Naciones Unidas E/CN.6/2018/8

Consejo Económico y Social

Distr. general
20 de diciembre de 2017
Español
Original: inglés

Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer
62º período de sesiones
12 a 23 de marzo de 2018
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": incorporación de la perspectiva de género, situaciones y cuestiones programáticas

La mujer, la niña y el VIH y el SIDA

Informe del Secretario General

Resumen

En el presente informe, preparado de conformidad con lo dispuesto en la resolución 60/2 de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, relativa a la mujer, la niña y el VIH y el SIDA, el Secretario General examina los avances en la aplicación de la resolución y describe las medidas adoptadas por los Estados Miembros y las entidades del sistema de las Naciones Unidas. Si bien se han registrado avances extraordinarios en el número de mujeres que tienen a su disposición terapias antirretrovirales y las utilizan, aún queda camino por recorrer en lo que se refiere al cumplimiento del régimen terapéutico y la permanencia en el tratamiento. Además, el número de nuevas infecciones por el HIV entre las adolescentes y las mujeres jóvenes está aumentando en los entornos de alta prevalencia. Si se quiere poner fin a la epidemia del SIDA para 2030, habrá que aumentar la comprensión y el compromiso con las respuestas transformadoras al VIH y el SIDA basadas en la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas.

* E/CN.6/2018/1.

Se ruega reciclar

I. Introducción

1. En 2016, en su 60º período de sesiones, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer aprobó la resolución 60/2, relativa a la mujer, la niña y el VIH y el SIDA (véase E/2016/27), y solicitó al Secretario General que le presentara un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución en su 62º período de sesiones. El presente informe se basa en las aportaciones de 30 Estados Miembros[1] y ocho entidades del sistema de las Naciones Unidas[2]. También incluye información derivada de la investigación reciente y los últimos datos pertinentes para las cuestiones que se señalan en la resolución.

II. Antecedentes

2. En los dos últimos años, los países han redoblado los esfuerzos encaminados a acabar con el SIDA y han avanzado mucho en la consecución de la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de poner fin al SIDA para 2030 y de las metas de acción acelerada para 2020 establecidas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Con las metas de acción acelerada se persigue que, para 2020: a) el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, el 90% de las personas que conozcan su estado serológico estén en tratamiento y el 90% de las personas que estén en tratamiento logren suprimir la carga viral, para que su sistema inmunitario no se deteriore y evitar así la transmisión del virus; b) el número de adultos que contraigan la infección por el VIH sea inferior a 500.000 por año; y c) se haya eliminado por completo la discriminación contra las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave[3]. En 2016, más de dos tercios de las personas que viven con el VIH en todo el mundo conocían su estado serológico, el 77% de esas personas estaban recibiendo un tratamiento antirretroviral y el 82% de las personas en tratamiento habían logrado suprimir la carga viral[4]. También en 2016, el número de nuevas infecciones disminuyó hasta 1,8 millones y los países adoptaron nuevas medidas para evitar que se discriminara a las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave[5].

---

[1] Alemania, Argentina, Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, España, Federación de Rusia, Jamaica, Japón, Malta, Mónaco, Países Bajos, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Rumania, Sudán, Swazilandia, Togo, Trinidad y Tabago, Turkmenistán, Turquía, Uganda y Zimbabwe.

[2] El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 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.

[3] Según las orientaciones terminológicas de ONUSIDA, constituyen grupos de población clave las personas que se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, las personas transgénero, los presos y los gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

[4] ONUSIDA, “Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets — global AIDS update 2017” (Ginebra, 2017).

[5] *Ibid*.

3. En 2016, de los aproximadamente 34,5 millones de personas que viven con el VIH [entre 28,8 millones y 40,2 millones], el 52% eran mujeres de 15 o más años de edad[6]. Según las estimaciones, ese año contrajeron la infección en torno a 790.000 mujeres de 15 o más años de edad [entre 680.000 y 910.000], lo que representa el 46% del total de nuevas infecciones por el VIH. Se ha registrado un aumento notable de las nuevas infecciones por el VIH entre las adolescentes y las mujeres de 15 a 24 años en los entornos en que la prevalencia es alta. Según las estimaciones de ONUSIDA, en 2016, el porcentaje de nuevas infecciones entre las adolescentes y las mujeres de 15 a 24 años fue un 44% más elevado que entre los hombres del mismo grupo de edad; en África Subsahariana, el número de adolescentes y mujeres de 15 a 24 años que contrajeron la infección duplicó el de los varones de ese grupo de edad. Pese a la mayor disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, las enfermedades relacionadas con el SIDA siguieron siendo la principal causa de muerte entre las mujeres y las niñas en edad de procrear (15 a 49 años) a nivel mundial y la segunda causa principal de muerte entre las jóvenes de 15 a 24 años en África[7].

4. La capacidad de las mujeres para mantenerse sanas se ve amenazada por unas normas sociales basadas en el género que las colocan en desventaja tanto a la hora de prevenir la infección por el VIH como de obtener los servicios conexos. Las normas de género determinan lo que se espera, lo que se permite y lo que se valora en la mujer en un contexto determinado. Las expectativas sobre cómo se deben comportar las mujeres influyen en el grado de acceso de las mujeres y las niñas a la información y los servicios relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva, incluidos los relativos al VIH. Las oportunidades que tienen las mujeres y las niñas en términos de educación, acceso y control de los recursos y toma de decisiones están determinadas socialmente y afectan de manera directa a su capacidad para prevenir la infección por el VIH y mitigar sus efectos. Las normas de género desiguales dan lugar a leyes discriminatorias y prejuicios institucionales que impiden a las mujeres controlar plenamente su vida y su salud. En muchos casos, los hombres tienen poder de decisión sobre múltiples aspectos de la vida de las mujeres y, en consecuencia, desempeñan un papel fundamental para forjar e imponer las normas de género. Ocuparse de esas normas, implicar a los hombres y corregir el sesgo de género en las instituciones y las políticas es esencial para lograr una respuesta transformadora al VIH.

III. Marco normativo

5. En 2015, la Asamblea General aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (resolución 70/1), que incluye poner fin al SIDA para 2030 en la meta 3.3 del Objetivo 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades). En la Agenda 2030, los Estados Miembros también adoptaron el Objetivo 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas). Cada una de las metas del Objetivo 5 es fundamental para la respuesta al VIH y para que las mujeres y las niñas no contraigan el SIDA. La Asamblea

[6] A menos que se indique otra cosa, las conclusiones que figuran en el presente informe se han obtenido de las estimaciones para 2017, que figuran en la base de datos en línea AIDSinfo, disponible en http://aidsinfo.unaids.org/. Las cifras entre corchetes indican el margen de incertidumbre de las estimaciones, que representa el intervalo de confianza en el que, según los cálculos de ONUSIDA, se halla la estimación puntual del valor.

[7] Organización Mundial de la Salud, “Health statistics and information systems: estimates for 2000-2015” (Ginebra, 2017). Se puede consultar en www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en.

fortaleció los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas en materia de VIH en la Reunión de Alto Nivel de 2016 para Poner Fin al SIDA, en la que los Estados Miembros hicieron suya la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030 (resolución 70/266, anexo). En la Declaración, los Estados Miembros subrayaron la necesidad de buscar respuestas transformadoras al SIDA para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. Los Estados Miembros acordaron aplicar planes estratégicos nacionales contra el VIH que tuvieran en cuenta el género, promover el liderazgo de las mujeres y su implicación en la respuesta al VIH, gestionar la interrelación del VIH, la violencia contra las mujeres y las prácticas nocivas, y proteger la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de las mujeres. Los Estados Miembros también se comprometieron a reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en las adolescentes y las mujeres de 15 a 24 años, cada año a menos de 100.000 en el mundo para 2020.

6. Además, en su septuagésimo primer período de sesiones, la Asamblea General aprobó resoluciones que son pertinentes para afrontar las dimensiones de igualdad de género del VIH y el SIDA. En su resolución 71/175, relativa al matrimonio infantil, precoz y forzado, la Asamblea General recomendó que los Estados Miembros eliminaran el matrimonio infantil, precoz y forzado y prestaran apoyo a las niñas y mujeres que hubieran sido sometidas a esa práctica o estuvieran en peligro de ser sometidas a ella. Los Estados Miembros se comprometieron a aumentar la disponibilidad de información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluidos el VIH y el SIDA, que tuvieran en cuenta el género y estuvieran adaptados a las necesidades de los adolescentes. En su resolución 71/170, relativa a la intensificación de los esfuerzos para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, la Asamblea reconoció las relaciones existentes entre la violencia contra las mujeres y el VIH e instó a los Estados Miembros a que promovieran iniciativas encaminadas a asegurar el acceso a los servicios relacionados con el VIH.

7. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer reiteró el papel de la violencia en el aumento del riesgo de infección por el VIH en las mujeres en su recomendación general núm. 35 (2017) sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualizaba la recomendación general núm. 19. En la recomendación, el Comité instó a los Estados Miembros a que desarrollasen la capacidad del poder judicial, los abogados y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en la esfera de la salud sexual y reproductiva, en particular respecto del VIH, a fin de que pudieran actuar para prevenir y combatir la violencia por razón de género contra la mujer. En 2017, en su 26° período de sesiones, la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal aprobó la resolución 26/2, en la que se alentaba a los Estados Miembros a asegurar el acceso a medidas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en los establecimientos penitenciarios (véase E/2017/30).

8. La defensa de los derechos de las mujeres, incluidos los relativos a la salud sexual y reproductiva y los reproductivos, se reconoció en las resoluciones 32/4 y 35/18 del Consejo de Derechos Humanos, relativas a la eliminación de la discriminación contra las mujeres. En la resolución 35/18, el Consejo instó a los Estados Miembros a que “promovieran, protegieran e hicieran efectivo el derecho de todas las mujeres a tener pleno control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad y su salud sexual y reproductiva, sin discriminación, coacción ni violencia“.

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

A. Promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres mediante las respuestas nacionales al VIH

Fortalecimiento de los marcos jurídicos y normativos en pro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres

9. La respuesta al VIH no puede ser transformadora si el entorno jurídico y normativo no protege los derechos de las mujeres. Las leyes deben velar por que las mujeres, especialmente las adolescentes, las jóvenes y las mujeres de grupos de población clave, tengan acceso a información y servicios integrales sobre sexualidad y salud reproductiva, incluidos los relacionados con el VIH, y se protejan sus derechos. En un examen sobre los progresos en la eliminación de los obstáculos jurídicos y normativos al acceso universal a los servicios relacionados con el VIH en Asia y el Pacífico, se observaba que las mujeres afectadas por el VIH siguen estando muy estigmatizadas, continúan sufriendo discriminación y niveles elevados de violencia, en general no denunciada, y tienen un acceso limitado a la justicia[8]. En muchos países se ha eliminado el requisito del consentimiento paterno que limita el acceso a los servicios de salud. Así pues, de los países que presentaron informes al respecto en el marco del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de 2017, el 29% (32 del total de 110) no exigían a los menores de 18 años consentimiento paterno para someterse a las pruebas del VIH, el 44% (48 del total de 109) no lo exigían para el tratamiento del VIH y el 37% (40 del total de 108) no lo exigían para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

10. El matrimonio infantil, precoz y forzado aumenta la vulnerabilidad al VIH de las adolescentes y las mujeres jóvenes, que suelen ver limitado su acceso a la información sobre la prevención y tienen menos capacidad para negociar el uso de preservativos. Los Estados Miembros y las entidades del sistema de las Naciones Unidas han puesto en marcha iniciativas para eliminar el matrimonio infantil, precoz y forzado. Así, en El Salvador, Trinidad y Tabago y Zimbabwe se declaró ilegal recientemente y en la República Dominicana se está actualizando el código civil para fijar la edad mínima para contraer matrimonio en los 18 años. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ayudó al Foro Parlamentario de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo a formular una ley modelo sobre la erradicación del matrimonio infantil. La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) ayudó a que se aprobara en Malawi la Ley de Matrimonio, Divorcio y Relaciones Familiares, con la que se puso fin al matrimonio infantil, precoz y forzado, y, en 2017, se introdujo una enmienda constitucional que elevó la edad mínima para contraer matrimonio a los 18 años.

11. La mutilación genital femenina podría aumentar el riesgo de que las niñas contraigan el VIH por el uso de instrumentos quirúrgicos sin esterilizar[9]. Para prevenir la infección por el VIH, es esencial que se ponga fin a esa práctica nociva mediante la aplicación de leyes y estrategias. Portugal y el Sudán informaron de que

[8] PNUD, ONUSIDA y Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico, “Review of country progress in addressing legal and policy barriers to universal access to HIV services in Asia and the Pacific” (Bangkok, 2016).

[9] OMS, “Complicaciones sanitarias de la mutilación genital femenina”. Se puede consultar en http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health consequences fgm/es/.

estaban ejecutando estrategias y programas nacionales para erradicarla. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ayudó a Eritrea, Mauritania, Nigeria y Uganda a asignar fondos a intervenciones encaminadas a ponerle fin.

Incorporación de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en los planes nacionales sobre el VIH

12. Las medidas con perspectiva de género en el contexto del VIH tienen por objeto transformar las relaciones de género desiguales, promover la participación equitativa en los recursos y en la adopción de decisiones, y velar por que las mujeres tengan voz propia. Lograr que se adopte un enfoque global resulta difícil. Un examen de 18 planes estratégicos nacionales sobre el VIH en África Subsahariana[10] reveló que las metas sobre igualdad de género establecidas en esos planes se centraban generalmente en la prevención de la violencia de género y en el acceso de las mujeres a la planificación familiar. Del total de 18 planes estratégicos, menos de 6 incluían estrategias encaminadas a integrar la salud sexual y reproductiva y los programas de lucha contra el VIH, mejorar los derechos o el acceso de las mujeres y las niñas a los recursos y aumentar el acceso y la asistencia de las adolescentes y mujeres jóvenes a la escuela.

13. Australia, Camboya, China, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, la Federación de Rusia, Portugal, la República Dominicana, Swazilandia, el Togo, Trinidad y Tabago, Turkmenistán, Uganda y Zimbabwe incluyeron a las mujeres y las niñas como grupo prioritario en sus planes nacionales sobre el VIH y tienen programas destinados a reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH. En el plan estratégico nacional (2016-2020) de Camboya se destaca la influencia de la desigualdad de género y la marginación social en la vulnerabilidad al VIH de las poblaciones más expuestas. Algunos países cuentan con políticas o planes nacionales específicos sobre género y VIH. El plan de acción nacional sobre las mujeres, las niñas, la igualdad de género, el VIH y el SIDA de Uganda tiene por objeto fortalecer la capacidad en materia de género en los niveles de planificación, formulación de políticas y ejecución de programas, y coordinar la investigación sobre los efectos de las intervenciones con perspectiva de género en el VIH.

14. Las entidades del sistema de las Naciones Unidas respaldaron con apoyo técnico los esfuerzos de los Estados Miembros por elaborar planes sobre el VIH que tuvieran en cuenta el género. ONU-Mujeres ayudó a Marruecos a incluir en su estrategia nacional sobre el VIH 2017-2021 los aspectos siguientes: interrelación entre violencia y VIH, prevención del VIH, acceso de las mujeres a la información y el tratamiento, y promoción de los derechos de las mujeres que viven con el VIH. En Nigeria, el PNUD ayudó a integrar las perspectivas de género y los derechos humanos como temas transversales en la respuesta nacional contra el VIH.

Fomento del compromiso, el liderazgo y la participación de las mujeres y las niñas

15. La elaboración de medidas con perspectiva de género precisa que los encargados de la formulación de políticas y los directores de los programas apoyen la participación y el liderazgo de las mujeres, que son quienes están en las mejores condiciones para establecer y promover sus necesidades y prioridades. Más del 80% de los Estados Miembros (61 de 76) que presentaron informes al respecto en el marco del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de 2017 señalaron

[10] Jennifer Sherwood y otros, “HIV/AIDS National Strategic Plans of Sub-Saharan African countries: an analysis for gender equality and sex-disaggregated HIV targets”, *Health Policy and Planning*, vol. 32, núm. 10 (2017).

que las mujeres que viven con el VIH participan en la formulación de políticas, directrices y estrategias para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH. Sin embargo, aunque en muchos países las redes de mujeres que viven con el VIH han tomado la iniciativa de hacer frente a las violaciones de los derechos humanos, a menudo con gran riesgo para sí mismas, el apoyo y la financiación que reciben es, en general, insuficiente[11].

16. Costa Rica está desarrollando la capacidad de las organizaciones de mujeres en las esferas de los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva, y el estigma y la discriminación. También se colabora con las organizaciones de mujeres que viven con el VIH para defender sus derechos sexuales y reproductivos y combatir la violencia. En Zimbabwe, las redes de mujeres que viven con el VIH están representadas en el grupo de trabajo técnico nacional sobre género y VIH y SIDA y en el mecanismo de coordinación de país del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. También supervisan actividades y llevan a cabo labores de promoción.

17. ONUSIDA y ONU-Mujeres apoyaron la campaña de promoción #WhatWomenWant organizada por la red ATHENA para que se tuvieran en cuenta las opiniones de las mujeres y las niñas en el debate mundial sobre políticas que se celebró durante la reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA de 2016. El PNUD fortaleció la capacidad de los mecanismos de coordinación de país para respaldar el liderazgo de las mujeres y las niñas que viven con el VIH. ONU-Mujeres ayudó a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA a dar formación a mujeres que viven con el VIH sobre la adaptación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a las realidades locales. En Ucrania, esa formación condujo a la celebración del primer foro del país sobre igualdad de género y VIH/SIDA y a la elaboración de una estrategia, con hitos fundamentales, para que las mujeres y las niñas que viven con el VIH participen en la respuesta nacional al VIH.

Financiación para las mujeres y las niñas en la respuesta al VIH

18. En una evaluación de la financiación pública destinada a sufragar las necesidades y los derechos de las mujeres en el contexto de la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe se puso de manifiesto que los fondos asignados a las mujeres para la lucha contra el VIH se concentraban principalmente en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH[12]. No hay demasiados datos sobre la financiación asignada a otros aspectos específicos de la lucha contra el VIH, como la prevención, el tratamiento y el apoyo a las mujeres. Las inversiones nacionales expresamente destinadas a la esfera de las mujeres y el VIH siguen centrándose en los aspectos del embarazo y la maternidad. La creciente urgencia derivada de las nuevas infecciones por el VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes ha hecho que la financiación aumente, en particular la financiación catalizadora del Fondo Mundial, con la que se apoyan programas integrados de prevención, tratamiento y atención del VIH para adolescentes y mujeres jóvenes en 13 países de África. Es fundamental que esos enfoques de financiación tengan en cuenta todas las necesidades de las mujeres respecto de la prevención y el tratamiento del VIH y el ejercicio de sus derechos humanos, y que los enfoques

[11] Rebecca Matheson y otros, “Realizing the promise of the global plan: engaging communities and promoting the health and human rights of women living with HIV”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 75, suplemento 1 (2017).

[12] ONU-Mujeres, “Diagnóstico rápido: financiamiento público para las necesidades y los derechos de las mujeres en el contexto de la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe” (Ciudad de Panamá, 2017).

actuales centrados en las mujeres embarazadas y las madres se amplíen en consonancia.

19. Tan solo el 54% de los países (37 de 68) que presentaron informes en el marco del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de 2017 cuyas estrategias o políticas en materia de VIH preveían intervenciones para transformar las relaciones de género tenían un presupuesto destinado a ejecutar esas intervenciones. Gracias a la labor de promoción de ONU-Mujeres, las autoridades nacionales de coordinación de la lucha contra el SIDA de Camboya, Papua Nueva Guinea y Rwanda aumentaron el presupuesto para llevar a cabo un análisis de género de sus respuestas al VIH y determinar la financiación de las intervenciones con perspectiva de género. El PNUD ayudó a siete países africanos a concretar y presupuestar las intervenciones de manera que en todas las solicitudes de financiación dirigidas al Fondo Mundial se tuvieran en cuenta los derechos humanos y los obstáculos relacionados con el género.

Medición de las desigualdades de género en las respuestas al VIH

20. Para poder preparar una respuesta al VIH que tenga en cuenta las cuestiones de género es indispensable disponer de datos sobre el VIH desglosados por sexo y edad. Sin embargo, un examen de los planes estratégicos nacionales sobre el VIH de 18 países[13] reveló que solo el 31% de las metas se habían desglosado por sexo. Los datos eran particularmente limitados en lo que se refiere a la cobertura de la terapia antirretroviral y la permanencia en el tratamiento. Tampoco había datos suficientes sobre el acceso a la terapia antirretroviral de determinados grupos de mujeres, como las adolescentes, las jóvenes, las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero. La documentación sobre la experiencia de las mujeres como pacientes también presentaba lagunas, en particular en lo que respecta a la confidencialidad, la comprensión del tratamiento, las faltas de respeto y los abusos. Para fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación en los países es preciso establecer indicadores bien definidos que exijan un desglose por sexo en los casos pertinentes y capacidad para llevar a cabo sistemáticamente análisis de género.

21. La Argentina fue el único de los países que presentaron informes en proporcionar datos desglosados por sexo y edad para exponer el diagnóstico y el tratamiento del VIH en las mujeres jóvenes. Existen instrumentos que permiten hacer un seguimiento sistemático de los datos para determinar las deficiencias, como el sistema de indicadores con perspectiva de género elaborado por Uganda. Los Países Bajos finalizaron su primer inventario de las necesidades de las mujeres que viven con el VIH, cuyos resultados indicaron, entre otras cosas, que las mujeres eran menos optimistas que los hombres respecto de su salud física y que se veían estigmatizadas con mayor frecuencia que ellos[14].

22. En 2017 se actualizaron la herramienta en línea para la presentación de informes de Vigilancia Mundial del SIDA y el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA con objeto de aumentar el volumen de datos disponibles sobre género, derechos de las mujeres e igualdad de género. A fin de que en los marcos nacionales se aplicasen las directrices mundiales, ONU-Mujeres, el PNUD y el UNFPA ayudaron a Kazajstán, Tayikistán y Uganda a incluir

[13] Sherwood y otros, “HIV/AIDS National Strategic Plans”.

[14] Reina Foppen, Luca Koppen y Fred Verdult, “Positive voices: tell me your story and I’ll be your voice”. Resumen de la investigación sobre la calidad de vida (Dutch Association of People Living with HIV, 2015). Se puede consultar en https://issuu.com/hivverenigingnederland/docs/samenvattingpositiefgeluid-e-4web.

indicadores con perspectiva de género en sus marcos de vigilancia. En Myanmar, el PNUD y los asociados gubernamentales llevaron a cabo una investigación sobre los efectos socioeconómicos del VIH que reveló que el riesgo de pasar hambre era casi diez veces más alto en los hogares afectados por el VIH donde el cabeza de familia era una mujer.

B. Mejora del acceso de las mujeres y las niñas a servicios de tratamiento, atención y apoyo de calidad relacionados con el VIH

Garantizar el acceso y la adhesión a un tratamiento de calidad

23. Según las estimaciones de ONUSIDA, al 30 junio de 2017, habían recibido terapia antirretroviral 20,9 millones de personas. La cobertura del tratamiento entre las mujeres de 15 o más años de edad se había duplicado sobradamente desde 2010 y era más elevada entre las mujeres (60%) que entre los hombres de ese mismo grupo de edad (47%). Se han registrado progresos extraordinarios en el acceso de las mujeres al tratamiento contra el VIH. Entre 2010 y 2016, el porcentaje de mujeres de 15 o más años infectadas por el VIH que recibían terapia antirretroviral pasó del 24% al 60% y todo apunta a que esos progresos se acelerarán aún más gracias al acuerdo de precios alcanzado en 2017, que aumentará la disponibilidad del primer tratamiento genérico del VIH asequible, compuesto por una única pastilla [15]. Los miembros de la Organización Mundial del Comercio pueden aprovechar plenamente la flexibilidad que se establece en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio para aumentar la investigación y el desarrollo de tecnologías de la salud asequibles[16].

24. En general, se someten a las pruebas de detección más mujeres que hombres[17], lo que contribuye a que los niveles de tratamiento sean más altos en el caso de las mujeres. El autoanálisis del VIH, el asesoramiento a los infectados para que informen a sus parejas sexuales, las unidades móviles para la realización de las pruebas y los servicios comunitarios de orientación y realización de pruebas del VIH pueden ser instrumentos adicionales que favorezcan la detección, pero conviene vigilar cómo varía su efecto entre hombres y mujeres. En Zimbabwe, el porcentaje de mujeres que se hicieron el autoanálisis del VIH e iniciaron el tratamiento a raíz de los resultados fue del 50%, mientras que en el caso de los hombres ascendió al 80%[18].

25. La integración de las pruebas y el tratamiento del VIH en los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva se está convirtiendo en una estrategia

---

[15] ONUSIDA, “Sudáfrica, Kenya y más de 90 países de ingresos medianos bajos tendrán acceso a una nueva terapia antirretrovírica de gran calidad a un precio reducido”. Se puede consultar en http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/september/20170921_TLD.

[16] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, “Informe del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a los Medicamentos: promover la innovación y el acceso a las tecnologías de la salud” (2016).

[17] OMS, "La OMS publica nuevas directrices sobre el autoanálisis del VIH con motivo del Día Mundial del Sida", 29 de noviembre de 2016. Puede consultarse en http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/world-aids-day/es/.

[18] Véase Population Services International, “HIV self-testing Africa: STAR initiative”. Se puede consultar en http://psiimpact.com/star-hiv-self-testing-africa.

destacada en la respuesta al VIH. Entre los países que presentaron informes en el marco del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de 2017, el 93% había integrado las pruebas del VIH y el asesoramiento sobre la infección en los servicios de salud sexual y reproductiva, y el 77% había hecho lo propio con el tratamiento y la atención del VIH[19].

26. Según las estimaciones de ONUSIDA, más de cuatro de cada cinco personas en tratamiento había logrado suprimir la carga viral en 2016, lo que demuestra que los niveles de permanencia en el tratamiento son altos. No obstante, las probabilidades de abandono del tratamiento son mayores en determinados grupos de población. Los estudios sugieren que la permanencia en el tratamiento es menor entre los jóvenes y las mujeres de los grupos de población clave por el miedo al estigma y la discriminación y a que se haga pública su situación, así como por los viajes y los tiempos de espera en los dispensarios[20]. La actual falta de datos suficientemente desglosados por edad y sexo, así como de datos sobre los resultados de la secuencia de atención al VIH entre los grupos de población clave, hace difícil saber qué niñas, mujeres, hombres y niños tienen acceso al tratamiento y quiénes se están quedando atrás.

27. Un estudio encargado por ONU-Mujeres[21] puso de manifiesto los obstáculos relacionados con el género a que se enfrentan las mujeres para acceder al tratamiento y cumplir la pauta terapéutica prescrita durante toda su vida, como la violencia y el miedo a la violencia, el estigma y la discriminación, el bajo nivel de conocimientos sobre el tratamiento, las responsabilidades relativas al cuidado y la falta de control sobre los recursos[21]. Las entidades del sistema de las Naciones Unidas han elaborado instrumentos para hacer frente a la discriminación en el sector de la salud (véanse los párrs. 42 a 44) y para mejorar la atención que se presta a los adolescentes y jóvenes[22] y a los grupos de población clave[23]. Con todo, hay que seguir trabajando para fortalecer los servicios de prueba y tratamiento del VIH orientados a las mujeres, y apoyar la adhesión al tratamiento. También se puede fortalecer el acceso al tratamiento de determinados grupos de población. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito estableció servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH en cárceles de mujeres en el Pakistán,

[19] Los porcentajes reflejan la información aportada por 109 países de un total de 117 sobre la integración de los servicios de prueba y asesoramiento relacionados con el VIH con los de salud sexual y reproductiva, por 88 países de un total de 115 sobre la integración de los servicios de tratamiento del VIH con los de salud sexual y reproductiva, por 59 países de un total de 107 sobre la integración de los servicios de prueba y asesoramiento relacionados con el VIH con los relativos al cáncer cervicouterino, y por 52 países de un total de 107 sobre la integración de los servicios de diagnóstico del cáncer cervicouterino con los relativos al VIH.

[20] Véase, por ejemplo, Maya Petersen y otros, “Association of implementation of a universal testing and treatment intervention with HIV diagnosis, receipt of antiretroviral therapy, and viral suppression in East Africa”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 317, núm. 21 (2017).

[21] AIDS Vaccine Advocacy Coalition y otros, *Key Barriers to Women’s Access to HIV Treatment: A Global Review* (2017) http://genderandaids.unwomen.org/-/media/files/un%20women/geha/resources/key%20barriers%20to%20womens%20access%20to%20hiv%20treatment%20-%20final.pdf?vs=1519.

[22] ONUSIDA, “Ending the AIDS epidemic for adolescents, with adolescents: a practical guide to meaningfully engage adolescents in the AIDS response” (Ginebra, 2016) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “Guidance Document: Strengthening the Adolescent Component of National HIV Programmes through Country Assessments: adolescent assessment and decision-makers’ tool” (Nueva York, 2015).

[23] PNUD, “Implementación integral de programas de VIH e ITS con personas transgénero: guía práctica para las intervenciones de colaboración” (Nueva York, 2016).

como derivar a las pacientes para que se les proporcionara terapia antirretroviral y gestionar la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.

Servicios de atención y apoyo relacionados con el VIH para las mujeres y las niñas que viven con el VIH

28. La prestación de servicios integrales a las mujeres y las niñas que viven con el VIH implica proporcionarles transporte, vivienda, cuidado de los niños, servicios de salud mental, servicios de empleo, asistencia letrada y cupones para alimentos. Por lo general, los programas se centran en eliminar la transmisión maternoinfantil y suelen incluir un sistema de derivación de pacientes. Sin embargo, las mujeres que no acuden a los servicios de salud materna pueden no tener acceso a un sistema de derivación de ese tipo[24]. Los encargados de elaborar los programas y de dirigirlos deben lograr que las mujeres que viven con el VIH participen en las actividades de planificación y seguimiento, a fin de que los programas de atención y apoyo en la esfera del VIH no solo atiendan a las necesidades de las mujeres, sino que contribuyan también a transformar las normas de género.

29. Estados Miembros como la Argentina, Camboya, China, Costa Rica, los Países Bajos, Portugal, el Sudán, el Togo, Trinidad y Tabago y Uganda han hecho grandes esfuerzos para atender a las necesidades de las mujeres y las niñas que viven con el VIH. Uganda creó grupos de apoyo a la familia en los establecimientos sanitarios para que prestasen apoyo médico y psicosocial a las madres seropositivas. En una evaluación se constató que las probabilidades de que los pacientes siguieran acudiendo a recibir tratamiento durante al menos 24 meses eran mayores entre los miembros de esos grupos que entre quienes no se integraban en ellos. En Trinidad y Tabago, el programa “Positive Connections” ayuda a los adolescentes que viven con el VIH, incluidas las niñas, a comprender el diagnóstico, participar en la gestión de la atención y el tratamiento que reciben y establecer estrategias para llevar una vida positiva.

30. En la República Unida de Tanzanía, ONU-Mujeres impartió formación empresarial práctica a 3.000 mujeres de zonas rurales que vivían con el VIH o afectadas por el virus, lo que les permitió poner en marcha sus propias pequeñas empresas, acceder a asistencia jurídica y servicios relacionados con el VIH y tener más control sobre la adopción de decisiones en el hogar y en la comunidad. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) creó en Etiopía grupos de apoyo a las madres para alentar a las mujeres a no abandonar la terapia antirretroviral.

C. Acceso universal a los servicios de prevención del VIH

31. Entre 2010 y 2016, el número de nuevas infecciones por el VIH solo se redujo un 16%, lo que pone en peligro la consecución de las metas de acción acelerada de reducir para el año 2020 las nuevas infecciones por el VIH a menos de 500.000 por año en total y a menos de 100.000 en el caso de las adolescentes y las mujeres jóvenes. Los progresos se han visto limitados por los problemas para poner en marcha servicios de prevención clave, como los relacionados con el suministro y el uso de preservativos, la circuncisión médica voluntaria de los varones, la reducción del daño y la profilaxis previa a la exposición, y para que esos servicios se

[24] Laura K. Beres y otros, “Non-specialist psychosocial support interventions for women living with HIV: a systematic review”, *AIDS Care, Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, vol. 29, núm. 9 (2017).

complementen con intervenciones encaminadas a combatir la desigualdad de género y la violencia contra las mujeres. Los comportamientos y actitudes relacionados con la masculinidad, en particular los que promueven y perpetúan el dominio masculino y el control sobre las mujeres y la violencia contra ellas, afectan a la capacidad tanto de los hombres como de las mujeres para prevenir la infección por el VIH. Se está avanzando en el desarrollo de microbicidas, un prometedor método de prevención del VIH que pueden controlar las propias mujeres: los resultados de una investigación realizada en 2016 indicaron que el anillo vaginal mensual había reducido las infecciones en torno a un 30%[25]. A fin de impulsar las medidas de prevención, ONUSIDA y el UNFPA convocaron conjuntamente en 2016 una coalición global para la prevención del VIH a fin de defender los enfoques establecidos en la hoja de ruta de prevención del VIH para 2020, en que se subraya la necesidad de habilitar a las adolescentes, las mujeres jóvenes y los grupos de población clave expuestos, en particular mediante programas combinados de prevención[26].

32. Los Estados Miembros señalaron, en la mayoría de los casos, que llevaban a cabo intervenciones en la esfera del comportamiento. En Uganda, siete organizaciones confesionales, encuadradas en el Consejo Interreligioso de Uganda, elaboraron planes de acción sobre salud sexual y reproductiva, VIH y violencia por razón de género. Unos 700 dirigentes religiosos y culturales recibieron orientación en materia de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y de los adolescentes, VIH y violencia por razón de género. Muchos Estados Miembros también ampliaron sus programas de preservativos e introdujeron la profilaxis previa a la exposición, aumentando con ello las opciones de las mujeres para prevenir el VIH. Las intervenciones lideradas por pares también pueden empoderar a los miembros de las comunidades y reducir el estigma y la discriminación. En Brunei Darussalam, El Salvador, Jamaica, Malta, los Países Bajos, el Sudán, Turkmenistán y Zimbabwe se prestó apoyo a programas de educación por pares dirigidos a los grupos de población prioritarios.

33. En Camboya, el UNFPA prestó asistencia para influir en las normas de género relacionadas con el VIH, la igualdad de género y las relaciones saludables a través del programa de televisión y radio *Love9*. Según una encuesta, el 92% de los seguidores del programa opinaban que los había ayudado a comprender que los preservativos prevenían las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y velar por la vida y la salud de las madres

34. Según estimaciones de ONUSIDA, la ampliación y la mejora de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil han reducido un 54% el porcentaje anual de nuevas infecciones por el VIH entre los menores de 15 años desde el año 2000. La aplicación del Plan Mundial para Eliminar las Nuevas Infecciones por VIH

[25] International Partnership for Microbicides, “Dapivirine ring: phase III results”. Se puede consultar en http://www.ipmglobal.org/our-work/our-products/dapivirine-ring/phase-iii-results.

[26] ONUSIDA, “HIV prevention 2020 road map: accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%” (Geneva, 2017). Los programas combinados de prevención del VIH ofrecen conjuntos de servicios definidos que incluyen componentes biomédicos, estructurales y de comportamiento adaptados a los grupos de población prioritarios en sus contextos locales específicos. Los enfoques estructurales, como las intervenciones sociales y culturales y las estrategias políticas, jurídicas y económicas, se examinan en la sección E, relativa a la eliminación de las causas profundas.

en Niños para el 2015 y para Mantener con Vida a sus Madres: 2011-2015 contribuyó a aumentar la cobertura de las pruebas del VIH entre las mujeres embarazadas y la utilización de tratamientos antirretrovirales mejorados, en particular de la Opción B+[27]. Para acelerar los progresos, ONUSIDA y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para Luchar contra el SIDA pusieron en marcha el marco Start Free, Stay Free, AIDS Free en 2016, en la Reunión de Alto Nivel para Poner Fin al SIDA. Ese mismo año, Botswana, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Uganda alcanzaron la meta del marco Start Free, Stay Free, AIDS Free de diagnosticar y proporcionar tratamiento antirretroviral de por vida al menos al 95% de las mujeres embarazadas y las madres lactantes que viven con el VIH[28]. También en 2016, Armenia, Belarús, Cuba y Tailandia recibieron el certificado de la Organización Mundial de la Salud que los acreditaba como países en que se había eliminado la transmisión maternoinfantil del VIH. Entre los problemas cabe destacar el apoyo al cumplimiento del régimen terapéutico del VIH entre las mujeres jóvenes y la prestación de una atención orientada a las mujeres que reconozca y satisfaga de manera integral sus necesidades. En el Japón se elaboró un manual dirigido a los profesionales sanitarios para apoyar la eliminación de la transmisión maternoinfantil. Es importante que en los programas relacionados con el VIH se apoyen las prioridades de las mujeres más allá de su condición de madres o embarazadas y se aumente la cobertura de la terapia antirretroviral entre todas ellas.

35. El UNFPA mejoró la calidad de los servicios integrados de salud materna y VIH aumentando el número de pruebas prenatales de detección del VIH y la atención obstétrica de las mujeres que viven con el VIH mediante programas de obstetricia en 64 países. El Programa Mundial de Alimentos prestó apoyo técnico a los programas nacionales de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH para que las mujeres embarazadas que viven con el VIH también tengan acceso a apoyo alimentario y nutricional.

D. Reducción de la elevada vulnerabilidad de las adolescentes y las mujeres jóvenes

36. Las adolescentes y las mujeres jóvenes acusan la influencia de su corta edad y de unas normas de género que las colocan en desventaja tanto a la hora de prevenir el VIH como de conseguir acceso a la atención. Existen diferencias notables entre las distintas categorías de edad del grupo de población que conforman las adolescentes y las mujeres jóvenes (10 a 14 años, 15 a 19 años y 20 a 24 años), pero la escasez de datos, en particular en la categoría de 10 a 14 años, limita la posibilidad de análisis. En términos generales, los datos apuntan a que el acceso al tratamiento y la adhesión al mismo es menor entre las adolescentes de 10 a 19 años que entre las personas de mayor edad[29]. Según los datos de un estudio sobre los conocimientos acerca del VIH, solo el 30% de las mujeres de 15 a 24 años en 35 países de África Subsahariana y el 13,6% de las mujeres del mismo grupo de edad en 23 países fuera de esa región tenían conocimientos adecuados y completos sobre

[27] La opción B+, recomendada por la OMS en 2015, consiste en iniciar la misma triple terapia con antirretrovirales en todas las embarazadas infectadas por el VIH en el dispensario de atención prenatal y continuar con el tratamiento de por vida.

[28] ONUSIDA, “Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets”.

[29] ONUSIDA, “Ending the AIDS epidemic for adolescents, with adolescents”.

el VIH[30]. Si aumentara el volumen de datos disponibles sobre la secuencia de atención al VIH, desglosados por sexo y edad, se podrían evaluar mejor los riesgos comparativos que afrontan las adolescentes y las mujeres jóvenes. De los 114 países que presentaron informes en el marco del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de 2017, 70 (61%) señalaron que sus planes nacionales de lucha contra el VIH incluían actividades expresamente dirigidas a las necesidades de las adolescentes y las mujeres jóvenes.

37. Varios Estados Miembros indicaron que utilizaban estrategias biomédicas y de comportamiento para llegar a las adolescentes y las mujeres jóvenes (véanse los párrs. 39 a 41, en los que se ofrece información general sobre las intervenciones de carácter estructural, incluidos los programas de protección social). La Argentina y Malta utilizaban los medios sociales, mientras que El Salvador, Jamaica, Malta, Turkmenistán y Zimbabwe empleaban programas de educación por pares para facilitar a las adolescentes y las mujeres jóvenes información sobre el VIH. En Zimbabwe el programa de mentoría Sista2Sista, que tiene por objeto empoderar a las niñas para que conozcan sus derechos y los defiendan por sí mismas, proporcionó a través de sus clubes actividades de apoyo por pares de las que se beneficiaron 9.882 niñas vulnerables de 20 distritos de alto riesgo en 2016. La educación sexual integral puede contribuir a que se adopten comportamientos sexuales más seguros y a reducir la transmisión del VIH. En el marco del Compromiso Ministerial sobre la educación sexual integral y los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes en África Oriental y Meridional, 15 países impartieron educación sexual integral en más del 40% de las escuelas de enseñanza primaria y secundaria. Esos países ofrecieron el paquete mínimo normalizado de servicios de salud sexual y reproductiva aptos para adolescentes y jóvenes[31]. En Brunei Darussalam, Camboya, Rumania y Turquía, las actividades en las escuelas se centraron en la prevención del VIH, mientras que en Alemania, El Salvador, España, Liberia, Malta, Mónaco, el Paraguay, Uganda y Zimbabwe se abordaron cuestiones más amplias, como la preparación para la vida y la educación en materia de sexualidad.

38. Lograr que las adolescentes y las mujeres jóvenes asuman funciones de liderazgo puede ayudarlas a protegerse del contagio del VIH. En Kenya, Malawi y Uganda, el programa “Engagement + Empowerment = Equality”, que cuenta con el apoyo de ONU-Mujeres, animó a más de 1.000 adolescentes y mujeres jóvenes a implicarse en la respuesta nacional, regional y mundial al VIH. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Asociación Cristiana Femenina Mundial, sobre la base de un modelo de “Espacios Seguros”[32], promovieron el diálogo entre los dirigentes religiosos y comunitarios y las mujeres jóvenes en torno a cuestiones como el VIH y el SIDA, la educación sexual integral, el matrimonio infantil, precoz y forzado, y la violencia por razón de género.

---

[30] ONUSIDA, “Start Free, Stay Free, AIDS Free: un marco de acción súper acelerada para poner fin al SIDA en niños, adolescentes y mujeres jóvenes para 2020” (Ginebra, 2016).

[31] El paquete de servicios de salud sexual y reproductiva adaptado a los jóvenes que se ofrece en toda la región incluye reconocimientos médicos generales; orientación y asesoramiento sobre la pubertad, la salud sexual y reproductiva y la sexualidad; métodos anticonceptivos; prueba del embarazo y asesoramiento al respecto; educación, asesoramiento, pruebas y tratamiento en relación con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; circuncisión médica de los varones; diagnóstico del cáncer cervicouterino; e inmunizaciones. UNESCO, UNFPA y ONUSIDA, “Fulfilling our promise to young people today: 2013–2015 progress review” (París, Nueva York y Ginebra, 2016).

[32] Asociación Cristiana Femenina Mundial, “Safe Spaces training guide”, (Ginebra, 2014).

E. Atención a las normas de género subyacentes que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas

Promover la educación de las niñas y el empoderamiento económico de las mujeres

39. La educación de las mujeres y las niñas repercute positivamente en su salud y reduce el riesgo de que contraigan el VIH[33]. Se ha alentado a las familias a mantener a sus hijos en la escuela con políticas como la escolarización gratuita y medidas de protección social como las transferencias en efectivo, las subvenciones orientadas a los niños, las iniciativas de alimentación escolar, el apoyo a los maestros y la supervisión paterna. Los estudios han demostrado que los programas de protección social posibilitan que las niñas sigan acudiendo a la escuela, contribuyen a que disfruten de una salud sexual más segura y tienen efectos positivos en los resultados relativos al VIH[34].

40. Diversos Estados Miembros informaron de que habían establecido programas multisectoriales para fomentar los resultados en materia de salud y el empoderamiento socioeconómico de las mujeres y las niñas. Entre ellos cabe citar la Iniciativa DREAMS (mujeres decididas, resilientes, empoderadas, libres de SIDA, asesoradas y seguras)[35] mencionada en las respuestas de Swazilandia, Uganda y Zimbabwe, que tiene por objeto reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes en diez países subsaharianos. Las intervenciones que realizan las 55 organizaciones asociadas fortalecen la capacidad de prestación de servicios, mantienen a las niñas en la escuela, vinculan a los hombres con los servicios, fomentan la profilaxis previa a la exposición y promueven el empleo de las mujeres jóvenes al finalizar los estudios secundarios. Entre 2015 y septiembre de 2017, el porcentaje de nuevas infecciones diagnosticadas entre las adolescentes y las mujeres de 15 a 24 años disminuyó más de un 25% en el 65% de los distritos con las tasas más altas de VIH en que se ejecutaron intervenciones de la Iniciativa DREAMS; en 14 de esos distritos, la disminución fue superior al 40%[36].

41. En Malawi, la República Unida de Tanzanía y Sudáfrica, el PNUD, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Banco Mundial ayudaron a sufragar los programas de transferencias en efectivo dirigidos a las adolescentes y las mujeres jóvenes, a fin de prevenir el VIH. Gracias a un programa de empoderamiento económico financiado por la Organización Internacional del Trabajo y ONUSIDA en seis países de África, el porcentaje de mujeres que redujeron el número de sus parejas sexuales aumentó del 56% en 2011 al 74% en 2015, y el de mujeres que

[33] ONUSIDA, “Acción acelerada para acabar con el SIDA: Estrategia ONUSIDA 2016-2021” (Ginebra, 2015).

[34] Benjamin Davis y otros (eds.), *From Evidence to Action: The Story of Cash Transfers and Impact Evaluation in Sub-Saharan Africa* (Oxford, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, UNICEF y Oxford University Press, 2016).

[35] DREAMS es una iniciativa dotada con 385 millones de dólares procedentes de alianzas público-privadas para reducir los nuevos casos de infección por el VIH entre las adolescentes y las jóvenes de 10 países de África Subsahariana, que cuenta con el apoyo del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para Luchar contra el SIDA (PEPFAR), la Fundación Bill y Melinda Gates, Girl Effect, Johnson & Johnson, Gilead Sciences y ViiV Healthcare.

[36] PEPFAR, “Fact sheet: 2017 PEPFAR latest global results”, noviembre de 2017. Se puede consultar en www.pepfar.gov/documents/organization/276321.pdf.

adoptaron estrategias de reducción del riesgo de contraer el VIH pasó del 31% en 2011 al 81% en 2015.

Eliminar el estigma y la discriminación de las mujeres y las niñas que viven con el VIH

42. Una de las metas de acción acelerada es reducir a cero la discriminación, considerada clave para poner fin al SIDA para 2030. Sin embargo, el estigma asociado con el VIH sigue disuadiendo a muchas mujeres y niñas de someterse a las pruebas del VIH, recurrir a los servicios de atención de la salud cuando dan positivo o seguir el tratamiento prescrito. Las mujeres y las niñas también se enfrentan al estigma y la discriminación en la educación y en el entorno laboral. Para vigilar los progresos, es preciso obtener mediciones sistemáticas del estigma, lo cual constituye un problema.

43. Swazilandia ha elaborado una estrategia nacional aparte para combatir el estigma y la discriminación, y otros países han incluido estrategias para reducir el estigma en sus planes nacionales de lucha contra el VIH. La Argentina estableció un teléfono de asistencia gratuita para hacer consultas y denuncias sobre el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH. En Costa Rica y el Ecuador se imparte a los profesionales de la salud capacitación al respecto. A fin de medir los progresos, Australia está preparando un indicador específico que se integrará en los procesos de vigilancia y seguimiento habituales. En Zimbabwe, diversas organizaciones utilizaron los resultados del Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH para promover la mejora de los derechos de esas personas[37]. La vigilancia sistemática ayudará a determinar las intervenciones que puedan combatir el estigma con más eficacia y proporcionar datos sobre los progresos en la meta de reducir la discriminación a cero.

44. Doce entidades del sistema de las Naciones Unidas firmaron una declaración conjunta para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud con miras a fomentar una asistencia sanitaria que atienda a las necesidades de las mujeres que viven con el VIH. El PNUD ayudó a diez países africanos a fortalecer sus programas de derechos humanos relacionados con el VIH eliminando barreras jurídicas y prestando apoyo en los ámbitos de la defensa, la litigación estratégica y el desarrollo de la capacidad de los profesionales del derecho.

Poner fin a la doble epidemia de la violencia por razón de género y el VIH

45. La violencia por razón de género constituye un quebrantamiento fundamental de los derechos humanos de las mujeres que adopta múltiples formas, como las violaciones y la violencia sexual, las prácticas nocivas y la esterilización forzada. La violencia por razón de género y el miedo a la violencia aumentan el riesgo de que las mujeres contraigan la infección por el VIH. Las mujeres que sufren o temen sufrir violencia a manos de su pareja tienen un 50% más de probabilidades de contraer el VIH[38] y obtener resultados poco alentadores cuando reciben tratamiento antirretroviral[39]. En 2016, de los Estados Miembros que presentaron informes en el

[37] ONUSIDA y otros, “Índice de estigma en personas que viven con VIH”. Se puede consultar en www.stigmaindex.org.

[38] Lori Heise y Elizabeth McGrory, “Greentree II: violence against women and girls, and HIV report on a high-level consultation on the evidence and implications” (Londres, STRIVE Research Consortium, 2016).

[39] Sarah T. Roberts y otros, “Intimate partner violence and adherence to HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) in African women in HIV serodiscordant relationships: a prospective cohort study”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 73, núm. 3 (2016).

marco del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de 2017, el 83% (89 de 117) disponían de legislación contra la violencia doméstica y el 50% (52 de 105) había implantado protocolos de detección y mitigación de la violencia en los servicios relacionados con el VIH de la totalidad o de parte de sus establecimientos sanitarios. La violencia es especialmente frecuente en la vida de las mujeres que trabajan en la industria del sexo[40] y de las mujeres y las niñas que se encuentran en zonas de conflicto. Las estimaciones varían, pero los datos sugieren que, cada año, entre el 32% y el 55% de las trabajadoras sexuales sufren violencia física o sexual en el marco de su actividad laboral[41]. Según las conclusiones del estudio mundial sobre la aplicación de la resolución 1325 (2000) del Consejo de Seguridad, las mujeres y las niñas que se encuentran en zonas de conflicto tienen menos acceso a la información sobre el VIH, menos recursos para adoptar medidas preventivas y grandes dificultades para negociar sobre la seguridad de las relaciones sexuales[42].

46. Para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas se precisan medidas concertadas a todos los niveles que incluyan desde directrices nacionales hasta la movilización de las comunidades[43]. Camboya señaló que había elaborado nuevas directrices sobre la remisión de pacientes y el sector de la salud para las mujeres y las niñas víctimas de la violencia, y una carpeta de material sobre la programación de actividades con perspectiva de género en el ámbito del VIH destinada a los Comités Municipales para las Mujeres y los Niños. En El Salvador, cada municipio elaboró su propio plan de prevención de la violencia contra las mujeres.

47. ONU-Mujeres, el PNUD, la OMS y el UNFPA apoyaron la elaboración y ejecución de planes de acción nacionales sobre la violencia de género en la Argentina, el Paraguay, el Perú y Viet Nam. En este último país, gracias a ello se aprobó un marco operacional para ejecutar el plan de acción nacional sobre la igualdad de género 2016-2020, que incluye medidas para prevenir la violencia sexual y prestar servicios integrados de violencia por razón de género y VIH. En su plan nacional contra la violencia de género 2016-2021, el Perú reconoció la violencia contra las mujeres que viven con el VIH. El UNFPA y el PNUD ayudaron a los países a integrar las intervenciones relacionadas con la violencia de género en las notas conceptuales con que se solicitan subvenciones al Fondo Mundial, y el ACNUR, por su parte, abogó por que en esas notas se incluyeran los problemas de igualdad de género que afrontan las mujeres afectadas por situaciones de emergencia humanitaria y de conflicto.

Implicar a los hombres y los niños en la promoción de la igualdad de género en el contexto del VIH y el SIDA

48. Para que la respuesta al VIH tenga en cuenta el género y sea transformadora, es indispensable que los hombres y los niños se impliquen y presten su apoyo. Las expectativas sociales respecto del comportamiento que es aceptable en los hombres

[40] La información de los párrafos 45 a 47 se basa en el trabajo de ONUSIDA sobre las vidas de trabajadoras sexuales.

[41] Kathleen N. Deering y otros, “A systematic review of the correlates of violence against sex workers”, *American Journal of Public Health*, vol. 104, núm. 5 (2014).

[42] ONU-Mujeres, *Prevenir los conflictos, transformar la justicia, garantizar la paz: estudio mundial sobre la aplicación de la resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas* (Nueva York, 2015).

[43] La meta 5.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible consiste en eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

pueden alentarlos a asumir riesgos que pueden ir en detrimento de su salud o impedir que acudan a tiempo a los servicios de prueba, asesoramiento, tratamiento y atención relacionados con el VIH, poniéndose a sí mismos y a sus parejas en riesgo. Reducir el número de nuevas infecciones por el VIH aplicando un enfoque que tenga en cuenta el género exige que los hombres comprendan los riesgos del VIH, se protejan a sí mismos y a sus parejas y valoren las relaciones equilibradas, responsables y respetuosas. Los hombres que apoyan la igualdad entre los géneros tienen menos tendencia a asumir riesgos y mostrar un comportamiento sexual agresivo contra las mujeres y las niñas, y son valiosos aliados para poner en práctica una respuesta al VIH transformadora.

49. Los Estados Miembros adoptaron medidas para aumentar entre los hombres el apoyo a la igualdad de género y el rechazo de las normas de género que fomentan los comportamientos de riesgo. En Uganda, el *kabaka* (rey y dirigente tradicional) del Reino de Buganda actúa como embajador por la implicación de los varones en la lucha contra el SIDA, con el objetivo de lograr que 1 millón de hombres se sometan a la prueba del VIH, accedan a los servicios conexos y reciban tratamiento. Los hombres que participaron en la campaña sudafricana “One man can” señalaron que tenían mayor capacidad de superar las barreras relacionadas con la masculinidad para obtener servicios relacionados con el VIH. También se sentían más capaces de expresar vulnerabilidad y hablar abiertamente del VIH con otras personas y más dispuestos a hacerse la prueba del VIH y recibir servicios. Alrededor del 25% de los hombres que realizaron una evaluación de la campaña dijeron haberse sometido a la prueba del VIH como resultado de esa participación[44].

50. En 2016, ONUSIDA puso en marcha una plataforma de acción sobre los derechos, las funciones y las responsabilidades de los hombres y los niños en la acción acelerada para acabar con el SIDA. Actualmente se están celebrando en África Oriental y Meridional consultas nacionales sobre cómo crear un entorno normativo que favorezca el acceso de los hombres a los servicios y reduzca la violencia por razón de género. La campaña “Él por Ella“, iniciativa mundial de ONU-Mujeres, ha implicado a millones de hombres de todo el mundo en la lucha por conseguir un planeta en el que haya más igualdad de género.

V. Conclusiones y recomendaciones

51. **Durante el período que abarca el informe, se avanzó notablemente en la reducción del número de nuevas infecciones por el VIH y el aumento de las personas que están informadas de su estado serológico respecto del VIH, reciben tratamiento y logran suprimir la carga viral. Con todo, los resultados en lo que atañe a las mujeres han sido dispares. Los porcentajes de nuevas infecciones son elevados entre las adolescentes y las mujeres jóvenes de África Subsahariana y han aumentado entre las mujeres de los grupos de población clave de Europa Oriental y Asia Central. Las mujeres, especialmente las jóvenes, siguen en desventaja en la prevención del VIH y la obtención de servicios relacionados con el VIH a causa de las normas sociales discriminatorias sobre la forma en que deben pensar y actuar, no solo en lo que se refiere a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, sino en la sociedad en general.**

[44] Paul J. Fleming y otros, “What role can gender-transformative programming for men play in increasing men’s HIV testing and engagement in HIV care and treatment in South Africa?”, *Culture, Health and Sexuality*, vol. 18, núm. 11 (2016).

52. **Por lo tanto, la Comisión tal vez desee alentar a los Estados Miembros a:**

a) **Comprometerse a implementar una respuesta al VIH que tenga en cuenta el género y sea transformadora, en consonancia con lo acordado en la Declaración Política de 2016 sobre el VIH y el SIDA y en apoyo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas). Esas estrategias deben integrar medidas que, además de prevenir la violencia de género y promover el acceso de las mujeres a la planificación familiar, incluyan: i) apoyar a las mujeres más allá de su condición de madres o embarazadas en el ejercicio de sus derechos humanos; ii) apoyar y fortalecer la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y iii) hacer frente a las normas de género nocivas fomentando el diálogo social entre los hombres y las mujeres, el liderazgo en materia de igualdad de género a nivel institucional, jurídico y normativo, la comunicación sobre el cambio social y de los comportamientos, y una mayor visibilidad y promoción de las organizaciones de mujeres;**

b) **Apoyar e implicar a las mujeres, incluidas las representantes de los grupos de población clave, en la planificación y ejecución de la respuesta transformadora al VIH. Esas actividades contribuyen además al logro de la meta 5.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública);**

c) **Recurrir en mayor medida a la elaboración de presupuestos con perspectiva de género para lograr que los recursos se asignen con más eficacia donde más se necesiten. En particular, la financiación debería centrarse en prevenir el VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes, mejorar la calidad de la atención del VIH centrada en sus derechos y necesidades y desarrollar la capacidad y la ejecución de programas de las organizaciones de mujeres;**

d) **Potenciar la recopilación, presentación y utilización de datos desglosados por sexo y edad, datos sobre discriminación y datos sobre las normas de género nocivas detectadas, a fin de centrar con más eficacia la respuesta al VIH;**

e) **Aplicar estrategias específicas para que las mujeres y las niñas que puedan quedar al margen de los servicios existentes de prueba y tratamiento del VIH, en particular las adolescentes, las mujeres jóvenes, las mujeres de los grupos de población clave, las ancianas y las mujeres que prescinden de la atención prenatal, tengan acceso a las pruebas y el tratamiento del VIH;**

f) **Aumentar la calidad de la atención orientada a las mujeres para que se tengan en cuenta de manera integral sus derechos y necesidades en materia de servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH, elaborando y aplicando directrices y protocolos para el sector de la salud sobre necesidades no médicas tales como los casos de violencia y miedo a la violencia, el estigma y la discriminación, el bajo nivel de conocimientos sobre el tratamiento, la falta de control sobre los recursos y la movilidad y las responsabilidades de cuidado;**

g) **Impulsar los programas combinados de prevención, en particular entre las adolescentes y las mujeres jóvenes, entre otras cosas aumentando la disponibilidad de métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH controlados por las propias mujeres y haciendo frente a los factores de riesgo subyacentes que originan los elevados porcentajes de infección por el VIH entre**

las adolescentes y las mujeres jóvenes, como la desigualdad de género, la violencia sexual y las carencias en educación;

h) **Proseguir la reforma de sus marcos jurídicos y normativos para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, en particular mediante las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 5.3 (eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina) y 5.a (emprender reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales);**

i) **Seguir trabajando para poner fin a la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas, incluidas las que viven con el VIH y las que pertenecen a grupos de población clave, en apoyo de las metas 5.1 y 5.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (poner fin a todas las formas de discriminación y eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas), y medir los resultados fortaleciendo los sistemas de seguimiento de datos y presentación de informes. Mientras la discriminación contra las mujeres y las niñas que viven con el VIH no se reduzca considerablemente en el sector de la salud, las comunidades, las escuelas y las familias, esta situación seguirá frenando a las mujeres a la hora de prevenir el VIH, acceder a un tratamiento integral específico para ellas y cumplir el tratamiento.**

53. **La Comisión tal vez desee alentar a las entidades del sistema de las Naciones Unidas y otros agentes internacionales a:**

a) **Basarse en las prioridades señaladas por las propias mujeres, cuando preparen directrices, instrumentos y estrategias de apoyo técnico, a fin de que se atienda a las necesidades de las mujeres durante toda su vida;**

b) **Ayudar a los países a trabajar en pro de la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas desde una perspectiva global, en particular teniendo presentes las consecuencias para la salud de las normas de género que afectan a sus derechos y siendo conscientes de que la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres exigen que se vaya más allá de la mera oferta de servicios para la mujer (como los de planificación familiar y atención prenatal) y que se afronten las causas profundas de la desigualdad en la condición jurídica y social de las mujeres y la dinámica de poder entre ellas y los hombres;**

c) **Prestar apoyo e implicar a las mujeres, incluidas las adolescentes, las jóvenes y las mujeres de los grupos de población clave, en la elaboración de estrategias para mejorar los servicios de prevención, prueba, tratamiento antirretroviral y atención y apoyo a las mujeres relacionados con el VIH, para lo que se precisa una articulación amplia del objetivo de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres que incluya su participación en todos los niveles decisorios;**

d) **Aumentar la recopilación y presentación de datos desglosados por sexo y edad y de datos sobre discriminación, y formular estrategias para hacer un seguimiento sistemático del estigma y la discriminación relacionados con el VIH, a fin de informar efectivamente de los avances respecto del objetivo de la Declaración Política de 2016 sobre el VIH y el SIDA de eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH;**

e) **Brindar más orientación sobre la prestación de servicios de tratamiento del VIH centrados en las mujeres a fin de aumentar el cumplimiento del régimen terapéutico, con especial atención a mejorar la calidad de la atención, en particular, comprendiendo sus necesidades específicas por razón de género y edad y dispensándoles un trato respetuoso;**

f) **Ampliar las actividades de promoción de los programas combinados de prevención del VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes en los países en que la prevalencia es elevada y entre las mujeres de los grupos de población clave en los países en que la prevalencia es baja, acelerar el desarrollo y la distribución de métodos de prevención de la transmisión sexual del VIH controlados por las mujeres y apoyar la ampliación de las intervenciones que, además de mejorar los resultados de las mujeres y las niñas respecto del VIH, contribuyan al disfrute efectivo de sus derechos humanos y a conseguir normas sociales no discriminatorias, aspectos ambos que son indispensables para el éxito a largo plazo en la lucha contra el SIDA.**