



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
18 de diciembre de 2019  
Español  
Original: inglés

### Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

64º período de sesiones

9 a 20 de marzo de 2020

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*

Los dos últimos años se han caracterizado por las mejoras en la prevención y el tratamiento del VIH. Más mujeres se someten a pruebas de detección del VIH, se enteran de su estado serológico, reciben terapia antirretrovírica y logran suprimir la carga vírica. Para acelerar la prevención del VIH, los países han reforzado la integración de los servicios sanitarios en materia de VIH y de salud sexual y reproductiva y han abordado las consideraciones relativas al VIH en sus planes y estrategias para reducir la violencia de género.

A pesar de la sólida respuesta al VIH, la reducción del número de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres y las niñas ha sido lenta y desigual en las distintas regiones. Desde 2010, el número de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres de 15 años o más ha disminuido en Asia y el Pacífico, el Caribe, África Oriental y Meridional, África Occidental y Central, y Europa Occidental y Central y América del Norte. Sin embargo, el número de nuevas infecciones entre las mujeres y las niñas ha aumentado en Europa Oriental y Asia Central, Oriente Medio y África del Norte, y América Latina. Las desigualdades estructurales entre los géneros, la discriminación, la violencia contra las mujeres y las niñas y las normas de género desiguales siguen socavando los esfuerzos de las mujeres y las niñas para prevenir el VIH y utilizar los servicios relacionados con el virus. Además, no se han ampliado las estrategias de eficacia probada para prevenir el VIH entre las mujeres y las niñas; no

\* E/CN.6/2020/1.



se ha dado prioridad a la investigación de métodos de prevención del VIH controlados por las propias mujeres y de tratamientos seguros y apropiados para las mujeres y las niñas; y las estrategias y políticas nacionales sobre el VIH no han incluido intervenciones con perspectiva de género dotadas de fondos suficientes. A nivel mundial, el sida sigue siendo la principal causa de muerte entre las niñas y las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años).

## I. Introducción

1. En su resolución 62/2 (véase E/2018/27), la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer reiteró que seguía resuelta a lograr los compromisos contraídos en la resolución 60/2, relativa a la mujer, la niña y el VIH y el sida (véase E/2016/27), instó a los Estados Miembros a que aceleraran su aplicación y solicitó al Secretario General que le presentara un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución en su 64º período de sesiones.

2. El presente informe se basa en las contribuciones de 45 Estados Miembros<sup>1</sup>, 13 entidades de las Naciones Unidas<sup>2</sup> y una organización intergubernamental subregional<sup>3</sup>. También incluye pruebas e investigaciones recientes y datos de los Estados Miembros presentados a través del sistema de Monitoreo Global del Sida del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

## II. Antecedentes

3. Entre 2010 y 2018, el número de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres de 15 años o más disminuyó en un 17 % a nivel mundial, de 890.000 [entre 680.000 y 1,2 millones] a 740.000 [entre 570.000 y 1 millón]<sup>4</sup>; sin embargo, este progreso mundial oculta las discrepancias entre las regiones. En ese período, el número disminuyó en un 24 % en Europa Occidental y Central y América del Norte, en un 24 % en África Oriental y Meridional, en un 14 % en Asia y el Pacífico, en un 14 % en el Caribe, y en un 7 % en África Occidental y Central. Sin embargo, al mismo tiempo, los casos de nuevas infecciones entre las mujeres y las niñas aumentaron en un 27 % en Europa Oriental y Asia Central, en un 11 % en Oriente Medio y África del Norte, y en un 8 % en América Latina. Desde el informe anterior (E/CN.6/2018/8), publicado en 2018, el número de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres y las niñas ha mantenido tendencias mundiales y regionales similares.

4. Las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes siguen corriendo un riesgo desproporcionadamente alto de infección por el VIH. Al firmar 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 de la Asamblea General, anexo), de 2016, los Estados Miembros se comprometieron a reducir el

<sup>1</sup> Armenia, Bahamas, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camboya, China, Chipre, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Eslovenia, España, Eswatini, Georgia, Grecia, Guatemala, Irán (República Islámica del), Italia, Jamaica, Jordania, Lesotho, Líbano, Malasia, Malawi, México, Namibia, Países Bajos, Perú, República Centroafricana, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rumania, Seychelles, Sierra Leona, Sri Lanka, Suiza, Turquía, Uganda, Uruguay, Zambia y Zimbabwe.

<sup>2</sup> La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), el equipo de las Naciones Unidas en el Brasil, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Universidad de las Naciones Unidas (UNU).

<sup>3</sup> Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (SADC).

<sup>4</sup> A menos que se indique otra cosa, las conclusiones que figuran en el presente informe se han obtenido de la base de datos en línea AIDSinfo, que se consultó el 28 de octubre de 2019. Puede consultarse 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 del ONUSIDA, se halla la estimación puntual del valor.

número anual de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres jóvenes de 15 a 24 años a menos de 100.000 para 2020. Entre 2010 y 2018, los avances logrados en la reducción de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres jóvenes de 15 a 24 años variaron según la región, desde una reducción del 28 % en África Oriental y Meridional hasta una reducción del 3 % en América Latina. Sin embargo, los Estados Miembros todavía están lejos de la meta establecida para 2020, dado que sólo en 2018 se produjeron 310.000 [entre 190.000 y 460.000] nuevas infecciones en este grupo de edad.

5. Más de la mitad de las personas que viven con el VIH son mujeres y niñas. En 2018, vivían con el VIH 18,8 millones [entre 16,4 y 21,7 millones] de mujeres de 15 años o más, frente a 17,4 millones [entre 14,8 y 20,5 millones] de hombres y niños. La mayoría de las mujeres de 15 años o más que vivían con el VIH vivían en África Subsahariana, donde la cifra era de 14,8 millones [entre 12,9 y 16,9 millones], seguida por 2,1 millones [entre 1,8 y 2,6 millones] en Asia y el Pacífico. De los 2,2 millones [entre 1,1 y 3,3 millones] de mujeres jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH, 1,6 millones [entre 740.000 y 2,3 millones] vivían en África Oriental y Meridional. A nivel mundial, las enfermedades relacionadas con el sida siguen siendo la principal causa de muerte entre las niñas y las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años)<sup>5</sup>.

6. Si bien se han realizado progresos hacia las metas de acción acelerada 90-90-90 para 2020 establecidas por ONUSIDA<sup>6</sup>, es poco probable que se alcancen las metas mundiales relacionadas con las mujeres y las niñas. Entre 2017 y 2018, la proporción de mujeres de 15 años o más de todo el mundo que vivían con el VIH y conocían su estado serológico aumentó ligeramente, del 82 % [entre 71 y 95] al 84 % [entre 73 y >95]; la proporción de mujeres que vivían con el VIH y recibían tratamiento antirretrovírico aumentó del 64 % [entre 49 y 76] al 68 % [entre 52 y 82]; y la proporción de mujeres que vivían con el VIH y tenían una carga viral suprimida aumentó del 55 % [entre 45 y 65] al 59 % [entre 49 y 70]. Hay una variación regional considerable en el logro de las metas de acción acelerada 90-90-90 para 2020, desde África Oriental y Meridional, que alcanzó niveles de 88-72-64, hasta Oriente Medio y África del Norte, donde los niveles fueron 49-35-29. El progreso desigual de unas regiones a otras es motivo de preocupación en los esfuerzos por poner fin al VIH/sida entre las mujeres y las niñas.

7. Los progresos en la prevención y el tratamiento del VIH entre las mujeres y las niñas se ven socavados por las causas fundamentales que impulsan la pandemia del VIH entre ellas. Las normas de género desiguales en muchos países disuaden a las mujeres de hablar de la prevención del VIH, incluso con sus parejas sexuales; dificultan su acceso a la información y los servicios relacionados con el VIH y la utilización de estos servicios; y las exponen a comportamientos dañinos, como la discriminación y la violencia por razón de género. Esas causas fundamentales impiden que las mujeres y las niñas tomen decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva y socavan la eficacia de la respuesta al VIH. Las mujeres y las niñas que son objeto de múltiples formas de discriminación interseccional (como las adolescentes y las jóvenes, las mujeres y niñas de grupos de población clave<sup>7</sup>, las mujeres con discapacidad, las mujeres de edad y las mujeres migrantes) se enfrentan

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud, “Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016” (Ginebra, 2018).

<sup>6</sup> Con las metas de acción acelerada se persigue que, para 2020, 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.

<sup>7</sup> 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.

a un riesgo aún mayor de infección por el VIH y a obstáculos para acceder al tratamiento y la atención. Entre las causas fundamentales que impulsan el VIH entre las mujeres y las niñas también se incluyen desigualdades de género estructurales que hacen que no se proteja el derecho a la salud de las mujeres y que obstaculizan el acceso físico y financiero de las mujeres a los servicios de atención de la salud, la educación y el empleo que las ayudarían a prevenir el VIH y obtener tratamiento. La prevención y el tratamiento del VIH entre las mujeres y las niñas también se ven afectados por factores fisiológicos que influyen en el riesgo de infección por el VIH y avance de la enfermedad<sup>8</sup>.

### III. Marco normativo

8. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (resolución 70/1) y la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016 continúan impulsando los esfuerzos para que las mujeres y las niñas no contraigan el sida. Desde el informe anterior, el Consejo de Derechos Humanos, en su resolución relativa a los derechos humanos en el contexto del VIH y el sida (resolución 38/8), subrayó la importancia de la igualdad de género en la respuesta al VIH y destacó que las violaciones de los derechos humanos de las mujeres y las niñas agravaban los efectos de la epidemia. En la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis de 2018 (resolución 73/3), la Asamblea reconoció que los servicios de salud que tienen en cuenta el género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas son fundamentales para proporcionar una atención integrada para el VIH y el sida. Además, en la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal (resolución 74/2), la Asamblea observó los desafíos relacionados con el VIH y se comprometió a ampliar las intervenciones con perspectiva de género para atender las necesidades de salud de todos.

9. En su 62º período de sesiones, al examinar los desafíos y las oportunidades en el logro de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas rurales, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en sus conclusiones convenidas, pidió que se redoblaran los esfuerzos para lograr el acceso universal de todas las mujeres y las niñas a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo respecto al VIH y el sida, incluidas las que vivían en zonas rurales (véase E/2018/27). En las conclusiones convenidas de su 63º período de sesiones, la Comisión reconoció que en las mujeres y las niñas recaía la mayoría de los cuidados no remunerados de las personas que vivían con el VIH, y que esos cuidados no se reconocían ni valoraban adecuadamente. La Comisión instó a los Gobiernos y a otros agentes a que redoblaran los esfuerzos para lograr el acceso universal a los servicios relacionados con el VIH y el sida y a que proporcionaran medidas de protección social que tuvieran en cuenta el VIH, incluidas las transferencias en efectivo, a fin de asegurar el acceso a esos servicios para las mujeres y las niñas que vivían con el VIH o el sida, corrían el riesgo de contraerlos o se veían afectadas por ellos (véase E/2019/27).

<sup>8</sup> E.P. Scully, “Sex Differences in HIV Infection”, *Current HIV/AIDS Reports*, núm. 15 (2018).

## **IV. Medidas adoptadas por los Estados Miembros y las entidades de las Naciones Unidas**

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

#### **Incorporación de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en las estrategias y políticas sobre el VIH**

10. Para alcanzar las metas en materia de VIH relativas a las mujeres y las niñas, las respuestas nacionales al VIH deben incorporar las dimensiones de la igualdad de género en las estrategias, las políticas, los planes y los presupuestos conexos, así como en los planes de seguimiento y evaluación. Las estrategias y políticas nacionales deben armonizar la respuesta al VIH con los marcos normativos sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y recabar la participación de asociados de múltiples sectores para lograr un amplio impacto. Sin embargo, en 2019, poco más de la mitad de los países que presentaron informes al Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, más específicamente el 62 % (77 de 125), habían incluido intervenciones transformativas en materia de género<sup>9</sup> en sus estrategias o políticas nacionales sobre el sida<sup>10</sup>.

11. La Comunidad de África Meridional para el Desarrollo elaboró el modelo de supervisión con perspectiva de género, que se compone de un marco y un programa de acción regionales para vigilar y supervisar la aplicación de la resolución 60/2, relativa a la mujer, la niña y el VIH y el sida. El modelo da prioridad al seguimiento de los esfuerzos para abordar las causas fundamentales que aumentan la vulnerabilidad de las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes al VIH. Se aplicó de manera experimental en Angola, Lesotho, Malawi, Namibia y Zimbabwe, adaptándolo a las condiciones locales, con el fin de mejorar la rendición de cuentas de los Gobiernos respecto de sus compromisos en virtud de la resolución. El programa del VIH en Suiza fomenta el uso de una perspectiva de género en el diseño de las actividades de prevención y en las tareas encaminadas a asegurar el acceso de las mujeres a los servicios relacionados con el VIH. Varios países, entre ellos las Bahamas, Bosnia y Herzegovina, Camboya, China, Guatemala, la República Democrática Popular Lao, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia, aprovecharon las sinergias entre sectores como la salud, la educación, las mujeres y los jóvenes para abordar la cuestión del VIH entre las mujeres y las niñas. Por ejemplo, el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH/Sida 2016-2021 de las Bahamas contiene objetivos relacionados con aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, fomentar la igualdad entre los géneros, prevenir la violencia sexual y de género, y llegar a un mayor número de niñas adolescentes y mujeres jóvenes.

12. Distintas entidades de las Naciones Unidas, entre ellas ONUSIDA, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el UNICEF y ONU-Mujeres, prestaron apoyo en el diseño y la aplicación de estrategias y políticas sobre el VIH con perspectiva de género, tanto a nivel nacional como subnacional. Por ejemplo, ONU-Mujeres fortaleció la capacidad de las comisiones nacionales de lucha contra el sida de nueve países para integrar eficazmente las cuestiones de igualdad de género en las estrategias nacionales sobre el VIH. En la República Unida de Tanzania, el

<sup>9</sup> Según las orientaciones terminológicas de ONUSIDA, una respuesta al VIH transformativa en materia de género no solo pretende abordar los aspectos del VIH relativos al género, sino también cambiar las estructuras, instituciones y relaciones de género existentes para que se basen en la igualdad de género.

<sup>10</sup> Se puede acceder a los datos del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA en <http://lawsandpolicies.unaids.org/>.

apoyo recibido permitió dar prioridad a medidas que abordan las normas de género desiguales y eliminan la violencia y la discriminación contra las mujeres jóvenes en el nuevo Marco Estratégico Multisectorial Nacional para el VIH y el Sida 2019-2023.

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

13. El compromiso y el liderazgo de las mujeres son esenciales para asegurar que los servicios del VIH sean accesibles para las mujeres y las niñas y satisfagan sus necesidades integrales de prevención, tratamiento y atención. Las organizaciones de mujeres y las redes de mujeres que viven con el VIH desempeñan un papel fundamental. Sin embargo, su capacidad para influir eficazmente en las políticas y los programas suele estar limitada por la falta de financiación básica y plurianual que les permitiría fortalecer su capacidad organizativa y dirigir con mayor eficacia las actividades de promoción.

14. En las Bahamas, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Burundi, China, El Salvador, el Líbano, el Perú, la República Democrática Popular Lao, la República Unida de Tanzania, Seychelles, Sierra Leona, Sri Lanka, Uganda, el Uruguay y Zimbabwe, se adoptaron medidas para fortalecer la participación y el liderazgo de las mujeres en la respuesta al VIH. Por ejemplo, el Programa Nacional de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el Sida de Sri Lanka trabajó estrechamente con la Red de Mujeres Seropositivas para planificar e implementar el plan estratégico nacional sobre el VIH. En Uganda, se brindó capacitación a mujeres que vivían con el VIH para que participaran e influyeran en los procesos de planificación y presupuestación a nivel nacional y de distrito, y para que los responsables de la toma de decisiones rindieran cuentas.

15. Tanto ONU-Mujeres como la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) trabajaron para fortalecer el compromiso y el liderazgo de las mujeres. Por ejemplo, en Uganda y Zimbabwe, ONU-Mujeres ayudó a facilitar la participación de las mujeres que vivían con el VIH en el diseño de las notas conceptuales para el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Esto dio lugar a que las notas conceptuales aprobadas dieran prioridad a los programas sobre las adolescentes y las mujeres jóvenes y el VIH, con una asignación total de 8 millones de dólares en Zimbabwe y 10 millones de dólares en Uganda.

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

16. El total de los fondos nacionales e internacionales para el VIH y el sida disminuyó de 19.900 millones de dólares en 2017 a 19.000 millones de dólares (en dólares de los Estados Unidos, a valores constantes de 2016) en 2018<sup>11</sup>. Los datos son limitados en cuanto a la cantidad de fondos que se asignan o se gastan en intervenciones para mujeres y niñas. En un análisis del gasto destinado al sida en ocho países<sup>12</sup> realizado por la Universidad de las Naciones Unidas, se constató que entre el 0,7 % y el 15,2 % de los gastos se destinaba a programas específicos para las mujeres y menos del 1 % a intervenciones para promover la igualdad entre los géneros<sup>13</sup>. Algunos donantes han tratado de aumentar las inversiones en materia de VIH dirigidas

<sup>11</sup> ONUSIDA, AIDSinfo, Financial Dashboard. Global: Trends in Resource Availability (constant 2016 United States dollars) (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html#>), consultado el 28 de octubre de 2019).

<sup>12</sup> Eswatini, Guatemala, Haití, Jamaica, Kenya, Nigeria, la República Unida de Tanzania y Sudáfrica.

<sup>13</sup> Instituto Internacional para la Salud Mundial de la Universidad de las Naciones Unidas, "Financing for Gender Equality in HIV and Health Responses: Discussion Paper" (Nueva York, 2019).

específicamente a las mujeres y las niñas. En 2019, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR), que apoya los esfuerzos que se realizan en más de 50 países, anunció que invertiría casi 2.000 millones de dólares para empoderar y apoyar a las mujeres y las niñas<sup>14</sup>. Entre 2017 y 2019, el Fondo Mundial asignó más de 5.000 millones de dólares a programas sobre el VIH; durante el mismo período, el programa de aportaciones paralelas del Fondo Mundial utilizó 55 millones de dólares a fin de movilizar 140 millones de dólares adicionales para programas destinados a las adolescentes y las jóvenes en los 13 países con las tasas más elevadas de infección por el VIH.

17. En las Bahamas, Bosnia y Herzegovina, Camboya, Colombia, El Salvador, Eslovenia, Guatemala, Jordania, Malasia, México, la República Democrática Popular Lao, Seychelles, Sierra Leona y Uganda, se tomaron medidas para reducir los obstáculos financieros que enfrentan las mujeres para acceder a servicios relacionados con el VIH. Por ejemplo, la iniciativa de atención médica gratuita de Sierra Leona, que forma parte de su plan de seguro médico social, exime de pagar las primas a las mujeres que viven con el VIH y están embarazadas o son madres lactantes<sup>15</sup>. El avance hacia la cobertura sanitaria universal ofrece una importante oportunidad para asegurar que la financiación de la sanidad responda a las necesidades de las mujeres y las niñas. En las Bahamas y El Salvador, se utilizaron programas de cobertura sanitaria universal para mejorar la cobertura de los servicios relacionados con el VIH para las mujeres y las niñas.

18. ONU-Mujeres celebró una reunión de un grupo de expertos con el Instituto Internacional para la Salud Mundial de la Universidad de las Naciones Unidas para analizar las maneras de reforzar la financiación en favor de la igualdad de género en la respuesta al VIH. Al examinar las pruebas, los expertos convinieron en que actualmente se dispone de poca información sobre la financiación de estrategias, planes y programas sobre el VIH que tengan en cuenta el género. Subrayaron la urgencia de fortalecer el proceso de estimación de las necesidades de recursos para definir adecuadamente las intervenciones en materia de igualdad de género, determinar los costos asociados y promover su inclusión en los presupuestos nacionales para la respuesta al VIH. Se recomendaron estrategias innovadoras, como la cofinanciación de programas de igualdad de género entre el sector del VIH y otros sectores como la educación, la salud y el desarrollo social<sup>16</sup>.

### **Medición de las desigualdades de género en la respuesta al VIH**

19. Los programas para abordar el VIH entre las mujeres y las niñas deben basarse en el análisis de indicadores que tengan en cuenta las diferencias de género y en un examen de cómo la desigualdad de género repercute en la prevención, el tratamiento y la atención del VIH. En 2019, el 90 % (80 de 89) de los países que presentaron informes al Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA incluyeron indicadores en función del género en sus planes o estrategias nacionales de seguimiento y evaluación del VIH. La falta de datos sobre el acceso a la terapia antirretrovírica para grupos específicos (como las adolescentes y las jóvenes, las

<sup>14</sup> Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida, "PEPFAR invertirá casi 2.000 millones de dólares este año para empoderar y apoyar a las mujeres y las niñas", comunicado de prensa, 4 de junio de 2019.

<sup>15</sup> Sierra Leona, *Country report on the implementation of the Beijing Platform of Action (1995) and the outcome of the Twenty-Third Special Assembly of the General Assembly (2000)* (Freetown, 2019).

<sup>16</sup> Instituto Internacional para la Salud Mundial de la Universidad de las Naciones Unidas y ONU-Mujeres, "Informe de la reunión del Grupo de Expertos sobre la financiación en favor de la igualdad de género en la respuesta al VIH" (5 y 6 de febrero de 2019).

mujeres y las niñas de grupos de población clave y las mujeres con discapacidad) dificulta la programación eficaz en materia de VIH para estos grupos.

20. Las autoridades de Armenia, Bosnia y Herzegovina, Camboya, El Salvador, España, Eswatini, Grecia, Italia, Jordania, Lesotho, Malasia, Malawi, Namibia, la República Unida de Tanzania, Seychelles, Sri Lanka, Uganda, el Uruguay, Zambia y Zimbabwe mejoraron la recopilación de datos para los indicadores del VIH en función del género y su análisis. Angola utilizó el modelo de supervisión con perspectiva de género de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo a fin de elaborar indicadores de referencia para supervisar la aplicación del marco y el programa de acción regionales relativos a la resolución 60/2. Los Estados Miembros también llevaron a cabo investigaciones para reunir información sobre el VIH entre grupos específicos de mujeres. Por ejemplo, Italia estudió la transmisión del VIH entre las mujeres encarceladas para diseñar la prestación de servicios de atención del VIH teniendo en cuenta las cuestiones de género. Burkina Faso realizó una encuesta sobre el VIH entre personas con discapacidad, y descubrió que las mujeres con discapacidad tenían muchas más probabilidades de vivir con el VIH que los hombres con discapacidad.

21. Con el fin de orientar la integración de las dimensiones de la igualdad de género en las estrategias sobre el VIH, ONUSIDA actualizó el instrumento de evaluación de género. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) elaboró un módulo de capacitación sobre el seguimiento y la evaluación de los servicios relacionados con el VIH para las mujeres que consumen drogas y organizó talleres de desarrollo de la capacidad en 15 países.

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

### **Mejora del acceso a los servicios de detección y tratamiento y su utilización**

22. El acceso de las mujeres y las niñas a las pruebas de detección del VIH se ha ampliado mediante diversos enfoques, como pruebas a propuesta de los proveedores, pruebas basadas en la comunidad, pruebas de detección autoadministradas y una mayor integración de las pruebas de detección del VIH con otros servicios de asistencia sanitaria. Por ejemplo, en 2019, el 91 % (90 de 99) de los países que presentaron informes al Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA han integrado los servicios de detección y asesoramiento relacionados con el VIH con los servicios de salud sexual y reproductiva, al menos en parte. El nivel de acceso a los servicios de detección del VIH y su utilización por grupos específicos, como las adolescentes y las jóvenes, las mujeres de grupos de población clave, las mujeres con discapacidad y las mujeres migrantes, no se conoce bien debido a la escasez de datos.

23. Aunque cada vez más mujeres que viven con el VIH reciben terapia antirretrovírica en todo el mundo, siguen existiendo importantes lagunas en la investigación de regímenes de tratamiento eficaces adaptados a las mujeres y en el apoyo a las mujeres para el inicio del tratamiento y la adhesión al mismo. En una revisión sistemática de estudios clínicos sobre medicamentos antirretrovíricos, se encontró que las mujeres representaban apenas el 19 % o menos de los participantes, y en la mitad de los estudios centrados en la búsqueda de una cura, las mujeres

representaban solo el 11 % o menos<sup>17</sup>. En 2018, las mujeres que vivían con el VIH se movilizaron en respuesta a las inquietudes sobre el uso del medicamento antirretrovírico dolutegravir, y lograron detener su introducción en muchos países. Aunque las investigaciones posteriores determinaron que el dolutegravir es de hecho seguro para las mujeres que viven con el VIH, se destacó la importancia de involucrar a las mujeres que viven con el VIH en las discusiones sobre las pruebas de detección y el tratamiento.

24. También existen deficiencias en la comprensión de los obstáculos sociales y estructurales a los que se enfrentan las mujeres y las niñas para acceder a las pruebas de detección del VIH y cumplir con el tratamiento. Esos obstáculos pueden incluir leyes discriminatorias, estigmatización y discriminación social, responsabilidades de cuidado y normas de género que socavan los esfuerzos de las mujeres en la búsqueda de atención. Aunque se dispone de datos limitados, las pruebas indican que esos problemas se agravan en el caso de las adolescentes y las jóvenes y de las mujeres y las niñas de grupos de población clave<sup>18</sup>.

25. México y Colombia investigaron el uso de pruebas de detección y el inicio del tratamiento por parte de las mujeres y las niñas. México estudió las barreras que impiden la adhesión al tratamiento entre las mujeres y las niñas que viven con el VIH, con el fin de fundamentar los esfuerzos para mejorar la prestación de servicios con perspectiva de género<sup>19</sup>. Colombia ayudó a las instituciones de salud a evaluar por qué las embarazadas no accedían a los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y a elaborar planes para hacer frente a los obstáculos.

26. Las autoridades de Armenia, las Bahamas, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camboya, China, Cuba, El Salvador, Eslovenia, Eswatini, Georgia, Grecia, el Irán, Italia, Jordania, Lesotho, el Líbano, Malasia, Malawi, Namibia, los Países Bajos, la República Centroafricana, la República Democrática Popular Lao, la República Unida de Tanzania, Seychelles, Sierra Leona, Sri Lanka, Suiza, Uganda, el Uruguay, Zambia y Zimbabwe reforzaron la prestación de servicios de detección y tratamiento del VIH para las mujeres y las niñas. Por ejemplo, Bosnia y Herzegovina estableció una clínica móvil para acercar a las trabajadoras sexuales servicios de detección del VIH y asesoramiento. Zambia integró la detección y el tratamiento del VIH en servicios de salud reproductiva adaptados a las adolescentes y las jóvenes. Italia capacitó a los proveedores de servicios relacionados con el VIH para que reconocieran y eliminaran las barreras culturales que enfrentaban las mujeres migrantes. Botswana utilizó un enfoque de divulgación entre pares para alentar a las mujeres jóvenes y a las trabajadoras sexuales a que accedieran al tratamiento del VIH.

27. Con el apoyo del UNICEF, Botswana ultimó un paquete nacional estándar de servicios de detección y tratamiento del VIH para adolescentes y jóvenes, que incluye consideraciones específicas para las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes. La UNODC capacitó a proveedores de servicios de 14 países para que prestaran servicios relacionados con el VIH con perspectiva de género a las mujeres que se inyectaban drogas y ayudó a cinco países a subsanar las deficiencias en la prestación de servicios de atención de la salud a las mujeres encarceladas. Entre 2016 y 2018, la OIM y sus

---

<sup>17</sup> Mirjam Curno y otros, “A systematic review of the inclusion (or exclusion) of women in HIV research: from clinical studies of antiretrovirals and vaccines to cure strategies”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 71, núm. 2 (febrero de 2016).

<sup>18</sup> ONUSIDA, “Women and HIV: A spotlight on adolescent girls and young women” (Ginebra, 2019).

<sup>19</sup> Instituto Nacional de las Mujeres, “Informe Nacional Exhaustivo de México en cumplimiento de la Plataforma de Acción de Beijing” (Ciudad de México, junio de 2019).

asociados ofrecieron a más de 4.560 mujeres y 3.440 hombres pruebas de detección y tratamiento del VIH a través de servicios integrados de VIH y salud sexual y reproductiva.

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

28. Las mujeres y las niñas que viven con el VIH necesitan tener acceso a una amplia gama de servicios de salud que satisfagan sus necesidades cambiantes a lo largo de toda la vida, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, de manejo de coinfecciones e infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, y de tratamiento de enfermedades a las que suelen estar más expuestas las mujeres que viven con el VIH, como las enfermedades cardiovasculares, los derrames cerebrales, el cáncer de cuello uterino y la tuberculosis. Sin embargo, los progresos en el acceso a servicios de salud integrales han sido lentos. Por ejemplo, las mujeres que viven con el VIH están expuestas a un riesgo hasta cinco veces mayor de cáncer de cuello uterino invasivo que las mujeres que no viven con el VIH. No obstante, en 2019, solo el 52 % (66 de 126) de los países que presentaron información utilizando el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA recomendaban el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de cuello uterino para las mujeres que vivían con el VIH en sus planes estratégicos nacionales sobre el VIH.

29. En las Bahamas, Bosnia y Herzegovina, Botswana, China, Colombia, Cuba, El Salvador, Eslovenia, España, Eswatini, Lesotho, la República Centroafricana, la República Democrática Popular Lao, Seychelles, Sierra Leona, Uganda y el Uruguay, se llevaron a cabo actividades para apoyar el acceso de las mujeres y las niñas que vivían con el VIH a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de prevención de las infecciones oportunistas y apoyo psicosocial. Por ejemplo, para prevenir y tratar las infecciones oportunistas, Uganda desarrolló un paquete de manejo avanzado de enfermedades que aborda la detección y el manejo de la tuberculosis, la meningitis criptocócica y las infecciones bacterianas graves que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH, en particular entre las mujeres y los niños.

30. ONUSIDA apoyó la aplicación en los países de la guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con el VIH y la correspondiente lista de verificación para la participación comunitaria elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con ONUSIDA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el ACNUDH y otros asociados. ONUSIDA, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida y el Instituto George W. Bush lanzaron una alianza para poner fin al sida y al cáncer de cuello uterino entre las mujeres que viven con el VIH en África, mejorando la integración de la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino con los servicios relacionados con el VIH en ocho países subsaharianos.

## **C. Acceso universal a los servicios de prevención del VIH**

### **Ampliación de la prevención para satisfacer las necesidades de las mujeres y las niñas**

31. Para prevenir nuevas infecciones por el VIH, las mujeres y las niñas deben tener conocimiento sobre el virus, acceso a los métodos de prevención y el poder de negociar el uso del preservativo y de participar en prácticas sexuales sin riesgo. Sin embargo, la aplicación de estrategias de prevención de eficacia probada sigue siendo limitada, en particular en el caso de las adolescentes y las mujeres jóvenes. Por ejemplo, la educación sexual integral forma parte de los programas de prevención

eficaces, pero en 2019, apenas el 54 % (36 de 67) de los países que presentaron informes al Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA estaban aplicando sus políticas de educación sobre el VIH y la sexualidad basada en la preparación para la vida activa en la mayoría de las escuelas secundarias (al menos el 76 %).

32. Las mujeres están insuficientemente representadas en la investigación de vacunas preventivas contra el VIH: en la mitad de los estudios clínicos, son mujeres solo el 38 % o menos de los participantes<sup>20</sup>. En 2018, apenas el 21 % de la inversión en la investigación de la profilaxis anterior a la exposición se centró en las mujeres<sup>21</sup>, lo que dio como resultado medicamentos que no se probaron en mujeres heterosexuales, como Descovy, que se aprobó recientemente. La financiación de la labor de investigación sobre los preservativos femeninos se ha estancado y, aunque las usuarias informan de altos niveles de satisfacción y disposición a pagar, el uso se ve obstaculizado por la falta de disponibilidad y financiación para la comercialización y la publicidad, así como por las normas de género que desprecian el uso de preservativos por las mujeres<sup>22</sup>. Además, los países han tenido dificultades para diseñar y ampliar los programas de prevención del VIH dirigidos específicamente a las adolescentes y las jóvenes. Por ejemplo, en 2018, entre los países integrantes de la Coalición Mundial para la Prevención del VIH, menos de la mitad de los lugares con una alta tasa de incidencia del virus contaban con programas de prevención del VIH específicos para niñas adolescentes y mujeres jóvenes<sup>23</sup>.

33. Se han aplicado estrategias para prevenir el VIH entre las mujeres y las niñas en Armenia, las Bahamas, Botswana, Burundi, Camboya, China, Lesotho, Malasia, la República Unida de Tanzania y Zambia. Por ejemplo, varias federaciones de mujeres de China capacitaron a más de 1.600 integrantes para que ofrecieran educación sanitaria y asesoramiento presencial sobre el VIH a las mujeres de sus comunidades. Camboya y Armenia organizaron actividades de educación sobre el VIH para mujeres migrantes que no tenían acceso a información sobre el virus. En Botswana, a través del programa “Condomize!”, se capacitó a jóvenes voluntarias y facilitadoras de educación sexual integral para que enseñaran a las mujeres y las niñas sobre el preservativo femenino. En la República Unida de Tanzania se realizó un ensayo clínico en el cual se probó un gel microbicida vaginal para proteger a las mujeres contra el VIH.

34. Centrándose específicamente en las adolescentes y las mujeres jóvenes, Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe pusieron en práctica la Iniciativa DREAMS (mujeres decididas, resilientes, empoderadas, libres de sida, asesoradas y seguras) del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida, mediante la cual proporcionaron un paquete multisectorial de medidas de prevención, servicios en materia de VIH y de salud sexual y reproductiva, educación, y empoderamiento social y económico. En los diez primeros países que implementaron la Iniciativa DREAMS<sup>24</sup>, prosiguió la disminución de nuevos casos de VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes en el 85 % de las comunidades y los distritos que

<sup>20</sup> Curno y otros, “A systematic review of the inclusion (or exclusion) of women in HIV research”.

<sup>21</sup> Resource Tracking Working Group, “HIV prevention research and development investments 2018: investing to end the epidemic” (Nueva York, 2018).

<sup>22</sup> Chastain Mann, “The woman’s condom: lessons learned from Malawi and considerations for female condoms in West Africa”, 18ª reunión general de la Coalición para el Suministro de Material de Salud Reproductiva, Bruselas, 20 a 22 de marzo de 2018.

<sup>23</sup> ONUSIDA, “Global HIV Prevention Coalition Second Progress Report: April – December 2018” (Ginebra, 2019).

<sup>24</sup> Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

contaban con el apoyo de la Iniciativa. China elaboró un programa de capacitación que, entre 2015 y 2017, impartió a 1.000 niñas de entre 16 y 21 años formación profesional y preparación para la vida, que incluía la prevención del VIH. En Armenia, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Chipre, Cuba, Grecia, Malawi, los Países Bajos, Sri Lanka y Zambia, se ofrecieron programas de educación sexual que contribuyeron a aumentar los conocimientos sobre la prevención del VIH. La importancia de proporcionar a los adolescentes y los jóvenes, en particular a las niñas, información y servicios para que se protejan del VIH/sida fue reiterada por los Gobiernos y los asociados en la Declaración de Nairobi, emanada de la Cumbre de Nairobi que celebró el 25° aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

35. ONUSIDA, el UNFPA, el UNICEF y la OMS pusieron en marcha en 2018 el programa “2gether 4 SRHR” (juntos por la salud y los derechos sexuales y reproductivos) con el fin de ampliar los servicios integrados en materia de VIH y salud sexual y reproductiva para las adolescentes y las mujeres jóvenes. En Lesotho, el programa aumentó del 36 % al 87 % los conocimientos amplios sobre el VIH entre las adolescentes embarazadas. En África Oriental y Meridional, el UNFPA diseñó el sitio móvil Tune Me para proporcionar información sobre la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH a las niñas y los niños. En el Brasil, brindó apoyo para la elaboración de una estrategia nacional sobre los programas de preservativos femeninos. El programa Nuestros Derechos, Nuestras Vidas, Nuestro Futuro, implementado por la UNESCO, que apoya programas de educación sexual integral en África Subsahariana, llegó a más de dos millones de niños y niñas a través de programas escolares y a más de cinco millones de jóvenes a través de plataformas sociales y de nuevos medios de comunicación en 2018.

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

36. La transmisión maternoinfantil del VIH puede producirse durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto, o bien después del parto a través de la lactancia materna. A nivel mundial, el 82 % [entre 62 y >95] de las embarazadas con VIH recibieron terapia antirretrovírica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil en 2018. Sin embargo, hubo una amplia variación regional, del 92 % [entre 69 y >95] en África Oriental y Meridional hasta apenas el 28 % [entre 16 y 47] en Oriente Medio y África del Norte<sup>25</sup>. El progreso mundial se ve frenado por la debilidad de los sistemas de atención sanitaria y los obstáculos jurídicos y normativos, como la tipificación de la transmisión vertical.

37. Además de Armenia, Belarús, Cuba y Tailandia, que entre 2015 y 2016 recibieron de la OMS un certificado que acreditaba que habían eliminado la transmisión maternoinfantil del VIH, entre 2017 y 2019 recibieron ese certificado ocho nuevos países y zonas: Anguila, Antigua y Barbuda, las Bermudas, las Islas Caimán, Malasia, Maldivas, Montserrat y Saint Kitts y Nevis<sup>26</sup>.

38. Entre los 23 países que participan en la iniciativa Start Free, Stay Free, AIDS Free de ONUSIDA para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, cinco países alcanzaron la meta del 95 % de las embarazadas en lo que respecta a la cobertura de medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión vertical (Botswana, Malawi, Mozambique, Namibia y Zambia). Las autoridades de Armenia,

<sup>25</sup> AIDSinfo, consultado el 28 de octubre de 2019.

<sup>26</sup> Para que se valide que un país ha eliminado la transmisión maternoinfantil del VIH, debe alcanzar y mantener distintas metas relacionadas con la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH, la tasa de nuevas infecciones pediátricas por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, la cobertura de la atención prenatal, la cobertura de las pruebas de detección del VIH en las embarazadas, y la cobertura del tratamiento de las embarazadas seropositivas.

las Bahamas, Belarús, Burkina Faso, Burundi, Camboya, China, Chipre, Colombia, Cuba, Eslovenia, España, Georgia, Grecia, el Irán, Italia, Lesotho, el Líbano, Malasia, Malawi, México, Namibia, el Perú, la República Democrática Popular Lao, la República Unida de Tanzania, Seychelles, Sierra Leona, Sri Lanka, Suiza, Uganda y el Uruguay trabajaron para prestar servicios relacionados con el VIH que satisficieran las necesidades y preferencias de las mujeres embarazadas y las que acababan de ser madres. Por ejemplo, entre las innovaciones hospitalarias de Lesotho se incluyeron clínicas en las que las mujeres que vivían con el VIH y sus parejas recibían asesoramiento en materia de planificación familiar y se las animaba a buscar un embarazo solo cuando hubieran logrado la supresión de la carga viral<sup>27</sup>. El Perú incorporó directrices de sensibilidad cultural en las normas para la prevención de la transmisión maternoinfantil, para asegurar que fueran atendidas las necesidades de las mujeres indígenas.

39. La OMS actualizó la guía de validación mundial sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH e incorporó un instrumento de evaluación de los derechos humanos, la igualdad de género y la participación de la sociedad civil. La UNODC, la OMS, el UNFPA y ONU-Mujeres elaboraron una guía técnica para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en las cárceles. En Etiopía, el Programa Mundial de Alimentos proporcionó asistencia alimentaria y nutricional a 26.000 mujeres que participaban en el programa de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, a fin de apoyar su adhesión al tratamiento, con lo que el número de infecciones por el VIH entre sus hijos menores de 1 año se aproximó a cero.

#### **D. Abordar las causas fundamentales que impulsan la epidemia del VIH entre las mujeres y las niñas**

40. Las causas fundamentales que impulsan la epidemia del VIH entre las mujeres y las niñas influyen en todas las áreas de la respuesta al VIH. Las normas de género desiguales suelen limitar el acceso de las mujeres a la información y los servicios relacionados con el VIH y las ponen en peligro de sufrir discriminación y violencia por razón de género, incluso prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina, que pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH. Entre los factores estructurales que impulsan el VIH se encuentran las leyes y políticas que no apoyan los derechos de las mujeres y las niñas a la salud, incluidos los servicios relacionados con el VIH, ni previenen la discriminación y la violencia contra ellas. Otro de los factores estructurales es la falta de acceso a la educación y al empleo que pueden proporcionarles los recursos para prevenir el VIH y acceder al tratamiento.

##### **Fortalecimiento de los marcos jurídicos y normativos que fomentan la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres**

41. Es esencial contar con un marco jurídico y normativo propicio para acelerar el progreso de las mujeres y niñas en la respuesta al VIH. En un examen realizado en 2018 por la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación se determinó que 89 países habían fortalecido su marco jurídico y normativo para apoyar la respuesta al VIH mediante la promulgación o reforma de leyes que reconocían el derecho a una educación sexual integral, por ejemplo, o mediante la protección de las mujeres contra la violencia de género que aumenta su riesgo de contraer el VIH. Al mismo tiempo, en muchos países, los derechos reproductivos de las mujeres se ven restringidos, lo

<sup>27</sup> Lesotho, “Final report for a joint review of HIV/tuberculosis and hepatitis programmes” (2 de diciembre de 2017).

que limita el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>28</sup>. En 2019, 82 de los 104 países que presentaron informes al Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA exigían el consentimiento de los padres para que los adolescentes pudieran acceder a las pruebas de detección del VIH.

42. Las autoridades de Bosnia y Herzegovina, Botswana, Burundi, Camboya, Chipre, El Salvador, Eslovenia, España, Grecia, Guatemala, Italia, el Líbano, Malawi, México, Namibia, la República Democrática Popular Lao, la República Unida de Tanzania, Sierra Leona, Suiza, Uganda, Zambia y Zimbabwe elaboraron, revisaron o aplicaron marcos jurídicos y normativos para apoyar su respuesta al VIH. Por ejemplo, Malawi promulgó la Ley (de Prevención y Tratamiento) del VIH y el Sida, que prohíbe cualquier práctica nociva que ponga a una persona en riesgo de infección por el VIH y de discriminación relacionada con el VIH. México y España prohibieron el matrimonio infantil en 2019. Namibia redujo de 16 a 14 años la edad de consentimiento de los padres para las pruebas del VIH.

43. ONU-Mujeres capacitó a agentes de la autoridad, magistrados, trabajadores de la salud, periodistas, representantes de las personas que viven con el VIH y representantes de la comunidad sobre la nueva Ley (de Prevención y Tratamiento) del VIH y el Sida en Malawi y apoyó la elaboración de planes de trabajo para sensibilizar al público sobre la Ley. En Viet Nam, ONUSIDA, ONU-Mujeres y la OMS apoyaron el diálogo de las mujeres de grupos de población clave y las mujeres que viven con el VIH con los miembros del parlamento sobre la aplicación de las leyes de prevención y control del VIH con perspectiva de género.

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

44. El estigma y la discriminación limitan la capacidad de las mujeres y las niñas para prevenir el VIH y acceder a los servicios de atención de la salud. Sin embargo, menos de la mitad (el 43 %) de los informes nacionales preparados por los Gobiernos con ocasión del 25° aniversario de la aprobación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995) incluían información sobre las medidas específicas adoptadas en los últimos cinco años para prevenir la discriminación y promover los derechos de las mujeres y las niñas que viven con el VIH.

45. En Bosnia y Herzegovina, Burundi, China, El Salvador, España, Grecia, Jamaica, México y Sierra Leona se hizo frente al estigma de las mujeres y las niñas que viven con el VIH mediante leyes y políticas, capacitación para los proveedores de servicios sociales y de salud en materia de género y VIH, y actividades de sensibilización de la población. En España, se introdujo un nuevo pacto social para la no discriminación y la igualdad de trato de las personas que viven con el VIH, que hace hincapié en la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La República Unida de Tanzania capacitó a más de 8.000 funcionarios gubernamentales sobre cómo aplicar en sus comunidades la Estrategia Nacional Multisectorial de Reducción del Estigma y la Discriminación por el VIH y el Sida y su Plan Operacional sobre Género.

46. En 2018, ONUSIDA, ONU-Mujeres, el PNUD y la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH pusieron en marcha la Alianza Mundial de Acciones tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación Relacionadas con el VIH, con el fin de acelerar las acciones para acabar con el estigma y la discriminación que sufren las personas que se quedan atrás en la respuesta al VIH, incluidas las mujeres y las niñas. En el ámbito nacional, ONUSIDA apoyó al Brasil en la aplicación de la

<sup>28</sup> Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, *HIV and the law: risks, rights and health* (Nueva York, 2018).

agenda para la discriminación cero en los entornos de asistencia sanitaria, facilitando el diálogo entre los prestadores de asistencia sanitaria y las mujeres que viven con el VIH, las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero.

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

47. A causa de la violencia, o del miedo a la violencia, es difícil que las mujeres insistan en tener relaciones sexuales sin riesgo, utilicen métodos de prevención del VIH, y comiencen la terapia antirretrovírica y mantengan el tratamiento. Las mujeres que experimentan violencia tienen peores resultados clínicos y una menor supresión vírica que las demás mujeres que viven con el VIH. La mayoría de los países reconocen el vínculo entre la violencia de género y el VIH; en 2019, 86 de los 100 países que presentaron informes al Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA incluían el VIH en sus planes o estrategias nacionales respecto de la violencia de género o la violencia contra las mujeres. Para poner fin a la violencia es necesario fortalecer las respuestas institucionales a la violencia, por ejemplo en los ámbitos de la salud y la educación, y modificar las normas de género empoderando a las mujeres, recabando la participación de los hombres y movilizándolo a las comunidades.

48. Las autoridades de las Bahamas, Bosnia y Herzegovina, Burundi, Colombia, el Ecuador, El Salvador, Eswatini, Georgia, Grecia, Jamaica, Jordania, el Perú, la República Centroafricana, la República Democrática Popular Lao, Rumania, Sri Lanka, Suiza, Uganda, el Uruguay y Zambia tomaron medidas para reducir la violencia de género, una de las causas fundamentales del VIH, y responder a ella. Por ejemplo, Georgia elaboró formularios estandarizados para ayudar a los profesionales de la salud a prestar servicios a las víctimas de la violencia por razón de género. Los formularios incluyen procedimientos para la profilaxis posterior a la exposición para la prevención del VIH, una herramienta de evaluación de riesgos y orientación sobre asesoramiento y remisión a los servicios pertinentes, y orientación para la comunicación de datos. Entre 2016 y 2018, 300 profesionales sanitarios recibieron capacitación sobre el uso de los formularios.

49. El fondo fiduciario de las Naciones Unidas en apoyo de las medidas para eliminar la violencia contra la mujer apoyó la adaptación y ampliación del enfoque de movilización comunitaria “SASA!” para prevenir la violencia y el VIH. En Haití, el programa logró que el 96 % de las mujeres y el 90 % de los hombres reconocieran que la violencia aumenta el riesgo de infección por el VIH para las mujeres. Para abordar la violencia en las escuelas, la UNESCO y ONU-Mujeres publicaron las orientaciones internacionales para abordar la violencia de género en el ámbito escolar. La UNESCO también prestó apoyo a Eswatini, la República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe para la aplicación del instrumento “Connect with Respect”, que fomenta la capacidad de los docentes en materia de violencia de género en las escuelas<sup>29</sup>.

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

50. La educación y el empoderamiento económico pueden reforzar las garantías de subsistencia y apoyar a las mujeres y las niñas en la prevención del VIH y el acceso a los servicios conexos. En un estudio realizado en 2018 por el Banco Mundial, se encontró que las mujeres con educación secundaria percibían ingresos que duplicaban con creces los de aquellas que no tenían educación, tenían un mayor conocimiento del VIH/sida y eran más capaces de tomar decisiones sobre su propia atención

<sup>29</sup> UNESCO, *Connect with respect: preventing gender-based violence in schools. Classroom programme for students in early secondary school (ages 11–14)* (Bangkok, 2018).

médica<sup>30</sup>. Un obstáculo para la educación de las niñas y el empleo de las mujeres en los entornos con alta prevalencia del VIH son sus responsabilidades de cuidados, que son mayores para las mujeres que para los hombres<sup>31</sup>. En un estudio realizado en tres países con epidemias generalizadas, se determinó que las mujeres que vivían en un hogar con un integrante de la familia con VIH tenían menos probabilidades de trabajar por una remuneración o una ganancia<sup>32</sup>. Esto aumenta las dificultades financieras, sobre todo en los hogares encabezados por mujeres, y puede contribuir a aumentar el riesgo de infección por el VIH. Las políticas que reconocen, reducen y redistribuyen el trabajo de cuidados no remunerado apoyan la autonomía económica de las mujeres y pueden reducir el impacto del VIH.

51. Las autoridades de Burundi, Camboya, Eswatini, Georgia, Grecia, el Irán, Lesotho, Malawi, Namibia, la República Centroafricana, la República Democrática Popular Lao, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe reforzaron las oportunidades educativas y económicas de las mujeres y las niñas, y aumentaron así su capacidad para protegerse del VIH y obtener servicios conexos. Por ejemplo, Malawi y Sudáfrica utilizaron transferencias en efectivo para mantener a las niñas en la escuela y fomentar comportamientos saludables que previenen el VIH. Namibia y Zambia utilizaron transferencias en efectivo para aumentar la utilización por los adolescentes de los servicios relacionados con el VIH.

52. En África Oriental y Meridional, la Organización Internacional del Trabajo combinó actividades para aumentar la independencia económica de las mujeres con la promoción de sus derechos y de un mayor acceso a los servicios relacionados con el VIH. En Djibouti, el Programa Mundial de Alimentos brindó capacitación para el emprendimiento a mujeres que vivían con el VIH y les concedió préstamos para pequeñas empresas. El programa mejoró la calidad de vida de las mujeres que participaron, permitiéndoles recuperar la dignidad en sus comunidades y reforzar su seguridad financiera.

### **Modificar las normas de género empoderando a las mujeres, recabando la participación de los hombres y movilizándolo a las comunidades**

53. Las normas de género son las expectativas sociales o reglas informales compartidas sobre cómo deben comportarse las mujeres y los hombres. En muchos casos, esas normas ponen en desventaja a las mujeres en la respuesta al VIH al desalentar el debate sobre la sexualidad y la prevención del VIH por parte de las mujeres; limitar la toma de decisiones independiente de las mujeres y las niñas en relación con su salud sexual y reproductiva; restringir el acceso de las mujeres y las niñas a las pruebas de detección y el tratamiento del VIH; o poner a las mujeres y las niñas en riesgo de sufrir discriminación y violencia de género. Las intervenciones eficaces para cambiar los estereotipos y normas de género son a menudo multisectoriales e involucran a las mujeres y los hombres, los líderes comunitarios y religiosos, el personal sanitario y los agentes del orden en el diálogo sobre el efecto de las normas de género en la salud.

54. Las autoridades de Bosnia y Herzegovina, Botswana, Georgia, Grecia, Italia, Jamaica, Malasia, Malawi, la República Unida de Tanzania, Rumania, Suiza y Zambia realizaron actividades de concienciación y apoyaron el diálogo comunitario sobre la igualdad de género y las normas de género perjudiciales que aumentan el riesgo de las mujeres y las niñas de contraer el VIH, mediante los contactos con líderes

<sup>30</sup> Quentin Wodon y otros, "Educating girls and ending child marriage: a priority for Africa" (Washington D.C., 2018).

<sup>31</sup> Banco Mundial, "World Bank Country and Lending Groups" (Washington D.C., 2019).

<sup>32</sup> Cattaneo y otros, *The impact of HIV on care work and the care workforce* (Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019).

tradicionales y religiosos, a través de los medios tradicionales y sociales, y con representaciones teatrales y actividades en las escuelas. Por ejemplo, Camboya, la República Unida de Tanzania y Zambia trabajaron para que los hombres se comprometieran a prevenir el VIH entre las mujeres y las niñas. Sudáfrica empoderó a las mujeres y las niñas directamente a través de la campaña “She Conquers”, que fomenta la autoestima, la preparación para la vida y la confianza en sí mismas para prevenir el VIH.

55. Después de tres años en el programa del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola en Malawi, las mujeres agricultoras se volvieron más asertivas en la planificación; sus maridos apreciaron más el papel que desempeñan las mujeres en el hogar y en la agricultura; disminuyeron los comportamientos de alto riesgo; y las familias se volvieron menos vulnerables al impacto del sida debido al acceso y el control cada vez más equitativos respecto de los recursos. En Sudáfrica, la campaña HeForShe de ONU-Mujeres, que alienta a los hombres a tomar medidas contra los estereotipos y comportamientos negativos, organizó una serie de diálogos sobre el papel que desempeñan las normas de género en las relaciones que influyen en la capacidad de prevenir el VIH y la violencia contra las mujeres. Después de ocho meses de aplicación, el 57 % de los participantes en la iniciativa dijeron que habían tenido acceso a pruebas de detección del VIH y, si se les había diagnosticado el VIH, habían tenido acceso a atención médica. Los hombres que participaron también demostraron cambios positivos en sus actitudes y comportamientos relacionados con la prevención del VIH y la violencia<sup>33</sup>.

## V. Conclusiones y recomendaciones

56. **Se han hecho progresos para prevenir el VIH y poner fin al sida entre las mujeres y las niñas. No obstante, se siguen elevando las tasas de nuevas infecciones entre las mujeres y las niñas en Europa Oriental, Asia Central, Oriente Medio y África del Norte, y América Latina. Más mujeres tienen acceso a las pruebas de detección y al tratamiento, especialmente porque la mayoría de los países han integrado los servicios relacionados con el VIH con los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres. La mayoría de las embarazadas que viven con el VIH obtienen servicios para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH, y la OMS ha certificado que 12 países y zonas han eliminado la transmisión maternoinfantil del VIH. Al mismo tiempo, no se han ampliado las estrategias de eficacia probada para prevenir el VIH entre las mujeres y las niñas; no se ha dado prioridad a la investigación de métodos de prevención del VIH controlados por las propias mujeres y de tratamientos seguros y apropiados para las mujeres y las niñas; y apenas se han incluido enfoques con perspectiva de género en las estrategias, políticas y presupuestos nacionales sobre el VIH. No se ha prestado suficiente atención a las causas fundamentales que impulsan el VIH entre las mujeres y las niñas, como las normas de género desiguales y las desigualdades estructurales entre los géneros.**

57. **La Comisión tal vez desee alentar a los Estados Miembros a:**

a) **Cumplir su compromiso de lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas, asumido en virtud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, integrando enfoques e intervenciones con perspectiva de género en las estrategias y políticas nacionales sobre el VIH;**

<sup>33</sup> UNUSIDA, “Communities at the centre: Global AIDS Update 2019” (Ginebra, 2019).

b) Implicar a las organizaciones de mujeres y a las redes de mujeres y niñas que viven con el VIH como asociados clave en el diseño, la presupuestación, la ejecución y el seguimiento de la respuesta al VIH a nivel regional, nacional y subnacional;

c) Recopilar y utilizar datos sobre el VIH desglosados por sexo y edad y realizar análisis de género de las causas fundamentales que impulsan la epidemia del VIH entre las mujeres y las niñas, sobre todo en grupos específicos, como las adolescentes y las jóvenes, las mujeres de grupos de población clave, las mujeres migrantes, las mujeres de edad y las mujeres con discapacidad;

d) Elaborar presupuestos suficientes para enfoques e intervenciones sobre el VIH con perspectiva de género, reducir los obstáculos financieros que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios relacionados con el VIH, y velar por la disponibilidad de recursos para satisfacer las necesidades y prioridades de grupos específicos, como las adolescentes y las jóvenes y las mujeres de grupos de población clave;

e) Lograr la cobertura sanitaria universal para satisfacer mejor las amplias necesidades de las mujeres y las niñas a lo largo de su vida y reducir las desigualdades de género que afectan la epidemia del VIH;

f) Ampliar las estrategias de eficacia probada para prevenir el VIH entre las mujeres y las niñas, entre otras cosas mediante los métodos de prevención controlados por las propias mujeres y haciendo frente a los factores de riesgo subyacentes que originan los elevados porcentajes de infección por el VIH, sobre todo la desigualdad de género y la falta de educación sobre salud sexual y reproductiva;

g) Apoyar y reforzar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y fortalecer la integración de los servicios sanitarios en materia de VIH y de salud sexual y reproductiva para las mujeres y las niñas;

h) Desarrollar y ampliar los programas de prevención del VIH específicos para las adolescentes y las jóvenes y garantizar la disponibilidad de servicios de detección y tratamiento del VIH adaptados a los jóvenes;

i) Llevar a cabo investigaciones sobre métodos eficaces de prevención del VIH controlados por las mujeres y regímenes de tratamiento antirretrovírico para las mujeres y las niñas a lo largo de su vida y aumentar sustancialmente la participación de las mujeres y las niñas en la labor de investigación y los ensayos clínicos de tratamiento;

j) Determinar los obstáculos relacionados con el género que impiden el acceso a los servicios de detección y tratamiento del VIH y tomar medidas para reducirlos, proporcionando servicios que satisfagan las necesidades y preferencias de las mujeres y las niñas que viven con el VIH, incluidas las embarazadas y las mujeres y niñas marginadas;

k) Facilitar el acceso de las mujeres y las niñas que viven con el VIH a una amplia gama de servicios sanitarios que satisfagan sus necesidades de atención sanitaria a lo largo de toda su vida, incluido el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y relacionados con las coinfecciones y las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, las enfermedades no transmisibles y la tuberculosis;

l) Apoyar a las mujeres y las niñas que cuidan a personas que viven con el VIH mediante la aplicación de políticas que reconozcan, reduzcan y redistribuyan el trabajo de cuidados no remunerado;

m) **Abordar los factores estructurales que impulsan el VIH mediante la promulgación y aplicación de leyes y políticas que apoyen el derecho de las mujeres y las niñas a la salud, eliminar la discriminación y la violencia de género y promover el acceso de las mujeres y las niñas a la educación y a un salario justo e igualitario;**

n) **Empoderar a las mujeres, involucrar a los hombres y movilizar a las comunidades para cambiar las normas de género que afectan la prevención y el tratamiento del VIH entre las mujeres y las niñas, incluidas las normas relativas a la toma de decisiones independiente por las mujeres en relación con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, así como las normas relacionadas con el estigma, la discriminación, la violencia de género y las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.**

58. **La Comisión tal vez desee alentar al sistema de las Naciones Unidas y otros agentes internacionales a:**

a) **Dar prioridad a enfoques e intervenciones con perspectiva de género en su programación y financiación para el VIH, en particular a estrategias para llegar a las adolescentes y las jóvenes, las mujeres y las niñas de grupos de población clave y otros grupos marginados de mujeres y niñas;**

b) **Aprovechar las sinergias entre los sectores de desarrollo, incluidos la salud, la educación y el empoderamiento económico, para lograr resultados compartidos en materia de igualdad de género y acelerar los progresos para poner fin al sida;**

c) **Facilitar que las organizaciones de mujeres y las redes de mujeres que viven con el VIH participen en la toma de decisiones sobre la respuesta al VIH y asuman el liderazgo al respecto, entre otras cosas proporcionando financiación a largo plazo para la creación de capacidad interna y la promoción;**

d) **Realizar un seguimiento de las asignaciones y los gastos de los programas sobre el VIH encaminados a fortalecer la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres;**

e) **Asegurar que en el marco de los esfuerzos mundiales y nacionales para lograr la cobertura sanitaria universal se definan estrategias que satisfagan las necesidades de las mujeres y las niñas a lo largo de su vida, y reducir efectivamente la desigualdad de género;**

f) **Apoyar la capacidad nacional de investigación y reunir pruebas de enfoques e intervenciones eficaces que ayuden a alcanzar las metas de prevención y tratamiento del VIH para las mujeres y las niñas;**

g) **Aplicar enfoques de alto impacto con base empírica que aborden las necesidades específicas de las adolescentes y las jóvenes en materia de prevención, detección, tratamiento y atención del VIH;**

h) **Promover la inclusión de las mujeres y las niñas en los ensayos clínicos y apoyar la investigación para desarrollar métodos de prevención y tratamiento del VIH específicamente para las mujeres y las niñas;**

i) **Mejorar la calidad de los servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH para que tengan en cuenta los factores sociales y estructurales que impulsan el VIH e impiden que las mujeres accedan a los servicios relacionados con el VIH;**

j) **Apoyar los esfuerzos para que las mujeres y las niñas que viven con el VIH tengan acceso a una amplia gama de servicios de salud según sus necesidades;**

**k) Involucrar a los hombres y los niños y apoyar a las comunidades a la hora de examinar el impacto de las normas de género en el riesgo del VIH para las mujeres y niñas y su acceso a los servicios relacionados con el VIH, y poner en marcha acciones para abordarlas.**

---