen más probabilidades que los hombres que viven con ese virus de ser objeto de abuso verbal y violencia física por su estado serológico. La estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH a que se enfrentan las mujeres y las niñas, incluidas las mujeres de poblaciones clave, como las trabajadoras sexuales y las mujeres que se inyectan drogas, siguen siendo una de las barreras principales y más citadas para el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el SIDA.

53. Singapur ofreció apoyo social a las personas que viven con el VIH y a sus familiares para reducir el estigma y la discriminación, y alentó una mayor retención en los servicios de atención. El ONUSIDA apoyó un estudio de las violaciones de los derechos jurídicos de las mujeres afectadas por el VIH en los servicios de atención de la salud en Asia, y encabezó un esfuerzo similar en América Latina y el Caribe⁴⁸. El estudio puso de manifiesto la discriminación, la violencia y los abusos de que son víctimas las mujeres que viven con el VIH cuando acuden a los servicios de salud.

Fomento de la participación de los hombres y los niños en la respuesta al VIH

54. La participación de los hombres y los niños es esencial para transformar las normas de género que perpetúan la desigualdad de las mujeres y las niñas en la sociedad y su vulnerabilidad al VIH. Las intervenciones a nivel comunitario en que las mujeres y las niñas, y los hombres y los niños debaten sobre la desigualdad entre los géneros han demostrado ser eficaces para cambiar las normas de género⁴⁹. Malawi, Sierra Leona, el Togo y Uganda informaron sobre medidas para promover la participación de los hombres y los niños en la lucha contra las violaciones de los derechos de las mujeres en el contexto del VIH. En Malawi, los dirigentes tradicionales han firmado una declaración dirigida a elevar la edad mínima para contraer matrimonio y a eliminar el matrimonio infantil. En Uganda, alrededor de 500.000 dirigentes culturales y religiosos reforzaron su capacidad para promover la salud materna y prevenir la violencia por motivos de género y la infección por el VIH. El Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas en Apoyo de las Medidas para Eliminar la Violencia contra la Mujer apoyó a la Coalición de Mujeres que Viven con el VIH y el SIDA en Malawi en sus iniciativas para incorporar a las mujeres, los

⁴⁷ El índice de estigma en personas que viven con el VIH es herramienta utilizada por y para las personas que viven con el VIH, con el fin de reunir pruebas y aumentar la comprensión sobre la forma en que esas personas experimentan el estigma y la discriminación. Puede consultarse en: <http://www.stigmaindex.org>.

⁴⁸ ONUSIDA, “Performance monitoring report highlights”, documento preparado para la 36ª reunión de la Junta de Coordinación del ONUSIDA, Ginebra, 30 de junio a 2 de julio de 2015 (2015).

⁴⁹ Tanya Abramsky y colaboradores, “Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda”, *BioMed Central Medicine*, vol. 12, núm. 122 (31 de julio de 2014).

hombres y los dirigentes tradicionales en los esfuerzos para impugnar las normas comunitarias y culturales que alientan los abusos por motivos de género. En doce distritos, las comunidades se movilizaron para promover leyes más eficaces, incluida la penalización de la violación conyugal⁴³.

IV. Conclusiones y recomendaciones

55. La eliminación del VIH y el SIDA es un imperativo de salud pública que exige una respuesta transformadora. Se han hecho progresos evidentes en la lucha contra el SIDA. El mundo ha alcanzado las metas relacionadas con el SIDA del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio. La epidemia se ha detenido y se ha reducido. En 2000, menos de 700.000 personas recibían medicamentos antirretrovirales; hoy, 15 millones de personas tienen acceso a ese tratamiento, lo que significa que uno de los objetivos de tratamiento más importantes de la historia se ha alcanzado. Según la información facilitada por el ONUSIDA, en los últimos 15 años, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 35%, y, desde 2004, momento en que alcanzaron su punto máximo, las muertes relacionadas con el SIDA han disminuido en un 42%. Muchos países también han registrado avances sólidos en las iniciativas para asegurar una cobertura más amplia del tratamiento antirretroviral para las embarazadas que viven con el VIH y eliminar la transmisión de madre a hijo mediante una mayor integración con los servicios de salud sexual y reproductiva. Los Estados Miembros y las entidades de las Naciones Unidas han registrado importantes avances en la atención de las necesidades de las mujeres y las niñas en el contexto de la respuesta al VIH. Las prioridades en materia de igualdad entre los géneros se tienen mucho más en cuenta en los planes estratégicos nacionales sobre el VIH y las mujeres participan mucho más en la formulación de políticas y la adopción de decisiones.

56. A pesar de los progresos registrados, el número de nuevos casos de infección de niñas adolescentes por el VIH está aumentando. Las adolescentes son el único grupo en que las muertes relacionadas con el SIDA están aumentando, y, en el África Subsahariana, el SIDA es la principal causa de muerte de las adolescentes. Sigue habiendo lagunas en la respuesta al VIH y al SIDA, que amenazan con socavar y echar atrás los logros registrados. La tolerancia cero de la violencia por motivos de género y de la estigmatización y la discriminación, junto con la satisfacción de las necesidades y la promoción de los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva deben integrarse y financiarse plenamente en las políticas y los programas relacionados con el VIH y la salud y en las políticas y los programas de desarrollo más amplios. La adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible proporciona un marco para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres, y una meta que apunta a eliminar la epidemia del SIDA a más tardar en 2030. La nueva estrategia del ONUSIDA para el período 2016-2021, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, hacen hincapié explícitamente en los derechos de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH, y proporcionan importantes directrices para hacer realidad la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Poner fin a la desigualdad entre los géneros y lograr el empoderamiento de

todas las mujeres y las niñas es fundamental para eliminar la epidemia del SIDA a más tardar en 2030.

57. La Comisión quizás desee alentar a los Estados Miembros a:

a) Ajustar los marcos jurídicos y de políticas nacionales a los marcos normativos mundiales sobre la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, revisando las leyes discriminatorias y trabajando para eliminar las normas y los estereotipos de género que perpetúan la situación de desigualdad de las mujeres y las niñas en las sociedades, y agravan el riesgo que corren de infección por el VIH;

b) Fortalecer la integración de los compromisos relativos a la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres en todos los planes nacionales sobre el VIH y la salud, así como en las estrategias de desarrollo, los planes operacionales, los marcos de supervisión y evaluación, y los presupuestos;

c) Aplicar estrategias que promuevan un entorno favorable al empoderamiento social, político y económico de las mujeres, con el fin de reducir el riesgo que corren de contraer el VIH y mitigar los efectos de ese virus;

d) Ampliar los enfoques empíricos para eliminar las vulnerabilidades específicas de las jóvenes y las niñas con miras a reducir su riesgo de infección por el VIH, y prestar apoyo a las jóvenes y las niñas que viven con el VIH;

e) Intensificar los esfuerzos para ampliar la difusión de los conocimientos y la información sobre el VIH, entre otras cosas mediante la educación sexual integral;

f) Fortalecer la integración de los servicios relacionados con el VIH en los servicios más amplios de salud, como los servicios de salud sexual y reproductiva, e incluir las actividades de colaboración en la lucha contra el VIH y la tuberculosis en esos servicios más amplios de salud, así como en los servicios jurídicos para hacer frente a la violencia por razón de género y a las violaciones de los derechos de la mujer, incluidos sus derechos de propiedad y sucesión;

g) Llevar a cabo intervenciones que transformen las normas de género que repercuten negativamente en las mujeres y las niñas, en particular de las poblaciones clave, y que aumentan el riesgo de contraer el VIH;

h) Ampliar el acceso de las mujeres y las niñas en toda su diversidad a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH;

i) Eliminar la estigmatización y la discriminación de las mujeres y las niñas en toda su diversidad, y asegurar que se ponga fin a las violaciones de los derechos humanos, con miras a mejorar el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo;

j) Apoyar el liderazgo de las mujeres que viven con el VIH, entre otras cosas, financiando sus grupos y redes, como participantes activas en los mecanismos de coordinación y adopción de decisiones en relación con las políticas de lucha contra el VIH.

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

a) Hacer un seguimiento de las asignaciones de recursos y de los gastos relacionados con la promoción de la igualdad entre los géneros y la atención a las prioridades y las necesidades de las mujeres y las niñas en el contexto de la respuesta al VIH a nivel institucional, a fin de registrar las inversiones que se realizan en la promoción de la igualdad entre los géneros en el marco de la respuesta al VIH;

b) Apoyar la capacidad nacional para reunir, analizar y utilizar datos desglosados por sexo, edad y grupos de población clave, y mejorar la capacidad para analizar los datos desde una perspectiva de género de manera que las prioridades de las mujeres y las niñas se reflejen fielmente en los programas y las políticas;

c) Promover iniciativas nacionales para ampliar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo que se prestan a las mujeres y las niñas en toda su diversidad;

d) Asignar prioridad a las inversiones destinadas a aumentar la disponibilidad y asequibilidad de métodos de prevención seguros, eficaces y amplios, y el acceso a esos métodos, incluidas tecnologías de prevención del VIH iniciada por la mujer, y promover enfoques que empoderen a las mujeres con conocimientos, aptitudes y facultades para utilizar esas opciones a fin de protegerse de la infección por el VIH;

e) Determinar las barreras relacionadas con el género a que se enfrentan las mujeres y las niñas para acceder al tratamiento, y responder a ellas debidamente, velando por que los esfuerzos que se realicen estén guiados por los principios de derechos humanos de igualdad, no discriminación, confidencialidad y consentimiento informado;

f) Aumentar el apoyo a las redes y organizaciones de mujeres que viven con el VIH, mediante iniciativas de financiación plurianual, desarrollo organizativo, creación de alianzas y movilización de grupos interesados, con el fin de promover su participación y acrecentar su liderazgo como agentes clave en la respuesta al VIH;

g) Asegurar una mayor integración de los servicios relacionados con el VIH con los distintos sectores del desarrollo, como los de la educación, la protección social, el empleo, la seguridad alimentaria, los derechos humanos, la aplicación de la ley y la administración de la justicia, a fin de aprovechar mejor las sinergias y lograr el mayor efecto posible en las mujeres y las niñas.