Unión Africana

ONU MUJERES

Igualdad de Género, Empoderamiento de las Mujeres (Gewe) y VIH en África:

El impacto de temas transversales y prioridades continentales clave

PREFACIO

La compleja relación de los factores sociales, económicos y estructurales, tales como; la pobreza, la desigualdad de género, la relación de poder desigual, la violencia de género, el aislamiento social y el acceso limitado a la educación aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH. Además, estos factores las privan de voz y capacidad para tomar decisiones sobre sus vidas, reducen su capacidad de acceder a servicios que satisfagan sus necesidades, aumentan sus riesgos de violencia u otras prácticas nocivas y obstaculizan su capacidad para mitigar el impacto del SIDA.

Las adolescentes y las mujeres jóvenes tienen más del doble de probabilidades de contraer el VIH que sus pares masculinos. Las enfermedades relacionadas con el SIDA siguen siendo una de las principales causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años) en África. En África subsahariana, las mujeres jóvenes y las adolescentes representaron una de cada cuatro nuevas infecciones en 2019, a pesar de representar alrededor del 10% de la población total. Además, solo alrededor de un tercio de las mujeres jóvenes en el África subsahariana poseen conocimiento completo y preciso sobre el VIH. Casi el 30% de las mujeres de 15 años o más han sufrido violencia de género con violencia de pareja íntima que oscila entre el 13% y el 97%. Durante el desplazamiento y las épocas de crisis, el riesgo de violencia de género aumenta significativamente para las mujeres y las niñas.

Cuarenta años de respuesta al VIH nos han enseñado a la comunidad mundial que es esencial tener un enfoque que se base en los derechos humanos con el fin de crear entornos propicios para respuestas con éxito en relación al VIH y garantizar la dignidad de las personas que viven con el VIH o que son vulnerables al mismo. Este informe es oportuno y tiene como telón de fondo varios compromisos mundiales y regionales que abordan las desigualdades sistémicas y las que responden al VIH, incluyendo la Agenda 2063 de África, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Plan de Acción de Maputo y la Declaración Política sobre el SIDA de 2021. Aquí se destaca cómo el género se cruza con otros factores de desigualdades como los ingresos, la edad, la violencia de género, el estigma, la discriminación y el matrimonio infantil para exacerbar la vulnerabilidad y susceptibilidad de las mujeres a la infección por el VIH y también influir en los resultados sanitarios.

Las demandas de enfoques transformadores sociales y de género están aumentando a medida que la respuesta al VIH alcanza un hito importante y avanza hacia su último kilómetro. Los países han implementado varios programas integrales de mejores prácticas enfocados en mejorar la voluntad, el empoderamiento económico y el acceso a los servicios de VIH y salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos (SSR & DR) para niñas adolescentes y mujeres jóvenes, como el programa DREAMS, SASA, HER, y el "Ella Conquista" con resultados positivos reportados. Se requieren mayores inversiones en estas innovaciones comprobadas para mantener y acelerar el progreso hacia los objetivos del 2030. Los Estados miembros han demostrado voluntad política y liderazgo para abordar el VIH. África oriental y meridional han proporcionado liderazgo al aumentar la asignación de recursos nacionales a los programas de VIH en un 26% entre 2010 y 2019.

Si bien en la mayoría de los países el progreso en la reducción de la infección por el VIH y el tratamiento de las personas que viven con el VIH ha sido encomiable, la pandemia de COVID-19 ha agravado la situación. Ha revelado desigualdades sociales profundamente arraigadas y ha amenazado con destruir los avances logrados en torno a los objetivos de 2020, que ya estaban fuera de curso.

Lograr los objetivos del Marco Catalizador de la Unión Africana (UA) de poner fin al SIDA para el 2030 requerirá transformar las normas sociales perjudiciales, reducir la discriminación y las desigualdades de género, promover el empoderamiento de las mujeres y satisfacer la SSR y los DR de las mujeres.

A través de esta asociación, la CUA, ONUSIDA y ONU Mujeres tienen como objetivo promover una acción coherente y coordinada en la UA y la ONU para un enfoque basado en los derechos humanos y susceptible al género con el fin de abordar la pandemia del SIDA a través de políticas, procesos e iniciativas a nivel

nacional, regional y continental. Además, la colaboración subraya la importancia de invertir en la creación y el fortalecimiento de asociaciones multisectoriales y la generación de datos desglosados por sexo como facilitadores y aceleradores clave de soluciones duraderas y para respuestas exitosas al VIH. Por lo tanto, hacemos un llamado a todas las partes interesadas para que apoyen las audaces recomendaciones de este informe para sellar las líneas divisorias de las desigualdades de género y los problemas afines que mantienen a las mujeres y las niñas vulnerables al VIH y les impiden ejercer su derecho a la salud. Comprometámonos todos a invertir colectivamente recursos suficientes y a acelerar los esfuerzos para poner fin al SIDA para el 2030.

Victoria Lehau Maloka
Directora Ag de Mujeres
Dirección de Género y Juventud

Berthilde Gahongayire
Director de ONUSIDA para Etiopía y
Oficina de enlace del director interino de la UA y la UNECA

Letty Chiwara
Representante de ONU Mujeres en Etiopía, UA y UNECA

AGRADECIMIENTOS

El informe y el resumen de políticas titulado “Igualdad de género, empoderamiento de las mujeres (GEWE) y VIH en África: el impacto de los problemas transversales y las prioridades continentales clave” fue elaborado por la Dirección de Mujeres, Género y Juventud de la Comisión de la Unión Africana (CUA) (WGYD por sus siglas en inglés) con el apoyo y en asociación con la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA).

Los socios expresan su gratitud a los coinvestigadores, la Dra. Mary Nyikuri y el Sr. Jacob Awolaja, por su papel fundamental en la elaboración del documento, que proporciona un análisis completo y excelentes conocimientos sobre los problemas y prioridades de respuesta del VIH / SIDA con perspectiva de género en África.

El estudio se benefició de las contribuciones del equipo técnico y de liderazgo que apoyó el proceso de investigación, a saber:

COMISIÓN DE LA UNIÓN AFRICANA - WGYD

Victoria Lehau Maloka, Tapiwa Uchizi Nyasulu Rweyemamu (PhD)

Hilina Wassihun e Inas Mubarak Yahia Abbas (Departamento de Salud, Asuntos Humanitarios y Desarrollo Social de Asuntos Sociales de las CUA (DHHAS)

ONUSIDA

Netseht Tadeseh, Irene Maina y Kreeneshni Govender

ONU MUJERES

Marie Goretti Nduwayo, Tikikel Tadele Alemu, Amen Deneke y Dukaye Amare Mergia (Enlace de ONU Mujeres para la UA y la ECA)

Jacqueline Utamuriza-Nzisabira (Oficina multinacional de ONU Mujeres en Sudáfrica), Addisalem Befekadu (Oficina de país de ONU Mujeres en Etiopía) Jack Onyisi Abebe (ONU Mujeres ESARO), Nazneen Damji y Elena Kudravtseva (Sede de ONU Mujeres)

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE QUADRAS

LISTA DE ILUSTRACIONES

ABREVIATURAS

ABYM	Adolescentes y hombres jóvenes
ACHPR	La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos
AEC	La Comunidad de África Oriental (CAO)
AU	La Unión Africana – UA
CUA	Comisión de la Unión Africana CUA
AfDB	Banco de Desarrollo Africano
AGYW	Niñas adolescentes y mujeres jóvenes
AMA	Agencia de Medicamentos de África
ACRWC	Carta Africana de Derechos y Bienestar del Niño
APHRC	Centro Africano de Investigaciones sobre Población y Salud
ARVS	Medicamentos antirretrovirales
AWA	AIDS Watch Africa
CARMMA	Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África
CEDOVIP	Centro para la Prevención de la Violencia de Género
CECM	Campañas para Poner Fin al Matrimonio Infantil
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CSW	Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer
CSO	Organizaciones de la Sociedad Civil – OSC
ECOWAS	La Comunidad Económica de los Estados de África Occidental
DREAMS	Determinado, Resiliente, Empoderado, Libre de SIDA, Guiado y Seguro
ESA	África Oriental y Meridional
FGM	Mutilación Genital Femenina
TGF	El Fondo Mundial
GBV	La Violencia de Género – VG
GVAW	Violencia de Género Contra las Mujeres
GEWE	Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres
GIMAC	Campaña del Género es mi Agenda
HIV	Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH
ICPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
MPoA	Plan de Acción de Maputo
NEPAD	Nueva Alianza para el Desarrollo de África
PMP	Plan Maestro Farmacéutico
PrEP	Profilaxis Previa a la Exposición
OAFLA	Organización de Primeras Damas Africanas
OAU	Organización de la Unidad Africana

REC	Comunidades Económicas Regionales
SADC	Comunidad de Desarrollo de África Meridional
SRH&RR	Salud Sanitaria Reproductiva y Derechos Reproductivos
TASAF	Fondo de Acción Social de Tanzania
UNAIDS	El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA
UNDP	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD
UNSRC	Resolución del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas
UN WOMEN	La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
UNECA	La Comisión Económica de las Naciones Unidas para África
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para los Niños
UNFPA	El Fondo de Población de las Naciones Unidas
VMMC	Circuncisión Masculina Médica Voluntaria
WCA	África Occidental y Central
WGYD	Dirección de la Mujer, de Género y de la Juventud
WLHIV	Mujeres que Viven con el VIH

"Empoderar a las mujeres y las niñas ... con la agencia para reclamar sus derechos, recibir educación de calidad, disfrutar de una vida sana y tomar medidas para protegerse del VIH es un componente necesario de la combinación de prevención del VIH: cambio estructural que refleja la naturaleza interconectada de Metas de desarrollo sostenible."

Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directora Ejecutiva de ONU Mujeres

CONCEPTOS Y DEFINICIONES CLAVE UTILIZADOS EN EL INFORME

Género: se refiere a las diferencias construidas social y culturalmente entre hombres y mujeres, niños y niñas, que les otorgan un valor, oportunidades y conformidades de vida desiguales. También se refiere a características, habilidades y expectativas típicamente masculinas y femeninas sobre cómo deben comportarse las mujeres y los hombres en la sociedad. Estos personajes tienen un límite de tiempo y son cambiantes.[1]

Desigualdad de género: se refiere a oportunidades desiguales relacionadas con el género, los roles de género y la expectativa de obtener y controlar los recursos sociales, económicos y políticos, incluyendo la protección legal (como los servicios de salud, la educación y el derecho al voto). Es importante destacar que la desigualdad de género a menudo determina resultados específicamente diferenciales, desiguales y negativos de desarrollo y de salud para mujeres y hombres, y para niñas y niños.[2],[3]

Igualdad de género: se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres y niñas y niños. La igualdad no significa que las mujeres y los hombres vayan a ser iguales, sino que los derechos, las responsabilidades y las oportunidades de las mujeres y los hombres no dependerán de que hayan nacido hombre o mujer.[4]

Normas de género: Las normas de género son ideas sobre cómo deben ser y actuar los hombres y las mujeres. Interiorizamos y aprendemos estas "reglas" temprano en la vida. Esto establece un ciclo de vida de socialización y estereotipos de género.[5]

Roles de género: Los roles de género se refieren a normas sociales y de comportamiento que, dentro de una cultura específica, se consideran socialmente apropiadas para hombres, mujeres, niños y niñas.[6]

Violencia de género (VG): La VG es un término general para cualquier acto dañino que se perpetra contra la voluntad de una persona y que se basa en las diferencias socialmente atribuidas entre mujeres y hombres. La naturaleza y el alcance de tipos específicos de VG varían según las culturas, los países y las regiones. Los ejemplos incluyen la violencia sexual, el matrimonio precoz y la mutilación genital femenina.[7]

Transformadora de género: Transformar las relaciones de género desiguales para promover el poder compartido, el control de los recursos, la toma de decisiones y el apoyo al empoderamiento de las mujeres[8]. Aborda las causas de las desigualdades de género y trabaja para transformar las normas, roles, comportamientos, prácticas y relaciones de poder dañinas de género.[9]

Salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos (SSR & DR): La salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos está en el contexto del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres en África (Protocolo de Maputo), que garantiza que se respete y promueva el derecho a la salud de la mujer, incluyendo el derecho de la mujer a controlar su fertilidad; el derecho a decidir si desea tener hijos, el número de hijos que quiere tener y el espaciamiento entre los hijos; el derecho a elegir cualquier método anticonceptivo; el derecho a la autoprotección y la protección contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH / SIDA; el derecho a ser informada sobre su estado de salud y sobre el estado de salud de su pareja, en particular si está afectado por infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH / SIDA, de conformidad con las normas y mejores prácticas reconocidas internamente; y el derecho a recibir educación en planificación familiar. En consecuencia, los Estados Partes deben tomar todas las

medidas apropiadas para proporcionar servicios de salud adecuados, asequibles y accesibles, tales como programas de información, educación y comunicación para las mujeres, especialmente en las zonas rurales; establecer y fortalecer los servicios de salud y nutrición prenatal, parto y postnatal existentes para las mujeres durante el embarazo y la lactancia; y proteger los derechos reproductivos de la mujer autorizando el aborto con medicamentos en casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando la continuación del embarazo ponga en peligro la salud mental y física de la madre o la vida de la madre o del feto.[10]

Salud reproductiva: tal y como se define en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (Protocolo de Maputo) "es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva, por lo tanto, implica que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Implícitos en esta última condición están los derechos de hombres y mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos de su elección para controlar su fecundidad que no vayan contra la ley, y el derecho de acceso a servicios de salud adecuados que permitan a las mujeres de tener un embarazo y un parto seguros y de brindar a las parejas las mejores posibilidades de tener un bebé sano".[11]

Los determinantes sociales y el VIH: abordar los determinantes de la vulnerabilidad y responder a las necesidades integrales de las personas que viven con el VIH y corren un mayor riesgo de contraerlo son fundamentales para poner fin a la epidemia del SIDA como amenaza para la salud pública.[12]

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

Las niñas y mujeres africanas soportan una carga mundial desproporcionada de morbilidad provocada por la pandemia del VIH / SIDA. Las mujeres representan más de la mitad de las personas que viven con el VIH (63%) y el 60% de las nuevas infecciones entre los adultos (de 15 años o más) en África. Las mujeres jóvenes tienen una carga desproporcionada, representando más del doble del número de personas que viven con el VIH (1,9 millones frente a 0,85 millones) y más del 70% de las nuevas infecciones por el VIH en su grupo de edad. Esto se traduce en más de 4.600 nuevas infecciones por VIH por semana entre las adolescentes y mujeres jóvenes de África. Las adolescentes y las mujeres jóvenes tienen más del doble de probabilidades de contraer el VIH que sus pares masculinos. Las enfermedades relacionadas con el SIDA siguen siendo una de las principales causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años) en África.

El VIH entre las niñas y mujeres africanas está alimentado por múltiples desigualdades de género que se entrelazan a nivel individual, sociocultural, económico y sistémico. Estas desigualdades de género, incluida la violencia de género y la violencia de pareja íntima, exacerban la vulnerabilidad fisiológica de las mujeres y las niñas al VIH y bloquean su acceso a los servicios, las pruebas, el tratamiento y los cuidados relacionados con el VIH. Si bien el VIH es impulsado por la desigualdad de género, también afianza la desigualdad de género, dejando a las mujeres más vulnerables a su impacto. El desequilibrio de poder entre hombres y mujeres significa que muchas mujeres jóvenes no pueden tomar decisiones sobre su salud. Estas desigualdades son más graves para las mujeres marginadas, migrantes y con discapacidad debido a su mayor riesgo de sufrir discriminación y violencia. Algunas de las desigualdades de género que impulsan la epidemia del VIH son; violencia de género, incluido el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina, las desigualdades en el poder y la toma de decisiones, la falta de empoderamiento económico de las mujeres, la falta de acceso de las niñas a la educación, los factores legales y políticos como los marcos legales discriminatorios, el estigma y la discriminación, la crisis humanitaria y el COVID 19 como factor transversal.

Este documento de política llega en un momento importante a nivel mundial y continental. El año 2020 marca un momento decisivo para el Calendario de Igualdad de Género de la Unión Africana (UA): es el décimo aniversario y el final del primer Decenio de las Mujeres Africanas (AWD) sobre el Enfoque de Base para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres 2010-2020. También marca las celebraciones del 20 aniversario de la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (UNSRC) y el 25 aniversario de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Asimismo, el 2020 también marca el inicio de la década de acción decisiva de los ODS. Cabe destacar que igualmente se marcan los primeros 5 años desde que la UA adoptó el Marco Catalítico para Poner Fin al SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para el 2030 con el fin de monitorear el progreso en torno a poner fin al VIH / SIDA para el 2030.

OBJETIVO

En este contexto, el informe tiene como objetivo, en primer lugar, proporcionar información sobre cómo el género y otras desigualdades transversales impactan en el riesgo y la vulnerabilidad al VIH de mujeres y niñas en África. En segundo lugar, la revisión tiene como objetivo proporcionar recomendaciones clave a la UA y sus socios sobre la integración de la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y la SSR y los DR en la arquitectura existente de la UA, a través de procesos estratégicos, de planificación, presupuestación e implementación para abordar las barreras y desafíos relacionados con el género en respuesta al VIH. En tercer lugar, proporcionar pruebas que puedan servir como herramienta de promoción para los responsables de la formulación de políticas, los órganos de la UA, los patrocinadores, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias en el diseño de programas nacionales y continentales.

METODOLOGÍA

Se utilizó un enfoque de igualdad de género, SSR & DR y de derechos humanos para revisar los instrumentos, políticas y marcos de la UA con el fin de identificar brechas y avanzar hacia garantizar que la respuesta al VIH en África sea transformadora de género y aborde las necesidades múltiples, cruzadas y cambiantes de las mujeres y las niñas. Los datos se recopilaron de fuentes secundarias a través de una revisión documental realizada por dos consultores internacionales que trabajan bajo la dirección de la Comisión de la Unión Africana (CUA) -WGYD, ONUSIDA y ONU Mujeres, de acuerdo con los principios de respeto y protección de los derechos humanos de mujeres y niñas, a través de un enfoque que se basa en pruebas.

HALLAZGOS

El examen muestra que, a nivel continental, la UA ha demostrado un liderazgo excepcional al unir a los líderes africanos para aprovechar el poder de las políticas y los mecanismos de rendición de cuentas como herramientas eficaces para combatir el SIDA en el continente. Algunos de los compromisos y su enfoque específico en VIH y GEWE son.

1. La Agenda 2063 sirve como modelo y plan maestro de África para transformar el continente como la potencia mundial del futuro. Adoptado en 2013 como una visión de cincuenta años, este marco busca acelerar el cumplimiento del desarrollo y el crecimiento sostenibles, la paz y la seguridad, la gobernanza, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la justicia y el estado de derecho en África.

2. El objetivo de la Estrategia de Salud de África (2016-2030) es garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en África en el contexto de la "Agenda 2063". El Objetivo Estratégico 2 de la AHS destaca "Poner fin al SIDA, la tuberculosis y la malaria, como parte de la reducción de la morbilidad y poner fin a la mortalidad prevenible".

3. El Marco Catalítico de la UA para Poner Fin al SIDA, la Tuberculosis y la Malaria establece una meta para poner fin al SIDA como una amenaza para la salud pública para el 2030. El marco identificó las deficiencias, los desafíos y las oportunidades que han existido en el continente africano con miras a poner fin al SIDA, la tuberculosis y malaria en el contexto de las metas de Abuja +12. Específico para el VIH, el Marco Catalítico 2016-2030 fue adoptado con la visión de crear una "África libre de SIDA, tuberculosis y malaria". Se espera que el continente africano, a través del marco catalítico que es coherente con la Agenda 2063 y la Agenda 2030, ponga fin a estas tres enfermedades para el 2030.

4. En 2018, la UA adoptó su primera estrategia de Igualdad de Género y Empoderamiento de la Mujer (2018-2028) para reafirmar su compromiso de promover la igualdad de género. La Estrategia de Género es fundamental para fortalecer / catalizar la incorporación de la perspectiva de género en la UA de conformidad con la Agenda 2063, el Protocolo de Maputo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Específicamente, la Estrategia de Género contribuye al cumplimiento de la Aspiración 6 de la Agenda 2063 mediante el logro de la "plena igualdad de género en todas las esferas de la vida". Requiere, entre otras cosas, la ratificación, la domesticación y la plena aplicación del Protocolo de Maputo.

5. La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (CADHP) ha desarrollado Observaciones Generales y Directrices sobre temas específicos, para brindar las pautas interpretativas a los Estados miembros sobre las disposiciones del Protocolo de Maputo y la respuesta estatal requerida sobre los derechos de las mujeres y las niñas. Reconoce que las personas que viven con el VIH y las que están en riesgo, como uno de los grupos más vulnerables, están expuestas a graves violaciones de los derechos humanos en África.

6. La Carta Africana de la Juventud se adoptó en 2006 en respuesta a la necesidad de priorizar el desarrollo y el empoderamiento de la juventud. Reitera la necesidad de proteger y hacer realidad los derechos fundamentales de los jóvenes y las niñas a la educación, la información, la comunicación y la conciencia sobre el VIH y la salud reproductiva. La carta pide la eliminación de todas las formas de discriminación, las prácticas culturales nocivas y la violencia contra las niñas y las mujeres jóvenes y la protección de sus derechos garantizando el acceso equitativo a la atención médica, la educación y las oportunidades económicas. Pide a los Estados miembros que proporcionen acceso oportuno al tratamiento para los jóvenes infectados por el VIH / SIDA, incluida la prevención de la transmisión materno-infantil, la profilaxis posterior a la violación y la terapia antirretroviral y la creación de servicios de salud específicos para los jóvenes.

7. La Década de la Mujer Africana (AWD), un enfoque de base para la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, promueve la implementación acelerada de los compromisos globales y regionales de GEWE a través de enfoques transversales, que incluyan la participación de las bases.

8. El innovador Protocolo de Maputo sobre los derechos de las mujeres y las niñas se adoptó en 2003 y entró en vigor en 2005. En julio de 2004, los Estados miembros de la UA aprobaron la Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África como reafirmación de su compromiso con la igualdad de género, paridad de género y los derechos humanos de mujeres y niñas, consagrados en el art. 4 (L) del Acta Constitutiva de la UA, así como otros compromisos internacionales, regionales y nacionales.

9. El Plan de Acción de Maputo (MPoA) hizo hincapié en la integración de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos (SSR y DR) con los programas de ITS / VIH / SIDA durante la prestación de servicios.

10. La Carta Africana del Niño es un importante marco normativo sobre los niños que se aprobó en 1990 y entró en vigor en 1999. Es el instrumento jurídico regional más importante sobre los derechos del niño. El Plan de Acción hace hincapié en la asignación de recursos para la plena ejecución de los programas para niños; mejorar las oportunidades de vida de los niños; prevención del VIH y el SIDA para garantizar el desarrollo y la supervivencia de los niños, desarrollar el potencial de los niños mediante la realización de su derecho a la educación y garantizar la participación de los niños.

Durante las últimas dos décadas, la UA ha lanzado campañas y mecanismos de rendición de cuentas sobre GEWE y VIH, que incluyen;

1. La Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA): Esta campaña está en línea con la visión de la UA de eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños y mantener con vida a sus madres. En 2009, la UA adoptó CARMMA como respuesta a la crisis de altas muertes maternas; colocando las muertes maternas firmemente en la agenda continental. El principal objetivo de CARMMA es ampliar la disponibilidad y el uso de servicios sanitarios de calidad universalmente accesibles, incluyendo los relacionados con la SSR.

2. La campaña Free to Shine: el principal objetivo de esta campaña es acabar con el SIDA infantil concienciando a la población sobre la epidemia del VIH en los niños y destacando la importancia de eliminar las barreras que impiden que las mujeres y las madres accedan a los servicios de salud relacionados con el VIH y el SIDA para ellas mismos y sus hijos.

3. La Campaña de la Unión Africana para Poner Fin al Matrimonio Infantil: el objetivo principal de esta campaña es acelerar el fin del matrimonio infantil en África mediante la mejora de la concienciación continental sobre los efectos del matrimonio infantil. La campaña tiene como objetivo promover, proteger y defender los derechos de las mujeres y las niñas en África.

4. AIDS Watch Africa (AWA): AIDS Watch Africa se estableció para liderar los esfuerzos de incidencia y movilización de recursos y rendición de cuentas para promover una respuesta continental sólida y coordinada con el fin de acabar con el SIDA, la tuberculosis y la malaria para el 2030.

A continuación, destacamos otras iniciativas / programas que se han implementado en África y han registrado tremendos resultados:

1. La formación de los órganos nacionales de coordinación del SIDA en igualdad de género en 2018-2019. Diecisiete órganos nacionales de coordinación del SIDA y otras instituciones gubernamentales responsables de la coordinación de la respuesta nacional al VIH aumentaron sus conocimientos, habilidades y competencias para abordar la desigualdad de género en las políticas y programas de VIH, con el apoyo de ONU Mujeres.

2. Involucrar a las mujeres que viven con el VIH en 30 países en los procesos de toma de decisiones en torno a la respuesta al VIH, lo que se traduce en una mayor capacidad de incidencia y liderazgo, una mayor participación en los espacios de toma de decisiones en la respuesta al VIH y un mayor acceso a los servicios de VIH.

3. La puesta en práctica de la resolución 60/2; que reconoce que no se abordan adecuadamente las desigualdades estructurales subyacentes de género que impulsan y aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas, por lo que la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (SADC) ha desarrollado un programa de acción para implementar la resolución 60/2 de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Este Plan de Acción (PDA) ha ayudado a los Estados miembros a realizar un seguimiento de su progreso, así como a informar periódicamente al Secretario General sobre las deficiencias y planes para subsanarlas.

4. Los gobiernos nacionales, en colaboración con sus Naciones Unidas y otros socios, han mostrado un fuerte compromiso e impulso multisectorial para involucrar a una amplia gama de partes interesadas a través de procesos participativos y descentralizados. Además de los compromisos de los donantes con las intervenciones multisectoriales, también han surgido una gestión innovadora y acuerdos de financiación, como servicios contratados, financiación conjunta y canales de financiación comunitaria diseñados para fortalecer la respuesta multisectorial. Por ejemplo, en Uganda, la creación de la Comisión de SIDA de Uganda con el apoyo de agencias donantes internacionales y bilaterales; y la implementación de intervenciones contra el VIH a nivel nacional, de distrito, institucional y comunitario - ha visto una disminución en la incidencia del VIH. La Comisión de SIDA de Uganda estableció un tablero central con indicadores susceptibles al género para rastrear el progreso de las prioridades clave de igualdad de género en la implementación del Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA.

5. Los programas específicos para niñas adolescentes y mujeres jóvenes incluyen el programa para niñas de Malawi; El programa HER de Tanzania; el programa PEPFAR-DREAMS; La campaña She Conquers de Sudáfrica y el Proyecto ¡SASA!

Aunque los Estados miembros han logrado enormes avances en la reducción del número de nuevas infecciones y muertes relacionadas con el VIH en la última década, la evaluación muestra que este progreso no se ha logrado de manera constante en todas las regiones y países de África. El estigma y la discriminación siguen siendo los principales obstáculos para acabar con el SIDA. Existe una investigación limitada en el norte de África que obstaculiza los esfuerzos que se están realizando en el continente para abordar las desigualdades de género y el VIH en la región. Además, la falta de datos desglosados por género sobre la respuesta al VIH es una brecha notable entre los Estados miembros.

Aunque existen leyes, políticas y marcos, en la práctica no permiten los derechos, los servicios o el acceso equitativo debido a una implementación deficiente y fragmentada. Existe un financiamiento y un compromiso político limitados para la implementación de los programas nacionales: por ejemplo, la revisión del progreso del primer MPoA llevada a cabo en 2015 señaló un compromiso y liderazgo políticos limitados, un financiamiento interno inadecuado para la salud y una alta dependencia de los donantes. Las evaluaciones de género en Tanzania y Etiopía señalan una gran dependencia de la financiación de los donantes y el peligro de la insostenibilidad en caso de que la financiación de los donantes disminuya. La retención de las niñas para cursar estudios de educación superior sigue siendo un desafío y la pandemia de COVID-19 ha exacerbado y sigue agravando la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas.

RECOMENDACIONES

La UA, las CUA y los Estados miembros deben aprovechar el impulso y las sinergias globales y continentales actuales para promover una agenda de VIH transformadora de género. De conformidad con los párrafos 1 y 12 de la Declaración solemne sobre la igualdad de género en África (SDGEA), los Estados miembros están comprometidos a acelerar la implementación de medidas económicas, sociales y legales específicas de género destinadas a combatir la pandemia del VIH / SIDA; aplicar eficazmente las Declaraciones de Abuja y Maputo sobre el VIH / SIDA; informar anualmente sobre los avances realizados en la incorporación de la perspectiva de género; y abordar todas las cuestiones (incluyendo el VIH / SIDA) planteadas en la Declaración.

WGYD, otros órganos y socios de la UA deben trabajar con AIDS Watch Africa y el Departamento de Salud, Asuntos Humanitarios y Desarrollo Social de la CUA (DHHASD) para recopilar y presentar rutinariamente cifras anuales desglosadas por sexo continental sobre el VIH / SIDA a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de África (África CDC). Estos datos son importantes para galvanizar el compromiso político en los niveles más altos, ya que muestra un panorama más amplio del progreso hacia la equidad de género.

Las CUA y sus órganos deben participar en el desarrollo y revisión de las políticas de Cobertura Universal Sanitaria (CUS) nacionales, regionales y continentales para garantizar abordar plenamente las necesidades de las niñas y las mujeres en cuanto a su diseño y ejecución. En este sentido, el WGYD con el apoyo de ONUSIDA puede contratar los servicios de especialistas en sistemas de salud para este ejercicio. Abordar la igualdad de género en el diseño, la financiación y la ejecución de los sistemas de salud y en el personal sanitario impulsará el

éxito de la cobertura universal sanitaria. Además, los Estados miembros deben realizar evaluaciones nacionales de género de su respuesta al VIH / SIDA para que su respuesta sea transformadora de género, equitativa y basada en los derechos y, como tal, más eficaz.

Los Estados miembros, en colaboración con socios relevantes como ONUSIDA y ONU Mujeres, deberían encargar más investigaciones para comprender mejor las relaciones existentes entre VIH / SIDA y GEWE de las niñas y mujeres africanas; y evaluar hasta qué punto las niñas y las mujeres se ven afectadas por estos factores entrelazados. Debería prestarse especial atención a los Estados miembros del norte de África, donde actualmente se dispone de datos limitados de la región.

El creciente número de crisis humanitarias en África, que a menudo están relacionadas con el desplazamiento, la interrupción de los servicios sociales y de salud, la inseguridad alimentaria y la pobreza, aumentan la vulnerabilidad al VIH y afectan negativamente la vida de las personas que viven con el VIH. Los Estados miembros, las OSC y los defensores del VIH deben trabajar para garantizar que los servicios del VIH (prevención, tratamiento, atención y servicios de apoyo) se integren de manera efectiva en todas las etapas de la respuesta humanitaria (evaluación rápida, programas, etc.), especialmente para las víctimas de género y de violencia basada en conflictos.

No se puede subestimar la importancia de la educación para la prevención del VIH. Por lo tanto, las OSC deben trabajar con organizaciones comunitarias para que los gobiernos nacionales rindan cuentas para mejorar el acceso y la retención en una educación de calidad de las adolescentes y mujeres jóvenes en África y promover la integración de la educación sobre el VIH / SIDA en los programas de estudios escolares.

La COVID-19 ha revelado la naturaleza de género de la crisis de salud y la necesidad crítica de respuestas transformadoras de género. Los socios para el desarrollo y los medios de comunicación deben trabajar con otros órganos y socios de la UA para certificar que todas las respuestas de COVID-19 sean susceptibles al género y transformadoras para garantizar que las necesidades de las niñas y mujeres se aborden de manera efectiva.

La financiación del VIH en África está perdiendo impulso. Entre 2017 y 2019, la financiación nacional para la respuesta al VIH / SIDA ha disminuido en África oriental y meridional (disminución del 14%) y África occidental y central (disminución del 12%), ambas regiones con alta carga de VIH. Los Estados miembros deben reafirmar su compromiso con la respuesta al VIH y aumentar sus inversiones en la respuesta al VIH, con especial atención a los programas para niñas y mujeres que se ven afectadas de manera desproporcionada.

1 INTRODUCCIÓN Y VISIÓN GENERAL

1.1 LAS MUJERES LLEVAN LA CARGA DEL VIH / SIDA EN ÁFRICA

Las niñas y mujeres africanas soportan una carga mundial desproporcionada de morbilidad derivada de la epidemia del VIH / SIDA. Las mujeres representan más de la mitad del número de personas que viven con el VIH en África. En África oriental y meridional, la región con la mayor carga de VIH / SIDA, las mujeres y las niñas representan más de 12 millones de los 20,7 millones de personas que viven con el VIH. En África occidental y central, se estima que 4,9 millones de adultos y niños viven con el VIH; de los cuales 2,8 millones son mujeres de 15 años o más. Aunque el número de hombres que viven con el VIH en la región del norte de África es mayor que el número de mujeres, las nuevas infecciones están aumentando entre las mujeres.

1.2 LAS ADOLESCENTES Y LAS MUJERES JÓVENES SON ESPECIALMENTE VULNERABLES

Las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) se enfrentan a una mayor vulnerabilidad al VIH. Tienen el doble de probabilidades de contraer el VIH que los hombres jóvenes de la misma edad . ONUSIDA subrayó en el 2019 que las infecciones por el VIH entre las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años son un 60% más altas a nivel mundial que entre los hombres jóvenes de la misma edad.[13] Las infecciones por VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años promedian 5.500 nuevas infecciones cada semana en África. La mayoría de estas nuevas infecciones semanales ocurren entre niñas y mujeres jóvenes en África subsahariana. En 2019, constituyeron el 72% de las nuevas infecciones por el VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años en África Oriental y Sudáfrica (ESA) y el 70% en África Occidental y Central (WCA). El 46% de las nuevas infecciones por el VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años en el norte de África se produjeron entre adolescentes y mujeres jóvenes.

1.3 FACTORES QUE IMPULSAN LA EPIDEMIA DE VIH

Las mujeres y las niñas a menudo se enfrentan a desafíos individuales, sociales, culturales, económicos y de salud múltiples e interrelacionados. Se ha planteado la hipótesis de que el VIH y la desigualdad de género tienen una conexión bidireccional, especialmente a través de vías de normas, creencias y prácticas nocivas. Las desigualdades de género, incluyendo la violencia de género y de pareja íntima, exacerban la vulnerabilidad fisiológica de las mujeres y las niñas al VIH y bloquean su acceso a los servicios, las pruebas, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH. El VIH no solo es impulsado por la desigualdad de género, sino que también afianza la desigualdad de género, dejando a las mujeres más vulnerables a su impacto.[14] El desequilibrio de poder entre los géneros también significa que muchas mujeres jóvenes no pueden tomar decisiones sobre sus propias vidas. Estas desigualdades son más graves para las mujeres marginadas, tales como: las mujeres migrantes y las mujeres con discapacidad que también corren un mayor riesgo de sufrir discriminación y violencia.

El VIH y la desigualdad de género se cruzan en la práctica nociva y maligna de la violencia de género (VG). El VIH y la VG, que se refuerzan mutuamente, son como las dos caras de la misma moneda, pero rara vez se analizan, planifican y programan conjuntamente. El VIH también se ve alimentado por vulnerabilidades como la pobreza, las características socioculturales y demográficas. Las desigualdades de género y la violencia de género se encuentran entre los factores clave en las vulnerabilidades de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos (SSR y DR) de mujeres y niñas;[15] Al mismo tiempo, los problemas de SSR y DR, como la infección por el VIH o los embarazos no deseados, pueden aumentar los riesgos de VG y contribuir a agravar los efectos de otros aspectos de la discriminación de género.[16]

La vulnerabilidad de las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes al VIH es multifacética y está determinada por una serie de factores biológicos y de conducta próximos entre sí, así como por factores sociales y estructurales más distantes, como las normas de género.[17] Por ejemplo, la incidencia del VIH es mayor cuando las mujeres jóvenes también tienen infecciones de transmisión sexual (ITS).[18] Desde el punto de vista del comportamiento, participar en relaciones sexuales transaccionales, tener múltiples parejas, participar en el abuso de sustancias y el uso limitado de condones también contribuyen al riesgo de contraer el VIH entre las niñas y mujeres jóvenes.[19],[20] Además, los factores estructurales, como la pérdida de los padres y el no asistir a la escuela, están asociados con la adquisición del VIH.[21]

Las respuestas sostenibles e integrales al VIH y al GEWE dependen de políticas y programas multinivel que abordan las desigualdades de género junto con otros factores sociales como la raza / etnia, la edad, la ubicación, el nivel socioeconómico y estructuras más amplias de discriminación sistémica que dan forma a las sociedades.[22] Comprender los factores subyacentes que se cruzan y contribuyen tanto a las desigualdades de género como al VIH en diversas comunidades es fundamental para abordar los riesgos, los resultados y las barreras diferenciales en el acceso a los servicios y el ejercicio de los derechos humanos. Las respuestas integradas están avanzando hacia un análisis más centrado en las personas de la VBG y el VIH, buscando elementos y determinantes comunes para acercarse a causas y soluciones comunes.[23],[24]

La integración también implica trasladar la investigación y la programación a un enfoque que identifique y capitalice a las mujeres afectadas por el VIH y los bienes comunitarios que promueven la igualdad, la justicia social y los derechos humanos.[25] La declaración política en el vigésimo quinto aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Declaración y Plataforma de Acción de Beijing) expresó su preocupación de que muchas mujeres y niñas experimentan formas múltiples e interrelacionadas de discriminación, vulnerabilidad y marginación a lo largo de su vida. Se ha logrado el menor progreso para abordar, en particular, las barreras que enfrentan las mujeres con VIH y SIDA, las mujeres rurales, las mujeres con discapacidades, las mujeres migrantes y las mujeres mayores.[26] Como dice el informe de Lancet, para que termine la epidemia del VIH, debe de ponerse fin a la desigualdad de género.[27]

> **"Debemos considerar las barreras culturales que obstaculizan la implementación de un cambio de comportamiento efectivo y en los Estados miembros de la UA ... Es un momento estratégico para dar voz a los problemas culturales que África debe abordar para acabar con el sida en 2030".**
>
> H.E. Amira Elfadil Mohammed Comisionado de Salud, Asuntos Humanitarios y Desarrollo Social

2 IMPORTANCIA DE LOS PROBLEMAS

Abordar el impacto desproporcionado del VIH en mujeres y niñas es una prioridad urgente. La desigualdad de género y los niveles epidémicos de VG son determinantes sociales y estructurales clave que afectan de manera desproporcionada a mujeres y niñas. Por lo tanto, es vital el empoderamiento de las mujeres a través de estrategias, políticas, presupuestos, instituciones y marcos de rendición de cuenta.

Es igualmente importante empoderar a las mujeres además de trabajar con las comunidades para abordar las normas sociales discriminatorias para que puedan protegerse de la infección, superar el estigma y obtener un mayor acceso y opciones de prevención del VIH, pruebas del VIH, tratamiento, atención y apoyo. Es necesario implementar iniciativas para eliminar las barreras sociales, incluso entre los proveedores de servicios, para garantizar el acceso a los servicios sociales y de salud básicos. Las iniciativas para amplificar las voces de las mujeres que viven con el VIH promoviendo su liderazgo y participación significativa en todas las decisiones y acciones para responder a la epidemia deben basarse en pruebas. Estas estrategias proporcionan la base para analizar la cuestión de "qué se debe hacer desde una perspectiva de género" para acelerar la implementación con perspectiva de género de las respuestas al VIH y al SIDA en consonancia con los hitos y objetivos establecidos en el Marco Catalizado.

Las siguientes infografías indican las diferencias de género en la prevalencia del VIH y, de hecho, las desigualdades entre las adolescentes y mujeres jóvenes y los hombres y mujeres adultos a nivel continental.

TABLA 1 - DIFERENCIAS DE GÉNERO EN MÉTRICAS CLAVE DEL VIH EN ÁFRICA ENTRE ADULTOS Y JÓVENES: DATOS DE ESTIMACIONES DE ONUSIDA PARA 2019[28]

MÉTRICA	HOMBRES ADULTOS DE LA EDAD DE 15+	MUJERES ADULTAS DE LA EDAD DE 15+	HOMBRES JÓVENES DE 15 – 24 AÑOS	MUJERES JÓVENES DE 15 – 24 AÑOS
Nuevas infecciones por VIH	340,000 [250,000 – 490,000]	510,000 [380,000 – 700,000]	94,000 [19,000 – 150,000]	240,000 [130,000 – 360,000]
Personas que viven con el VIH	9,000,000 [7,800,000 – 10,500,000]	15,100,000 [13,300,000 – 17,200,000]	850,000 [430,000 – 1,300,000]	1,900,000 [890,000 – 2,800,000]
Muertes relacionadas con el SIDA	230,000 [170,000 – 310,000]	220,000 [160,000 – 300,000]	180,000 [140,000 – 250,000]	180,000 [130,000 – 240,000]

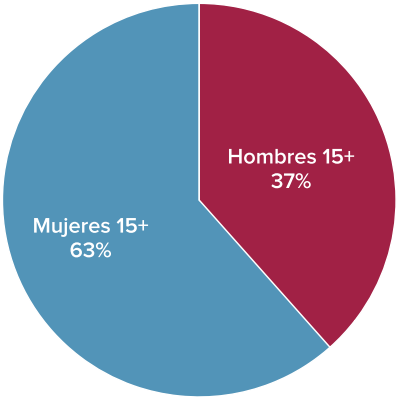
PROGRESO EN TORNO A LOS OBJETIVOS 90-90-90			
	Porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado	**Porcentaje de personas que viven con VIH y que reciben tratamiento antirretroviral**	**Porcentaje de personas que viven con VIH con carga viral suprimida**
Hombres Adultos de la edad de 15+	80 [69 – 93]	62 [53 – 72]	54 [47 – 63]
Mujeres Adultas de la edad de 15+	88 [77- 100]	76 [67 -86]	67 [59 – 77]

2.1 LA EPIDEMIA DEL VIH ENTRE MUJERES Y NIÑAS: HECHOS CLAVE Y CIFRAS

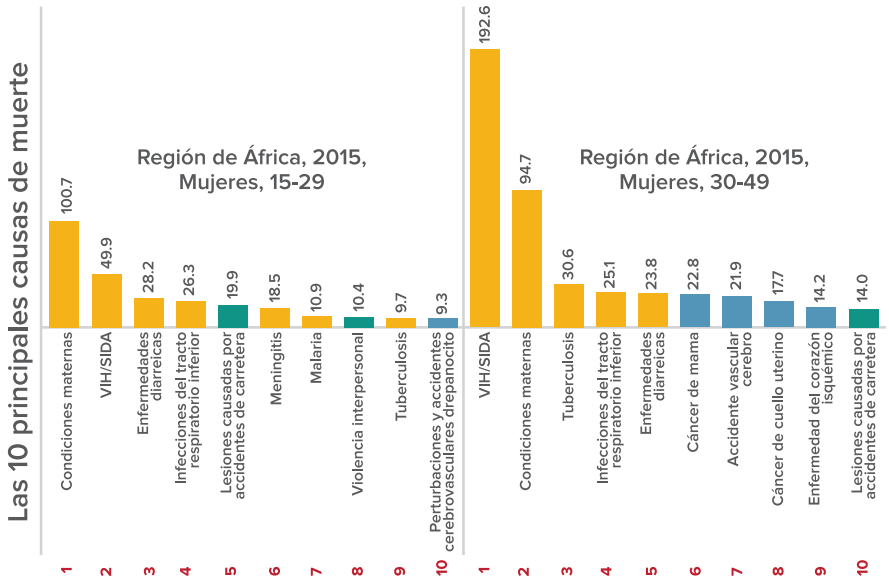
Las mujeres y las niñas soportan una carga desproporcionada de VIH / SIDA en toda la región africana

TABLA 2 - LA EPIDEMIA DE VIH ENTRE MUJERES Y NIÑAS: HECHOS CLAVE Y CIFRAS

En África, **15,1 millones de mujeres** viven con el VIH en comparación con los **9,0 millones de hombres** en 2019[29]

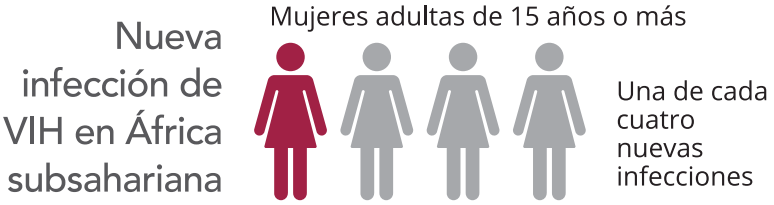


En 2015, **las enfermedades afines al SIDA** fueron una de las **principales causas de muerte** de las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años) en África.[30]



Las mujeres representan el **60% de las nuevas infecciones entre los adultos** (de 15 años o más) en la región, una proporción que se ha mantenido prácticamente sin cambios desde 1995 (datos de 2019)[29]

En África, las mujeres jóvenes y las adolescentes representaron **240.000** nuevas infecciones por el VIH en 2019. En el África subsahariana, donde se concentra la epidemia, representaron **una de cada cuatro nuevas infecciones** en el 2019, lo que se traduce en 5.500 nuevas infecciones por semana entre las adolescentes. y mujeres jóvenes[29]



África oriental y meridional, es la zona más afectada por el VIH, aquí, las adolescentes y las mujeres jóvenes representaron el **30% de las nuevas infeccioness**[29]

En toda África, los factores relacionados con el género que alimentan la epidemia son especialmente graves: **las adolescentes y las mujeres jóvenes** tenían **más del doble de probabilidades de contraer el VIH** que **sus pares masculinos**[29]

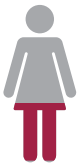
A nivel mundial, **casi un tercio (30%) de las mujeres** que han estado en una relación informan que han **experimentado alguna forma de violencia física y / o sexual por parte de su pareja íntima en algún momento de su vida.** Los estudios informan que **más del 40% de las mujeres** han sufrido IPV en África[38].

Las mujeres que sufren violencia sexual y / o física perpetrada por una pareja íntima tienen **1,5** veces más probabilidades de contraer el VIH[31]

En algunos entornos, hasta el **45%** de las adolescentes informan que su primera experiencia sexual fue forzada[32]

Las normas legales afectan directamente **el riesgo de que las mujeres contraigan** el VIH. En muchos países donde las mujeres corren mayor riesgo, las leyes para protegerlas son insuficientes. La **falta de derechos legales** refuerza la **condición de subordinación de la mujer**, especialmente en relación con los derechos de la mujer a divorciarse, poseer y heredar bienes, firmar contratos, demandar y testificar ante los tribunales, dar su consentimiento para recibir tratamiento médico y abrir una cuenta bancaria.[33]

Nueva infección de VIH en África Austral y Oriental



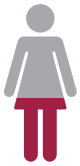
Mujeres adultas 15+ años **30%**

Probabilidad de adquirir el VIH a través de Africa

Hombres jóvenes años 15-24 **28%**

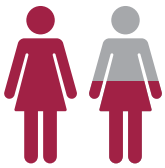
Mujeres jóvenes años 15-24 **72%**

Porcentaje de mujer quien experimentó violencia de pareja íntimo en África



Mujeres todas las edades **40%**

Probabilidad de mujeres experimentando IPV adquiriendo el VIH



Mujeres todas las edades **1.5X** más probabilidades de contraer el VIH

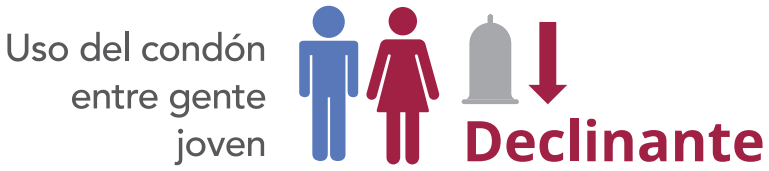
Porcentaje de niñas adolescentes que informó que su primera experiencia sexual fue forzada

Chicas adolescentes **45%**

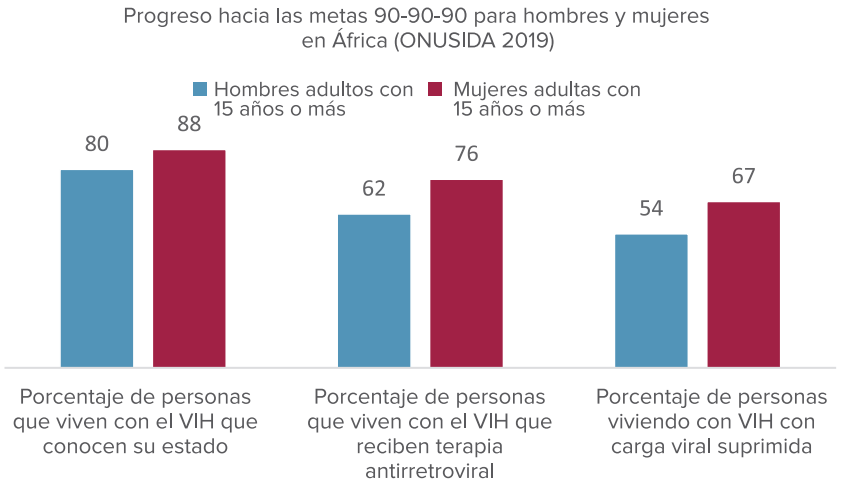
Las normas legales afectan directamente el riesgo de las mujeres de contraer el VIH

Leyes que protegen a las mujeres **Débil**

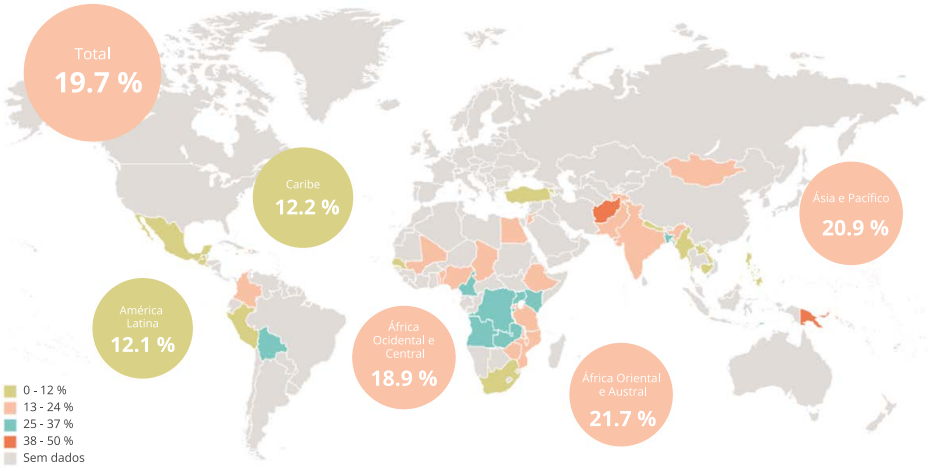
Los resultados de las encuestas de salud de la población muestran que el uso de condones entre los jóvenes está disminuyendo en países de todo el continente.[34]



En toda África, las mujeres que viven con el VIH tienen más probabilidades de acceder a la prueba del VIH y al tratamiento antirretroviral que los hombres, y también tienen más probabilidades de ser reprimidas viralmente. Esta brecha de tratamiento entre los hombres que viven con el VIH contribuye al mayor número de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres en el África subsahariana.



Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que nunca se han casado o han tenido pareja que han sufrido violencia física y / o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses, 2014-2018



Fuente: Encuestas de población, 2014-2018.

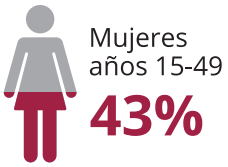
En África, hasta **una de cada cinco mujeres** tiene una **necesidad carente de servicio de planificación familiar**[35] En África, **entre las mujeres casadas o en pareja en edad reproductiva**, la proporción de la **demanda de planificación familiar que fue satisfecha con métodos anticonceptivos modernos** (la proporción de mujeres que actualmente utilizan un método moderno entre todas las mujeres que necesitan planificación familiar) **ha sido del 65%**.

Hasta **una de cada tres mujeres que viven con el VIH** informaron **haber experimentado al menos una forma de discriminación relacionada con su salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos** en un **entorno de atención sanitario** en los últimos 12 meses. El abuso documentado incluye la divulgación no autorizada de su estado, el ser informadas de no tener hijos, la esterilización forzada o coaccionada o interrupción del embarazo, negación de servicios de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, y la violencia psicológica afín.

Mujeres que viven con el VIH que enfrentan discriminación debido a la SDSR

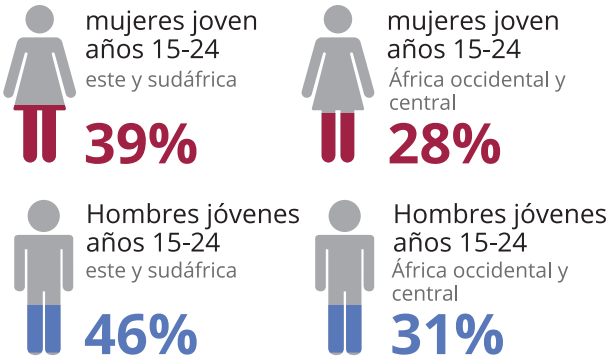
En promedio, el **43% de las mujeres** de entre 15 a 49 años **toman sus propias decisiones informadas** con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y su propia **atención médica** (según los países con datos disponibles, en toda África)[36]

Las mujeres toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales.



Entre las encuestas de población realizadas entre 2011 y 2018, solo el **39% de las mujeres jóvenes** (de 15 a 24 años) en África oriental y meridional, y el **28% en África occidental y central**, demostraron tener un conocimiento integral del VIH, en comparación con el **46% y el 31%** de hombres jóvenes del mismo grupo de edad, respectivamente. No se disponía de datos para el norte de África.

La población joven demostró un conocimiento integral sobre el VIH

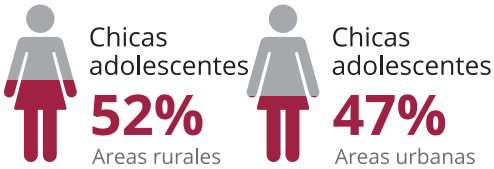


> "La educación, la sensibilización y la prevención son la clave, pero la estigmatización y la exclusión de la familia es lo que más hace sufrir a las personas"
>
> Ralph Fiennes

****Los siguientes datos se centran principalmente en África subsahariana. Esta área es donde la epidemia del VIH está altamente concentrada, como resultado, hay más investigación e información relacionada con el VIH de esta región. Aunque la prevalencia del VIH en el norte de África es bastante baja, las tasas de infección están aumentando y hay epidemias concentradas entre la subpoblación.**

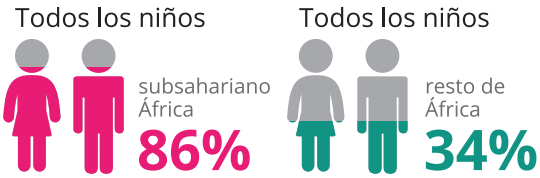
52% de las adolescentes y mujeres jóvenes de las zonas rurales no pueden tomar decisiones sobre su propia salud, en comparación con el 47% de las zonas urbanas. [37]

Porcentaje de niñas adolescentes que no pueden tomar decisiones sobre su propia salud



Aproximadamente el 86% de todos los niños recién infectados por el VIH en 2018 se encontraban en África subsahariana, donde la epidemia del VIH se concentra principalmente.

Porcentaje de niños recién infectados con el VIH en 2018



El Entre 2013 y 2019, el **35% de las mujeres jóvenes** en África subsahariana **se casaron antes** de cumplir los **18 años**.

Mujeres casadas antes de los 18 años Africa Sub-sahariana 2013-2019

En África subsahariana, el **42%** de las mujeres que viven en áreas **urbanas** de entre 15 y 24 años tuvieron un embarazo antes de cumplir los 18 años.

En las zonas **rurales**, más del **50%** de las mujeres de entre 15 y 24 años de edad tuvieron un embarazo antes de cumplir los **18** años.

Porcentaje de mujeres embarazadas antes 18 años Africa Sub-sahariana

El conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos y la prevención del VIH y las ITS entre las adolescentes y las mujeres jóvenes también es bajo: **solo alrededor de un tercio de las mujeres** de 15 a 24 años **en África subsahariana tienen un conocimiento adecuado sobre el VIH**

Las mujeres jóvenes de 15 a 24 años tienen un conocimiento adecuado sobre el VIH Africa Sub-sahariana

El **cáncer de cuello uterino** es **el cáncer más común** entre las mujeres que viven con el VIH, y la probabilidad de que una mujer que vive con el VIH desarrolle un cáncer de cuello uterino invasivo es hasta cinco veces mayor que la de una mujer que no vive con el VIH. Cada año, aproximadamente 528 000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y aproximadamente 311 000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad. Cerca del 90% de las mujeres que mueren a causa de una enfermedad altamente prevenible y curable son de países de ingresos bajos y medianos. La mayoría de los países con altas tasas de cáncer de cuello uterino se encuentran en África subsahariana. Un total de **11 países de África subsahariana** informaron tener **programas de detección** del cáncer de cuello uterino en 2019, con una cobertura que oscila entre el 10% y el 70%.

3 METODOLOGIA

Este informe proporciona información sobre cómo el género y otras desigualdades relacionadas afectan el riesgo y la vulnerabilidad del VIH para las mujeres y las niñas en África. Se utilizó un enfoque basado en la igualdad de género, la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos (SSR y DR) y los derechos humanos para revisar los instrumentos, políticas y marcos de la UA con el fin de identificar brechas y avanzar en torno a garantizar que la respuesta al VIH en África sea transformadora de género y aborde las necesidades múltiples, entrelazadas y cambiantes de mujeres y niñas.

La revisión tuvo como objetivo;

- Evaluar la epidemia y la respuesta al VIH, así como otras cuestiones de igualdad de género y SSR y DR interconectadas y relacionadas entre sí (como la violencia de género (VG), que afecta a mujeres y niñas desde una perspectiva de SSR y DR de igualdad de género y derechos humanos, y empoderamiento económico por lo que es fundamental la participación de las mujeres en respuesta a la prevención del VIH / SIDA y GEWE;
- Destacar la carga desproporcionada del VIH / SIDA sobre las mujeres y las niñas y los desafíos a los que se enfrentan para acceder a los servicios de VIH y SSR;
- Revisar los instrumentos, políticas, órganos, mecanismos, estatutos y marcos de la UA para los compromisos con GEWE y poner fin al VIH / SIDA como una amenaza para la salud pública;
- Proporcionar recomendaciones clave a la UA y los Estados miembros sobre la integración de la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer y la SSR y DR en otros procesos estratégicos, de planificación, presupuestación e implementación para abordar las barreras y desafíos relacionados con el género en la respuesta al VIH;
- Proporcionar recomendaciones basadas en evidencia a la UA y los Estados miembros sobre puntos de acción prioritarios clave, así como metas para la próxima década de las mujeres;

- Servir como herramienta de incidencia para los formuladores de políticas, los financiadores y las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en el diseño de los programas nacionales.

Los datos se recopilaron de fuentes secundarias a través de una revisión documental guiada por los principios de;

- Respeto y protección de los derechos humanos de mujeres y niñas.
- Un enfoque basado en pruebas

La revisión se llevó a cabo bajo la dirección del CUA-WGYD, ONUSIDA y ONU Mujeres. Se revisó una lista de sitios web con políticas y marcos legales y compromisos relevantes de la UA, además de las bases de datos de la ONU y otras, para la recopilación de datos desglosados por género sobre varios indicadores del VIH entre diferentes grupos geográficos y socioeconómicos. En el proceso, también se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando PubMed, evidencia de JAMA, PopLine, ScienceDirect, Scopus y Google Scholar para obtener datos sobre la desigualdad de género y el VIH.

Los datos de las múltiples fuentes indicadas anteriormente se examinaron al interpretarlos para proporcionar conocimientos más profundos sobre las dimensiones de igualdad de género que se entrelazan con la epidemia, el contexto y la respuesta del VIH. Responder eficazmente a las desigualdades de género y al VIH requiere abordar las circunstancias multidimensionales y complejas entre hombres y mujeres.

ILUSTRACIÓN 1 - DIAGRAMA QUE ILUSTRA LOS PROBLEMAS QUE SE CRUZAN ENTRE EL VIH / SIDA Y EL GÉNERO

4 LAS RELACIONES ENTRE LA EPIDEMIA DE VIH Y GEWE

Esta sección nos brinda el vínculo entre la epidemia del VIH y las diversas formas de desigualdad de género. Estas son la violencia de género, incluyendo el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina, las desigualdades en el poder y la toma de decisiones, el empoderamiento económico, el acceso de las niñas a la educación, los factores legales y políticos como los marcos legales discriminatorios, el estigma y la discriminación, las mujeres con discapacidad, las mujeres refugiadas y mujeres consumidoras de drogas, la Crisis Humanitaria y la COVID 19 como factor transversal.

4.1 EVIDENCIA SOBRE LOS VÍNCULOS ENTRE EL VIH Y LA VG

La violencia de género varía en definición, pero generalmente se define como la violencia perpetrada contra un individuo en función de su género.[38] El término "violencia de género" (VG) a menudo se usa indistintamente con "violencia contra la mujer".[39] Incluye el abuso físico, sexual, psicológico / emocional y la privación económica o

educativa.[40] La violencia puede ser perpetrada por una variedad de persona, tales como las parejas íntimas (a las que se hace referencia como violencia de pareja íntima (IPV)), miembros de la familia, miembros de la comunidad y representantes del estado.[41]

La VG es una preocupación de salud y derechos humanos a nivel mundial, y las estimaciones sugieren que 1 de cada 3 mujeres sufre alguna forma de VG en su vida, principalmente por parte de su pareja íntima.[42]

Las estadísticas a nivel mundial muestran que:

- El 35% de las mujeres en todo el mundo han sufrido violencia física o sexual de su pareja íntima o violencia sexual fuera de la pareja en su vida.[43]
- Casi un tercio (30%) de las mujeres que han estado en una relación informan que han sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja íntima en algún momento de su vida.[42]
- A nivel mundial, hasta el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por una pareja masculina.[43]

En África, la violencia de género, específicamente la violencia de género de pareja íntima, es muy prevalente.[38] Los resultados de un análisis comparativo reciente en diferentes regiones de África encontraron una prevalencia promedio de IPV del 31%.[44] Esta cifra fue consistente con otro estudio realizado en otros países africanos que informó una prevalencia de IPV de aproximadamente el 30% entre las adolescentes y mujeres jóvenes.[45] Otros estudios en países de todo el continente han informado de una prevalencia de IPV que oscila entre el 13% y el 97%.[46],[47],[48],[49],[38],[50] Si bien las cifras para IPV varían, en realidad estas cifras podrían ser aún mayores, debido al subregistro asociado a VG,[51] por factores asociados a estigmatización, victimización, violencia de represalia, miedo al divorcio, entre muchas otras razones [38],[17],[52],[53],[54]

El resumen de las estadísticas de VG y cifras para África muestra que:

- La prevalencia de la IPV varía del 13% al 97% en todo el continente[38]
- Solo 22 países africanos han adoptado leyes que prohíben la violencia de género [38],[55]
- Según el Informe del Índice de Igualdad de Género, 27 de los 30 países del mundo que presentan índices de género desiguales se encuentran en África.[56]
- En toda África, las creencias y tradiciones culturales promueven el papel jerárquico de los hombres en las relaciones sexuales y especialmente en el matrimonio.[57],[58],[59],[60],[61],[62]
- Casi dos tercios (63%) de la población africana vive en entornos rurales remotos y no tiene la influencia del gobierno central o las leyes que prohíben la violencia de género.[40],[63]

Existe una gran cantidad de evidencia que ha demostrado un vínculo inextricable entre la VG y el VIH entre las mujeres.[64],[65],[66] Los estudios revelan las fuertes relaciones existentes entre la VG y el VIH; La adquisición del VIH es un factor de riesgo para la VG y viceversa.[67] Las mujeres que sufren la VG tienen cuatro veces más probabilidades de estar en riesgo de contraer el VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)[67],[68] La violencia sexual puede provocar la infección por el VIH directamente, ya que el trauma aumenta el riesgo de transmisión. Más importante aún, la VG aumenta indirectamente el riesgo de contraer el VIH[65]. Las víctimas de abuso sexual infantil tienen más probabilidades de ser seropositivas y comportamientos de alto riesgo.[69]

Los perpetradores de VG corren el riesgo de contraer la infección por el VIH, ya que sus víctimas a menudo han sido victimizadas antes y tienen un alto riesgo de infección.[69] Las normas sociales y de género, introducidas en la infancia y reforzadas constantemente a lo largo de la vida, impulsan dicha violencia. En 24 de 43 países con datos recientes de encuestas basadas en la población, más del 40% de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) afirmaron que un marido está justificado para pegar o pegar a su esposa.[70]

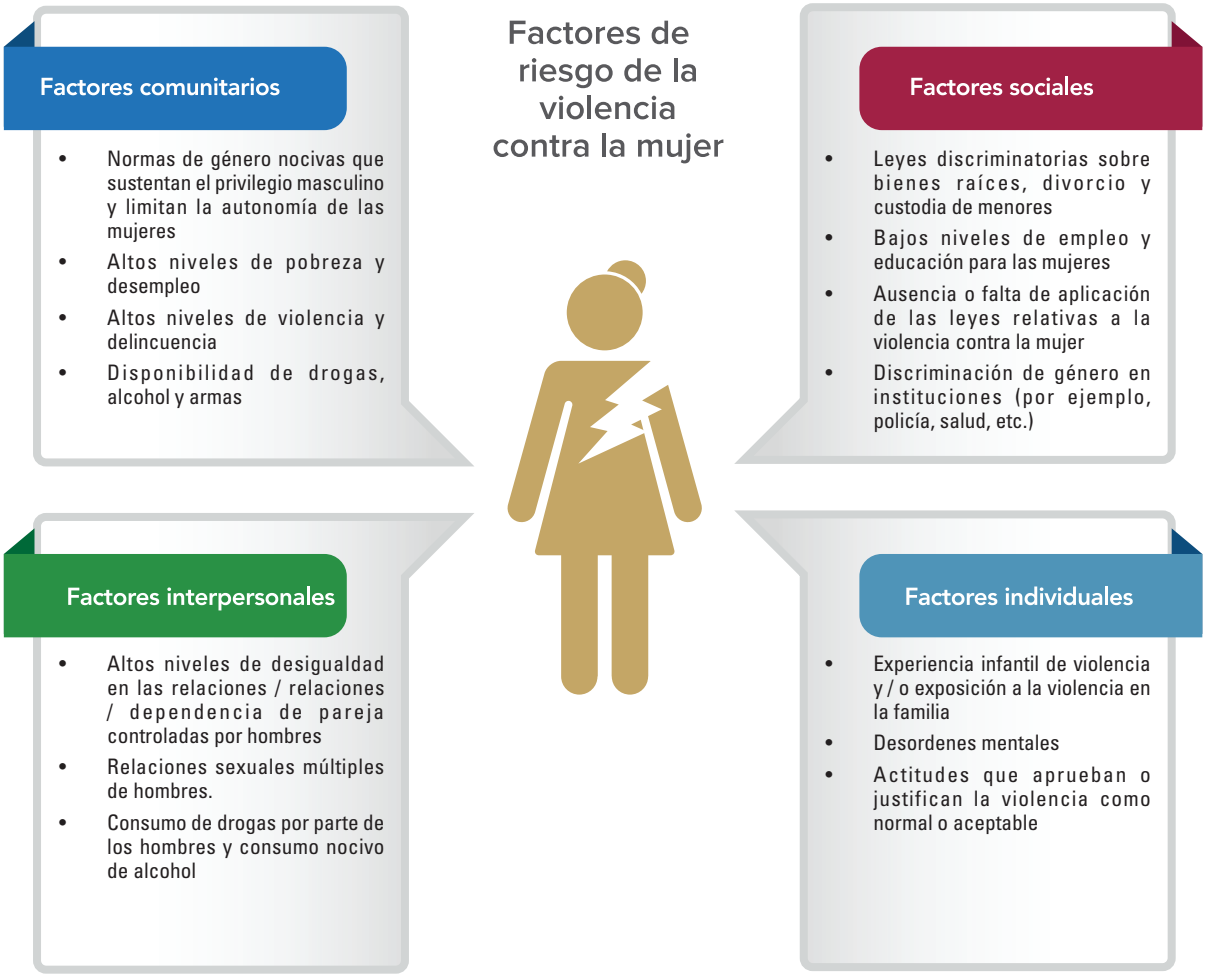
Se ha demostrado que la violencia de género obstaculiza la capacidad de las mujeres para acceder al tratamiento y la atención y adherirse al TAR.[71] Varios estudios demuestran que el miedo a la VG (abuso y abandono) lleva a muchas mujeres a ocultar su estado serológico, el tratamiento y el comportamiento de búsqueda de atención de sus parejas lo que, a su vez, impacta en el cumplimiento.[72],[45],[73],[74] Por ejemplo, un estudio sobre el acceso y la adherencia a los antirretrovirales en cinco distritos de Zambia mostró que el 66% no reveló su estado serológico

con respecto al VIH a sus parejas íntimas por "miedo a la culpa, el abandono y la pérdida del apoyo económico de su pareja", y el 76% de las mujeres no se adhirió a su régimen de TAR según lo prescrito porque estaban tratando de ocultar su medicación.[75]

Otros estudios muestran que el miedo a una reacción violenta hace que las mujeres no accedan a los servicios de tratamiento y atención, incluyendo los de prevención de la transmisión vertical del VIH.[72,76,77,78] El estudio de 2012 de Sudáfrica mostró que las mujeres pueden arrepentirse de acceder a los servicios de salud debido a la violencia de género que sufren posteriormente.[72,79] En general, estos hallazgos confirman que la VG sigue siendo una barrera crítica para acceder y adherirse al tratamiento.[72]

La violencia tiene sus raíces en la discriminación y la desigualdad que se sustentan en las actitudes, creencias y prácticas individuales; normas sociales más amplias en torno al género y la violencia; y sistemas y estructuras que replican e incluso codifican esta desigualdad y discriminación. Además de estas causas fundamentales, existen varios factores de riesgo que hacen que sea más probable que ocurra, estos se resumen en la Ilustración que les mostramos continuación.[80]

ILUSTRACIÓN 2 - RESUMEN DE FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER[81]



El temor a las consecuencias negativas entre las mujeres que viven con el VIH no es infundado. Varios estudios muestran que las mujeres pueden sufrir altos niveles de estigma y discriminación, incluyendo violencia física y el abuso posterior a la revelación.[72,54,82,83] Las experiencias de violencia de pareja íntima se asocian con resultados clínicos negativos relacionados con el VIH, posiblemente debido a una disminución en la atención, adherencia y retención del VIH, y un aumento de la depresión y la ansiedad. [72,79,84]

La respuesta a la pandemia de COVID-19 parece estar magnificando las desigualdades y vulnerabilidades de género existentes que contribuyen a la violencia de género.[36,85] Las medidas de confinamiento prolongadas y las restricciones de movimiento, agravadas por las tensiones económicas y sociales provocadas por la

pandemia, han coincidido con informes en muchos países de un mayor número de mujeres y niñas que enfrentan abusos.[36],[85],[86] En toda África, los cierres de escuelas en todo el país implementados para combatir la propagación del virus han provocado que los alumnos no vayan a la escuela, incluyendo a millones de niñas.[87],[88] El impacto de este período de educación interrumpida será de gran alcance y es probable que afecte más a las niñas marginadas.[89]

4.2 MATRIMONIO INFANTIL

El matrimonio infantil es cualquier matrimonio formal o unión informal en el que una o ambas personas son menores de 18 años.[90] El matrimonio antes de los 18 años es una violación fundamental de los derechos humanos. Muchos factores interactúan para poner a un niño en riesgo de contraer matrimonio, incluida la pobreza, la percepción de que el matrimonio proporcionará 'protección', honor familiar, normas sociales, leyes consuetudinarias o religiosas que aprueban la práctica, marcos legislativos inadecuados y el estado del sistema de registro civil del país.[91] Si bien la práctica es más común entre las niñas que entre los niños, es una violación de los derechos independientemente del género.

En todo el mundo, más de 650 millones de mujeres se casaron en la infancia y cada año 12 millones de niñas se convierten en novias.[92] En África, aproximadamente 1 de cada 3 niñas se casa antes de los 18 años. En algunos países, la tasa es mucho más alta.

- En África occidental y central, al menos dos tercios de las niñas están casadas a los 18 años en la República Centroafricana (68%), Chad (67%) y Níger (76%); aproximadamente la mitad de las niñas están casadas a los 18 años en Burkina Faso (52%) y Malí (54%).
- Muchos países de África oriental y meridional, la región con la mayor carga de VIH, también tienen una prevalencia muy alta de matrimonio infantil. Las cifras más altas se encuentran en Malawi con un 42%; Mozambique con un 53%, Sudán del Sur con un 52% y Etiopía con un 40%.
- En África del Norte, el porcentaje de mujeres casadas antes de los 18 años se ha reducido aproximadamente a la mitad, del 34% al 13%, en las últimas tres décadas. Sin embargo, los matrimonios infantiles siguen siendo frecuentes. Las cifras más altas de la región son en Mauritania con un 37%; Egipto con un 17% y con un Marruecos 13%.[93]
- La mayoría de los matrimonios infantiles ocurren entre los 15 y los 18 años de edad, pero en Chad y Níger, más de un tercio de los jóvenes de 20 a 24 años se han casado antes de los 15 años.
- Se proyecta que el número de jóvenes en África se duplicará para 2050; Debido a las altas tasas de crecimiento de la población, el número de niñas casadas está aumentando en algunos países como Burkina Faso y Nigeria.[94]

Es muy probable que las niñas novias africanas se encuentren en las zonas rurales y entre el segmento más pobre de la población.[95] Las niñas de las zonas rurales tienen el doble de probabilidades de convertirse en novias que las niñas de las zonas urbanas. De manera similar, las niñas de los hogares más pobres tienen el doble de probabilidades de casarse antes de los 18 años que las niñas de los hogares más ricos.[95]

Aunque el perfil mundial del matrimonio infantil está cambiando, una población infantil en crecimiento combinada con un lento declive en la práctica del matrimonio infantil en África pondrá en riesgo a millones de niñas más. Si continúan las tendencias actuales, casi la mitad de las niñas novias del mundo en 2050 serán africanas.[96]

Si bien los impulsores y los impactos del matrimonio infantil difieren para las niñas en diferentes contextos, los estudios muestran que las niñas novias generalmente tienen más probabilidades que las niñas no casadas de pasar por embarazos y partos tempranos, altas tasas de fertilidad, bajo nivel educativo, VPI, pobreza y menores ingresos durante toda su vida.[97],[98] Las pruebas nos indican además que las niñas novias a menudo tienen restricciones en su movilidad física y están limitadas en su capacidad para tomar decisiones con respecto a su salud y su hogar.[99] Uno de los indicios más recientes sugiere que el matrimonio infantil puede tener un impacto negativo en la salud mental y el bienestar de las mujeres que se casan cuando son niñas.[100],[101]

Aunque es necesario llevar a cabo más investigaciones para comprender mejor la relación entre el matrimonio infantil y el VIH, está claro que algunos de los factores que ponen a las niñas en mayor riesgo de infección por el VIH son los mismos que las exponen al matrimonio infantil. Algunos de estos factores de riesgo incluyen desigualdades de género, pobreza y bajo nivel educativo, que limitan la capacidad de las niñas para tomar decisiones sobre su propia salud.[102] Una vez casadas, hay varios factores que pueden hacer que las niñas casadas sean particularmente vulnerables a la infección por el VIH. Estos factores se resumen en la Ilustración 3 e incluyen: el embarazo precoz; el tener parejas sexuales mayores que ellas, más experimentadas y no monógamas; un desequilibrio de poder y falta de elección dentro de la relación matrimonial; sufrimiento de IPV; acceso limitado a educación, información y servicios; y una escasez de estrategias de prevención adecuadas diseñadas para satisfacer las necesidades y prioridades de las niñas casadas.[103,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115]

ILUSTRACIÓN 3 - FACTORES DEL MATRIMONIO INFANTIL PRECOZ QUE AUMENTAN EL RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH[97]

En muchos contextos, la iniciación sexual precoz, incluida la que tiene lugar dentro de los matrimonios infantiles, se asocia con un mayor riesgo de infección por el VIH durante toda la vida.[102]

Las niñas novias carecen de poder y de toma de decisiones con respecto a las opciones reproductivas.[103]

Las niñas novias a menudo se casan con hombres mayores que ellas, lo que a su vez aumenta el riesgo de infección por el VIH.[104,105]

Las niñas novias a menudo carecen de las organizaciones necesarias que las ayuden a negociar medidas de protección o acceso a servicios vitales como la prueba del VIH: el 80% de las niñas casadas de 15 a 19 años de Burkina Faso, Camerún, Costa de Marfil, Níger y Senegal informan que no tienen la última palabra cuando se trata de su propia atención médica.[106]

Un fundamento de evidencia sólida indica que las niñas adolescentes pueden ser más susceptibles biológicamente a la infección por el VIH que las niñas mayores y las mujeres, y los nuevos indicios sugieren que el riesgo de contraer el VIH aumenta durante el embarazo y el período posparto.[107] El matrimonio infantil aumenta tanto la cantidad de hijos que tiene una mujer como la cantidad de años a los que se enfrenta a este mayor riesgo.

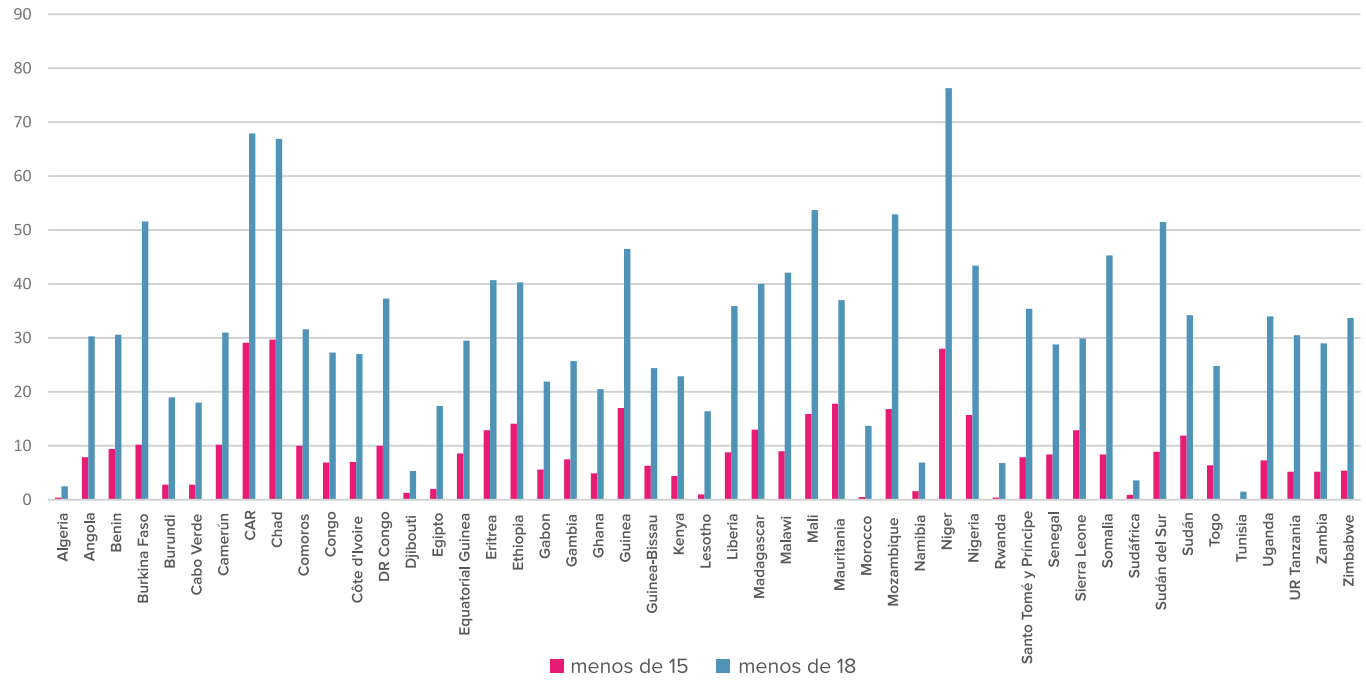
Las adolescentes carecen de información sobre el VIH y la prevención del VIH: a nivel mundial, solo el 30% de las niñas de entre 15 y 24 años tienen conocimientos precisos sobre el VIH.[108] La falta de información sobre la prevención del VIH socava la capacidad de las mujeres jóvenes para negociar medidas de protección.[109]

Más del 50% de las niñas casadas antes de los 18 años en todo el mundo no tienen más de tres años de escolaridad.[110] Los estudios demuestran que el mayor nivel educativo está relacionado con una menor probabilidad de infección por el VIH entre las mujeres jóvenes. Los niveles más bajos de educación de las novias jóvenes aumentan su riesgo de infección por el VIH.[111]

A nivel mundial, las niñas que se han casado antes de cumplir los 18 años informan haber experimentado niveles más altos de violencia de pareja íntima (IPV) que las casadas después de los 18 años.[112] A su vez, las mujeres que experimentan IPV tienen un mayor riesgo de contraer el VIH:[113] Un estudio de Sudáfrica ha mostrado que las mujeres que sufren IPV tenían un 50% más de probabilidades de infectarse con el VIH que las que no lo sufren.[114]

Los programas que tienen como objetivo mejorar los resultados de salud, educación y bienestar de las adolescentes tienden a centrarse en las adolescentes solteras. Las distintas prioridades de las niñas casadas, incluyrendo la prevención del VIH, son menos reconocidas y atendidas.[102]

ILUSTRACIÓN 4 - PORCENTAJE DE MUJERES DE 20 A 24 AÑOS QUE SE CASARON POR PRIMERA VEZ O SE UNIERON EN PAREJA ANTES DE LOS 18 AÑOS



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF 2020, basadas en DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2013-2019. Nota: Los datos de Botswana, Libia, Mauricio, Seychelles y la República Árabe Saharaui Democrática no estaban disponibles.

El impacto del matrimonio infantil en los derechos y el bienestar del niño está bien documentado,[116] y su eliminación se ha convertido en una prioridad internacional y regional.[117] El matrimonio infantil está prohibido en virtud de la Carta Africana de los Derechos y el Bienestar del Niño (ACRWC por sus siglas en inglés) y del Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Protocolo de Maputo). Tanto la ACRWC como el Protocolo de Maputo especifican que "la edad mínima para contraer matrimonio debe ser más de 18 años"[118] y estipulan "el consentimiento pleno y libre para un matrimonio que no puede complementarse o consumarse por el consentimiento de los padres en nombre de un niño".[118]

En el 2015, los Estados miembros de la UA adoptaron una Posición Común Africana para poner fin al matrimonio infantil, que insta a la promulgación y aplicación de leyes que establezcan la edad mínima legal para contraer matrimonio a los 18 años o más, sin excepciones, y aplicables en todos los sistemas legales y la implementación de leyes y políticas apropiadas que prohíban, prevengan, sancionen y reparen efectivamente el matrimonio infantil, incluyendo el movimiento transfronterizo de niñas con fines de matrimonio infantil.

No obstante, en el 2020, todos los Estados miembros aún deben ratificar y aplicar plenamente estos compromisos. A pesar de las normas y directrices legales existentes, el matrimonio infantil se sigue practicando en África con graves consecuencias para el bienestar de las adolescentes y mujeres jóvenes.

Una revisión reciente dirigida por la UA de la legislación y las leyes sobre el matrimonio infantil en los 55 países de la Unión Africana reportó que el matrimonio infantil todavía está legalizado en 39 de los 55 Estados miembros de la Unión Africana. Los hallazgos del compendio de matrimonio infantil de la UA identificaron lo siguiente:[118]

- 43 de los 55 Estados miembros de la Unión Africana (el 78%) tienen marcos legales que establecen la edad mínima para contraer matrimonio en 18 años o más para niñas y niños; sin embargo, 27 (el 63%) de estos Estados miembros tienen excepciones que legalizan el matrimonio infantil con el consentimiento de los padres o tutores, la aprobación de un juez, la aprobación de la corte o estado y otras exenciones que permitan a un niño contraer matrimonio legalmente antes de los 18 años.
- Once Estados Miembros (el 20%) no tienen marcos legales que establezcan la edad mínima de 18 años o más para niños y niñas y 10 Estados miembros (el 91%) tienen más excepciones que reducen la edad legal para contraer matrimonio a tan solo 10 años para las niñas.

- Diez Estados miembros (el 18%) tienen leyes de edad mínima para contraer matrimonios desiguales para niños y niñas que van desde los 14 años para las niñas y los 15 años para los niños, y un Estado miembro (el 2%) no tiene una edad mínima para contraer matrimonio.
- Esto eleva el número total de Estados donde el matrimonio infantil está legalizado a 39 (el 71%). (Estados miembros sin edad mínima para contraer matrimonio, Estados sin marcos legales que establecen la edad mínima en 18 años o más, y Estados en los que existen marcos que establecen la edad mínima para contraer matrimonio en 18 años o más, con excepciones que permiten el matrimonio infantil o con contradicciones entre las leyes consuetudinarias, religiosas y civiles).

Para abordar estas lagunas, se requiere un enfoque holístico junto con acciones apropiadas que incluyan la promulgación de leyes, la armonización de las leyes civiles, consuetudinarias y religiosas y la aplicación de las leyes para garantizar que el matrimonio infantil sea eliminado en África.[118]

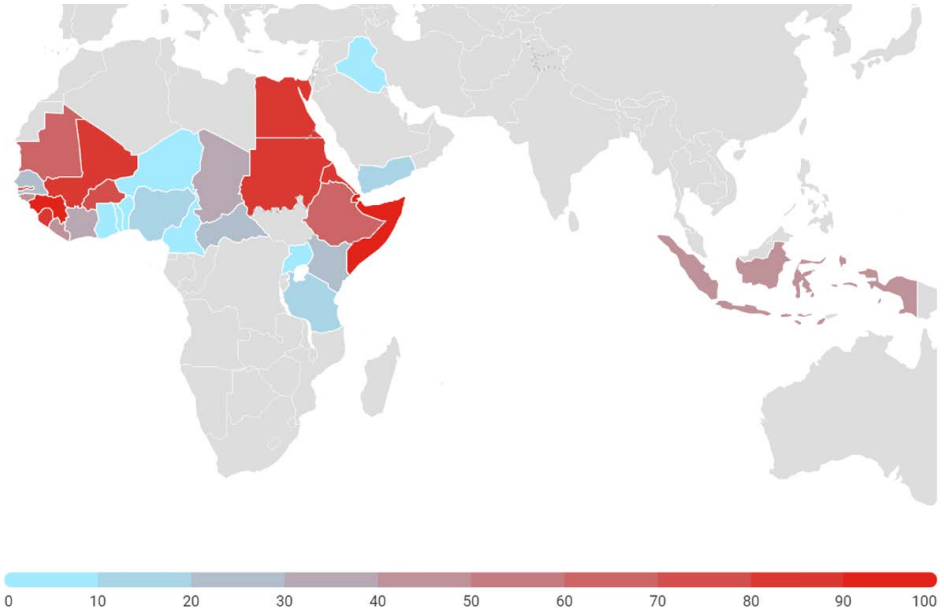
4.3 MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y VIH

La mutilación genital femenina (FGM) se refiere a "todos los procedimientos que impliquen la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otra lesión de los órganos genitales femeninos por razones no médicas".[119] La mutilación genital femenina está reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres. Refleja una desigualdad de género profundamente arraigada y constituye una forma extrema de discriminación contra la mujer. La mutilación genital femenina casi siempre se lleva a cabo en menores y es una violación de los derechos de los niños. La práctica también viola los derechos de una persona a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a estar libre de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida cuando el procedimiento conlleva a la muerte.[120]

La mutilación genital femenina no tiene beneficios para la salud, pero tiene serias implicaciones para la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de las niñas y las mujeres [121]. Las consecuencias a largo plazo incluyen complicaciones durante el parto, incontinencia urinaria y mayor riesgo de transmisión del VIH, así como efectos psicológicos.

Si bien se desconoce el número exacto de niñas y mujeres en todo el mundo que se han sometido a la mutilación genital femenina, se estima que al menos 200 millones de niñas y mujeres vivas en la actualidad han sido sometidas a la práctica en 31 países con datos representativos sobre la prevalencia. Como se describe en la ilustración a continuación, la mayoría de los países donde prevalece la FGM se encuentran en África.[122] Dado que África aumenta la población joven, el UNFPA y UNICEF estiman que 50 millones de niñas en África corren el riesgo de sufrir mutilación genital antes del 2030 si no se toman medidas concretas desde ya.[123]

ILUSTRACIÓN 5 - PORCENTAJE DE NIÑAS Y MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE HAN SUFRIDO MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



Aunque la mutilación genital femenina parece tener una correlación negativa con la infección por el VIH en África al comparar la distribución geográfica, algunos estudios sugieren que la mutilación genital femenina puede aumentar el riesgo de contraer el VIH [124],[125],[126] A nivel individual, hay una serie de mecanismos propuestos a través de los cuales la mutilación genital femenina puede influir en el riesgo de contraer el VIH en las mujeres.[126] En términos de fisiología, el uso de instrumentos de corte contaminados o la reutilización continua del mismo instrumento sin esterilización en ceremonias grupales aumenta el riesgo de transmisión del VIH.[126]

Por el contrario, los mecanismos de conducta pueden ser protectores en algunos casos y aumentar el riesgo de contraer el VIH en otros. Por ejemplo, en algunos entornos, la mutilación genital femenina puede provocar un retraso en el inicio de las relaciones sexuales,[127] lo que puede estar asociado con un menor riesgo de infección por el VIH. Por otro lado, la mutilación genital femenina aumenta la posibilidad de casarse de las niñas y el precio de la novia y puede contribuir a los matrimonios precoces con hombres mayores que tienen más probabilidades de haber estado expuestos al VIH.[128]

Si bien los datos que respaldan el vínculo entre el VIH y la mutilación genital femenina son limitados, se necesitan más investigaciones para proporcionar pruebas de mejor calidad de la relación entre la mutilación genital femenina y el VIH, especialmente en lugares donde tanto la prevalencia de la mutilación genital femenina como el riesgo de las mujeres de contraer el VIH son sustanciales.[126]

Los Estados miembros de la UA han defendido la lucha contra la mutilación genital femenina a nivel nacional, regional e internacional. Hay ejemplos extraordinarios de líderes, tales como muchas mujeres líderes, como la Primera Dama de Burkina Faso, Madame Sika Kaboré, que han provocado un cambio tremendo en sus países.[129] En 2019, la UA, en asociación con el UNFPA y UNICEF, lanzó una Iniciativa continental para poner fin a la mutilación genital femenina (la Iniciativa Saleema), que marcó un compromiso reforzado con la eliminación de la mutilación genital femenina en África. La Iniciativa Saleema tiene como objetivo impulsar la acción política para hacer cumplir una legislación sólida, aumentar la asignación de recursos financieros y fortalecer las alianzas para poner fin a la mutilación genital femenina, particularmente en las comunidades más afectadas por la práctica nociva.[130]

4.4 VIH, LIDERAZGO Y TOMA DE DECISIONES

El empoderamiento de la mujer generalmente se refiere al reconocimiento de que las mujeres puedan y deban participar de manera efectiva en los procesos de toma de decisiones que dan forma a sus propias vidas y sociedades.[132] Un aspecto importante del empoderamiento de la mujer es la voluntad; definida como la capacidad de establecer sus propias metas o tomar sus propias decisiones y actuar sobre ellas.[132] El empoderamiento de la mujer implica tanto el desarrollo de la propia voluntad de la mujer como la eliminación de cualquier barrera políticas, legales y sociales - para ejercer dicha voluntad.[131]

La salud reproductiva y los derechos reproductivos son fundamentales para empoderar a las mujeres y las adolescentes y crear sociedades y economías con igualdad de género.[133] En salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, la voluntad de la mujer está muy influenciada por su capacidad para ejercer sus derechos humanos. En relación con el empoderamiento de la mujer y la infección por el VIH, las mujeres deben tener la capacidad y deben tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos para así reducir el riesgo de infección por el VIH.[131]

Sin embargo, en África, muchas mujeres no tienen la capacidad de tomar decisiones sobre su propia salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos. En muchas comunidades de todo el continente, las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres limitan la toma de decisiones sexuales de las mujeres,[134],[135],[136],[137] y la capacidad de las mujeres para elegir medidas de protección, lo que contribuye a un mayor riesgo de infección por el VIH para las mujeres.[138],[139],[140],[141]

Por ejemplo, un estudio de 2019 en Mozambique mostró que los hombres toman la mayoría de las decisiones sobre la fertilidad y el tamaño de la familia, y los encuestados informaron que las normas de género profundamente patriarcales limitan la voluntad y la participación de las mujeres en la toma de decisiones, incluso en torno a su propia salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos. Tanto mujeres como hombres reportaron que las mujeres deben obtener el permiso de sus parejas masculinas antes de asistir a cualquier centro de salud.

Existen muchos indicios que demuestran las formas en que los niveles desiguales de poder entre hombres y mujeres en las relaciones íntimas limitan a las mujeres, incluyendo a las mujeres que viven con el VIH, a tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos.[143],[144],[145],[146]

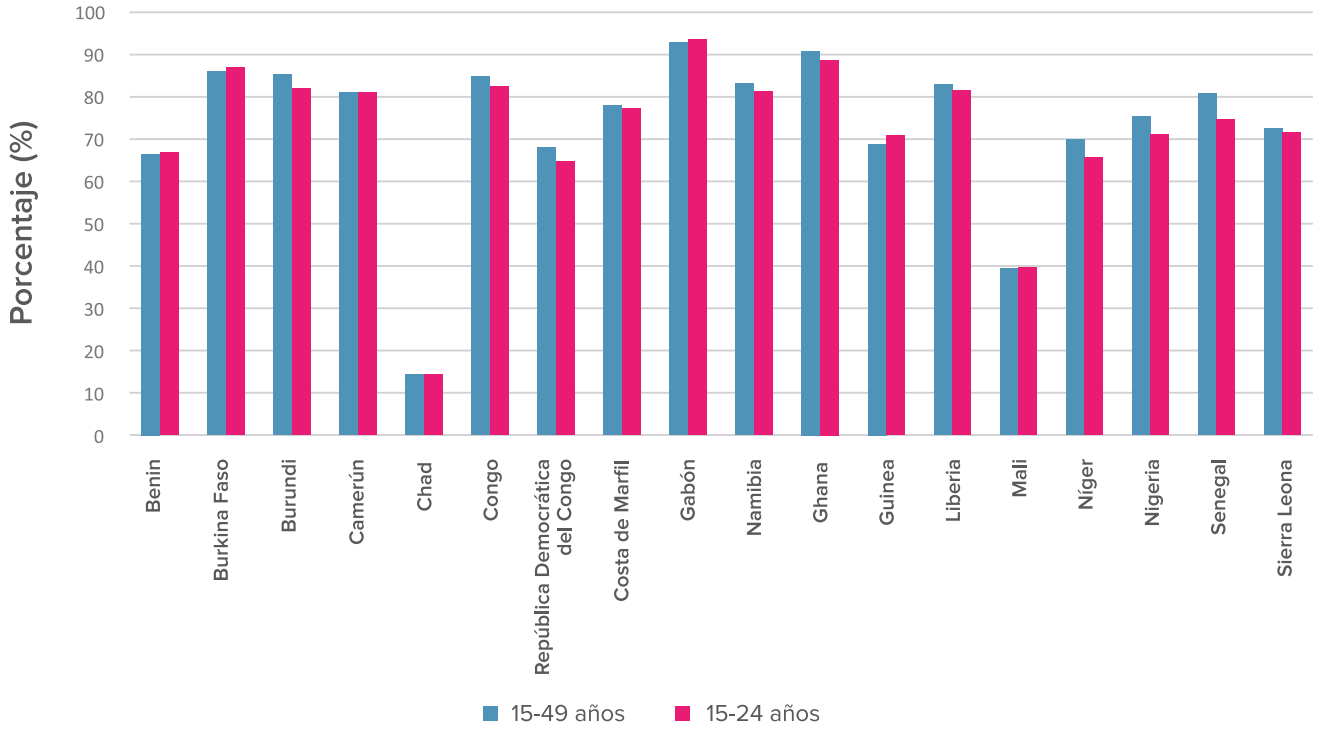
En toda África, las desigualdades en la educación, el empleo y el acceso a los recursos dan como resultado un estatus socioeconómico más bajo para las mujeres, lo que conduce a un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres.[147],[148] Esto restringe el acceso de las mujeres a la información sobre su salud reproductiva y sus derechos reproductivos.[149]

Además, en muchas sociedades, los hombres tienden a ser considerablemente mayores que las mujeres en las relaciones, lo que refuerza el desequilibrio de poder, especialmente en las sociedades patriarcales, donde la edad y la madurez son importantes en las relaciones sociales.[149] Como resultado, los hombres tienden a tener un estatus social más alto que las mujeres y tienden a controlar los recursos económicos. El control de los recursos económicos por parte de los hombres genera más poder de decisión en las relaciones.[149]

Esto limita a las mujeres a negociar medidas de protección, haciéndolas más vulnerables al VIH.[150] La Ilustración 6 a continuación, muestra los resultados de las encuestas de población en África Occidental y Central: los resultados muestran que alrededor de 1 de cada 4 mujeres no creen que la mujer pueda pedirle a su esposo que use un condón incluso si sabe que tiene una infección de transmisión sexual.

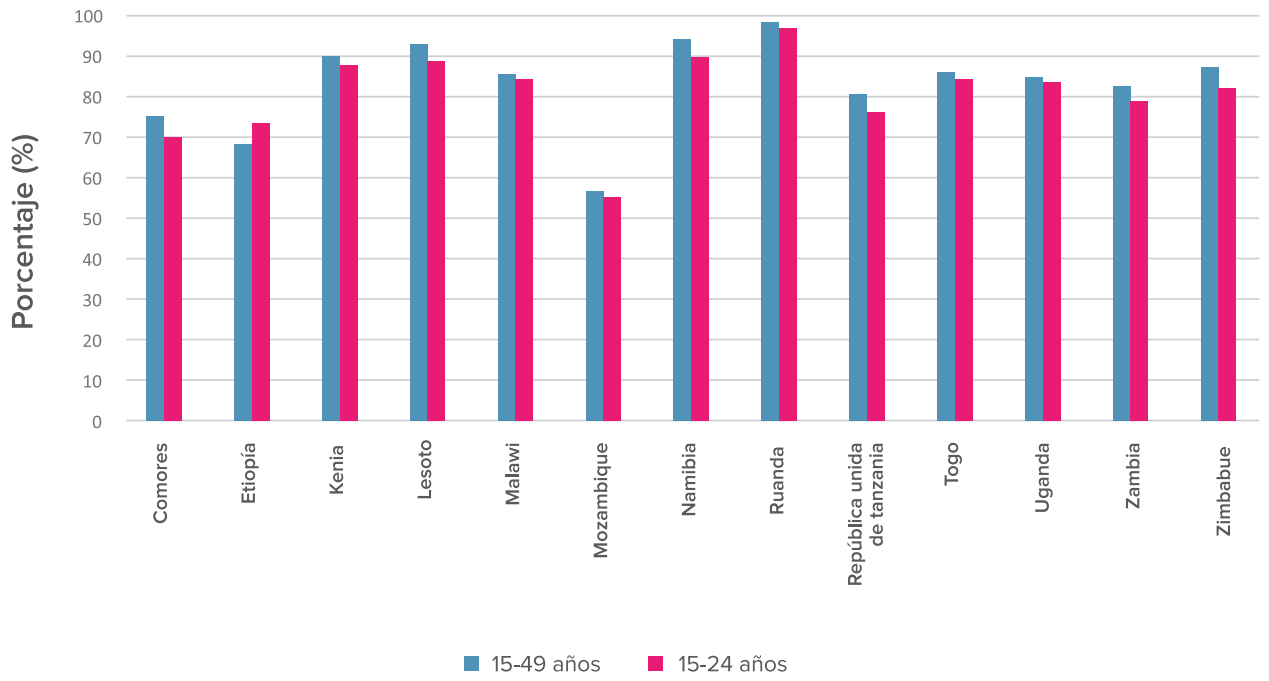
La información que mide la capacidad de acción y el poder de las mujeres jóvenes en la toma de decisiones sobre su propia salud es igualmente preocupante. En 11 países de África oriental y meridional, el 62% de las mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años que actualmente están casadas y que viven en áreas urbanas informan tener la última palabra en las decisiones relacionadas con su propia atención médica, en comparación con el 53% que viven en áreas rurales. En diez países de África occidental y central, el resultado es mucho menor: el porcentaje de mujeres jóvenes actualmente casadas de entre 15 y 19 años que informan tener la última palabra en las decisiones relacionadas con su propia atención médica fue del 29% en las zonas urbanas y del 25% zonas rurales.[151],[152]

ILUSTRACIÓN 6 – PORCENTAJE DE MUJERES QUE CREEN QUE UNA MUJER NO TIENE DERECHO A PEDIRLE A SU PAREJA QUE UTILICE UN CONDÓN SI SABE QUE SU ESPOSO TIENE UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN 18 PAÍSES DE ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL[157]



Fuente: Inquéritos Demográficos e Sanitários, 2010-2015

ILUSTRACIÓN 7 – PORCENTAJE DE MUJERES QUE PIENSA QUE UNA MUJER NO TIENE DERECHO A PEDIRLE A SU PAREJA QUE UTILICE UN CONDÓN SI SABE QUE SU ESPOSO TIENE UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN 13 PAÍSES DE ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL [153]



Fuente: Inquéritos Demográficos e Sanitários, 2010-2015

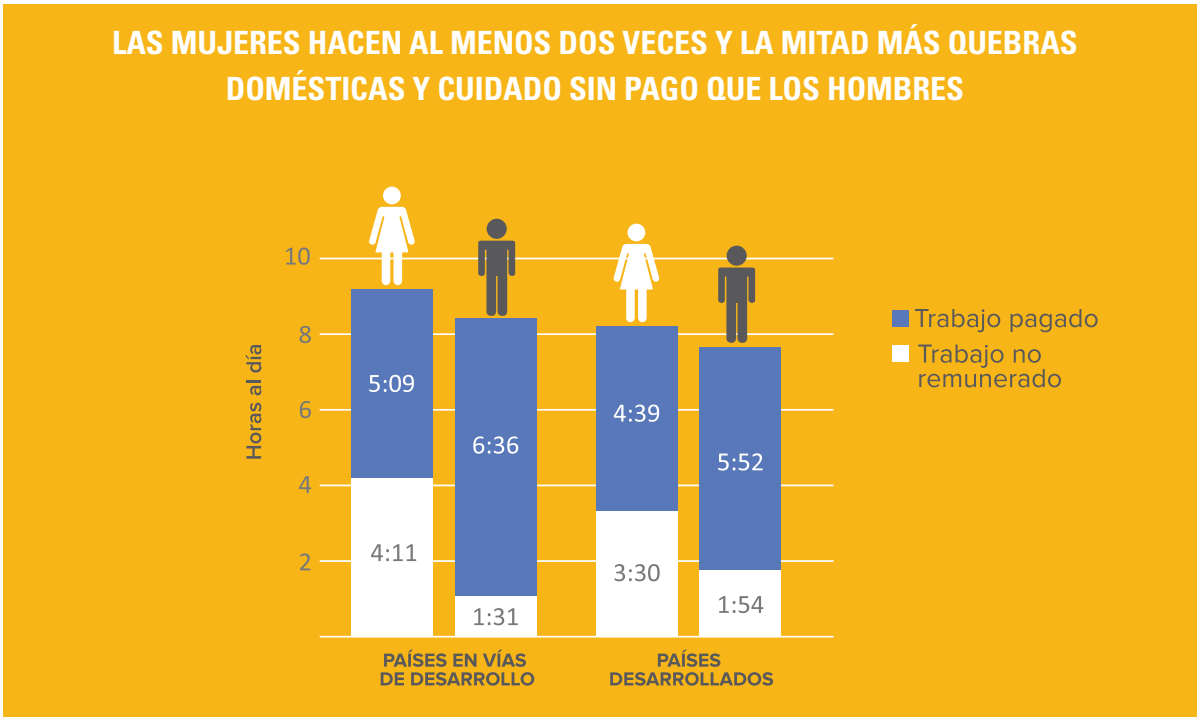
En todo el mundo, así como en África, el liderazgo y la participación política de las mujeres están limitados. Las mujeres no suponen un buen porcentaje de representación como votantes, así como en puestos de liderazgo, ya sea en cargos electos, la administración pública, el sector privado o la academia.[154] Esto ocurre a pesar de sus probadas habilidades como líderes y agentes de cambio, y su derecho a participar por igual en la gobernabilidad democrática.[154]

La subrepresentación de las mujeres en puestos de liderazgo se refleja en la respuesta al VIH, donde las mujeres que viven con el VIH y sus organizaciones no siempre están incluidas en las decisiones que guían las políticas y programas sobre el VIH.[154] Los derechos de las mujeres, en particular las mujeres que viven con el VIH, a participar a menudo se pasan por alto y se pierden sus posibles contribuciones de liderazgo y perspectivas sobre la epidemia. Abordar el VIH requiere acciones en todos los frentes y solo será eficaz cuando las funciones y las prioridades de las mujeres, determinadas por ellas mismas, estén plenamente integradas en todos los aspectos de la toma de decisiones.[154]

4.5 EL VIH Y EL EMPODERAMIENTO ECONÓMICO

Las normas de género desiguales dictan los roles de las mujeres y las niñas dentro de los hogares en varios contextos en todo el mundo; tienden a asignar niveles más altos de trabajo doméstico y responsabilidades de cuidado de las niñas y mujeres.[155] Desde cocinar y limpiar hasta buscar agua y leña o cuidar de niños y ancianos, las mujeres realizan al menos dos veces y media más tareas domésticas y de cuidado no remuneradas que los hombres. Se estima que las mujeres dedican una media de 4,5 horas al día al trabajo no remunerado, frente a poco más de dos horas de los hombres. Como resultado, las mujeres tienen menos tiempo para realizar trabajos remunerados, lo que en última instancia afecta su independencia económica, seguridad y control.[157]

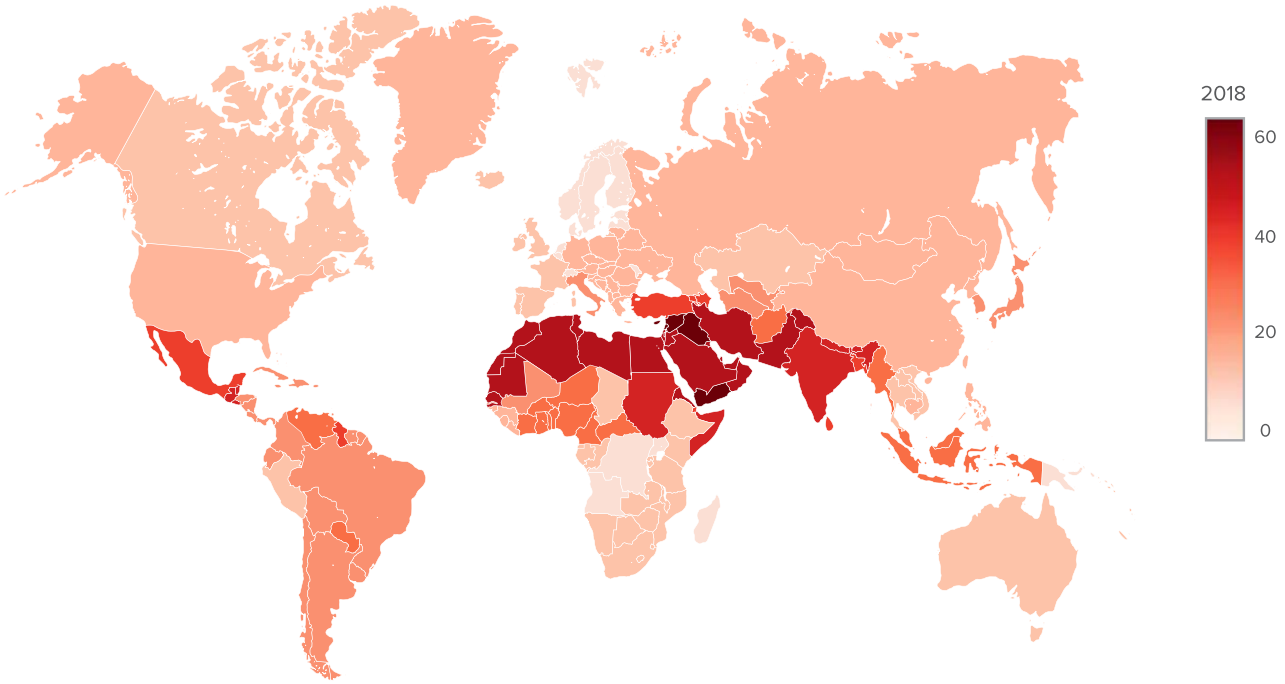
ILUSTRACIÓN 8 - TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO REMUNERADO Y NO REMUNERADO DE LA PERSONA EMPLEADA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN 23 PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO (ÚLTIMOS DATOS DISPONIBLES)



Las mujeres de todas las clases socioeconómicas sienten la carga del trabajo no remunerado.[158] Pero es más grave para las mujeres más pobres y desfavorecidas.[159] Esta es la realidad de muchas mujeres en África cuyo trabajo subsidia el costo de la atención que sostiene a las familias, respalda las economías y, a menudo, cubre la falta de servicios sociales. Sin embargo, rara vez se reconoce como "trabajo".[160]

También existe una importante brecha de género en la mano de obra mundial.[162] En 2018, la brecha de género global en el entorno laboral se situó en el 27%.158 Sin embargo, el promedio mundial enmascara variaciones significativas entre las regiones, la brecha es más pronunciada en el norte de África donde participan menos de un tercio de las mujeres en edad laboral, mientras que, en el África subsahariana, casi dos tercios participan, ver la ilustración a continuación.[161] Según datos de 84 países, el 95% de los hombres de entre 25 y 54 años de edad están empleados, frente al 52% de las mujeres. La principal razón por la que las mujeres reportan no estar empleadas fue por tener que dedicarse al trabajo de cuidados no remunerado.[159]

ILUSTRACIÓN 9 - PARTICIPACIÓN EN EL EMPLEO REMUNERADO EN BASE A LA BRECHA DE GÉNERO, PUNTOS PORCENTUALES, DE 2018



De las mujeres que se encuentran empleadas, más de la mitad lo están en el sector informal, a menudo en trabajos que carecen de seguridad o derechos.[162] Como resultado de las desigualdades en el acceso a los ingresos y los recursos, las mujeres de bajos ingresos a menudo quedan económicamente dependientes de sus parejas masculinas.[163]

La vulnerabilidad económica de las mujeres y la dependencia de los hombres aumenta su vulnerabilidad al VIH.[164] Las desventajas económicas a las que se enfrentan las mujeres pueden comenzar desde la niñez, y las niñas se enfrentan a una falta de oportunidades y niveles más bajos de inversión en su salud, nutrición y educación.[165] A lo largo de su vida, las mujeres africanas continúan topándose con desventajas en los sectores de la educación, la salud y las actividades generadoras de ingresos. Suelen tener una dotación de capital humano significativamente menor que la de los hombres; peor acceso a los mercados laborales; sueldos más bajos; acceso o títulos más limitados a los bienes productivos (como tierra, crédito y otros insumos); menos derechos políticos y legales; y restricciones más estrictas a la movilidad y las actividades socialmente aceptables.[166] Como resultado, la desigualdad de género puede atrapar a las mujeres en la pobreza y generar un círculo vicioso negativo que impacta los resultados de educación y salud de sus hijos.[166]

La situación económica más baja de las mujeres conduce a la dependencia económica de los hombres, lo que hace que sea difícil y, a veces, incluso peligroso para las mujeres negociar las relaciones. Además, muchas mujeres de bajos ingresos tienen preocupaciones más inmediatas, como pagar el alquiler o tener suficiente comida,[167] que razonablemente pueden tener prioridad sobre protegerse del VIH. Por tanto, la dependencia económica de la mujer limita en gran medida su poder de decisión y aumenta su vulnerabilidad al VIH.

4.6 EDUCACIÓN DE LAS NIÑAS Y EL VIH

El acceso equitativo a una educación de calidad es un derecho humano. Todos los niños tienen derecho a aprender y recibir una educación de buena calidad, independientemente de su género, el lugar donde vivan o sus circunstancias.[168] Sin embargo, a pesar de la evidencia que demuestra cuán fundamental es la educación de las niñas para el desarrollo, persisten las disparidades de género en la educación.[169] En África, existen grandes brechas de género en el acceso, los logros de aprendizaje y la continuación de la educación en muchos entornos, la mayoría de las veces a expensas de las niñas.[170]

Educar a una niña es una de las mejores inversiones que pueden hacer su familia, su comunidad y su país. Sabemos que una educación de buena calidad puede cambiar la vida de niñas, niños, mujeres jóvenes y hombres, ayudándolos a desarrollar todo su potencial y encaminándolos hacia el éxito en sus vidas. También sabemos que educar a una niña, en particular, puede poner en marcha un círculo virtuoso de desarrollo. Las niñas con más educación, por ejemplo, se casan más tarde, tienen hijos más sanos, ganan más dinero del que invierten en sus familias y comunidades, y desempeñan papeles más activos en el liderazgo de sus comunidades y países.[171]

La educación ayuda a las niñas y mujeres a lograr un mayor control sobre sus vidas y les confiere el poder de tomar decisiones que pueden prevenir la infección por el VIH.[172],[173] Los estudios muestran que las niñas que terminan la educación primaria tienen más del doble de probabilidades de adoptar comportamientos protectores; las niñas que completan la educación secundaria tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de adoptar conductas protectoras, y es menos probable que se infecten con el VIH, las niñas que han recibido educación en los niveles secundario y terciario tienen menos probabilidades de ser coaccionadas.[173] Los niveles más altos de educación también se traducen en un mayor poder adquisitivo en el mercado laboral. Por cada año extra que se curse en la escuela primaria, aumenta el salario final de las niñas entre un 10% y un 20%, y un año adicional de escuela secundaria entre un 15% y un 25%.[174]

Múltiples estudios han demostrado que permanecer en la escuela por más tiempo tiene un beneficio protector al reducir el riesgo de infección por VIH.[175],[176],[177],[178] Por ejemplo, después de que se amplió la educación secundaria obligatoria y gratuita en Botsuana, por cada año extra de matriculación de educación secundaria hubo una reducción del 8,1% en el riesgo acumulativo de infección por el VIH y una reducción del 11,6% en el riesgo de contraer el VIH entre las mujeres jóvenes en particular.[179] Los niveles más altos de logros educativos entre las mujeres también se asocian con un mayor control sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos

reproductivos.[180] También se observaron efectos positivos de la matriculación en la escuela secundaria sobre la reducción de las conductas sexuales de riesgo y las tasas de infección por el VIH en Uganda y Zimbabue, respectivamente.[181],[182]

A pesar de la evidencia de los múltiples beneficios de permanecer en la escuela, las niñas y mujeres jóvenes en África se enfrentan a importantes obstáculos para la educación, impulsadas por la pobreza, normas sociales y culturales desiguales (como el trabajo doméstico y el cuidado de familiares), prácticas nocivas (como el cuidado de niños, niñas y matrimonios precoces y forzados), infraestructura deficiente, violencia de género e inestabilidad.[183] En toda la región, 9 millones de niñas de entre 6 y 11 años nunca irán a la escuela, en comparación con los 6 millones de niños, según datos del UIS. Su desventaja comienza temprano: el 23% de las niñas está fuera de la escuela primaria en comparación con el 19% de los niños. Cuando se convierten en adolescentes, la tasa de exclusión de las niñas es del 36% en comparación con el 32% de los niños.[184] Las normas patriarcales que devalúan la educación de mujeres y niñas también limitan sus oportunidades de acceder y permanecer en la educación. En un estudio que analiza los países más difíciles de obtener una educación en todo el mundo, nueve de las diez naciones más difíciles para que las niñas reciban educación se encuentran en África.[185] Además, ningún país africano aparece en el primer cuartil del 25%, y solo cuatro países africanos se ubicaron por encima del cuartil medio.[185] Sin una acción urgente, es probable que la situación empeore ya que la región enfrenta una creciente demanda de educación debido a una creciente demanda de la población en edad escolar.[186]

La COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud y el bienestar de las niñas, y muchas corren el riesgo de no regresar a la escuela una vez que vuelvan a abrir.[187] Las investigaciones disponibles muestran que la prevalencia de la violencia contra las niñas y las mujeres ha aumentado durante la pandemia, lo que pone en peligro su salud, seguridad y bienestar general.[188] A medida que se aplicaron el cierre de escuelas y las cuarentenas durante el brote de ébola de 2014-2016 en África Occidental, las mujeres y las niñas experimentaron más violencia sexual, coacción y explotación. Los cierres de escuelas durante el brote de ébola se asociaron con un aumento de los embarazos en la adolescencia.[189] Una vez que se volvieron a abrir las escuelas, a muchas "niñas visiblemente embarazadas" se les prohibió regresar a la escuela. Con el cierre de escuelas en todo el mundo en desarrollo, donde prevalece el estigma en torno a los embarazos de adolescentes, es probable que veamos un aumento en las tasas de abandono a medida que las adolescentes queden embarazadas o se casen.

Dado que las niñas se quedan en casa debido al cierre de escuelas, la carga de sus tareas domésticas puede aumentar, lo que hace que las niñas pasen más tiempo ayudando en casa en lugar de estudiar. Esto podría alentar a los padres, en particular a aquellos que dan menos valor a la educación de las niñas, a mantener a sus hijas en casa incluso después de que las escuelas vuelvan a abrir. Además, la investigación muestra que las niñas corren el riesgo de abandonar la escuela cuando los cuidadores no están en el hogar porque normalmente tienen que reemplazar (en parte) el trabajo realizado por el cuidador desaparecido, que podría estar ausente debido a un trabajo relacionado con COVID-19, una enfermedad, o muerte.[190] Por lo tanto, con la actual pandemia de COVID-19, es posible que veamos más niñas que niños ayudando en casa, retrasándose en sus estudios y abandonando la escuela.

4.7 MARCOS JURÍDICOS DISCRIMINATORIOS

Las leyes discriminatorias que restringen los derechos de las mujeres pueden socavar inadvertidamente su conducta de búsqueda de atención médica. Estos se ven en sistemas legales plurales; criminalización del VIH y barreras legales para el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos.

4.7.1 SISTEMAS JURÍDICOS PLURALES

Los sistemas legales plurales son jurisdicciones en las que tanto los sistemas legales formales como los sistemas de justicia informales alternativos, como el derecho consuetudinario, tribal, religioso, personal y tradicional, operan en paralelo. Aunque no se tienen cifras exactas, los indicios indican que un número importante de mujeres de países en vías de desarrollo accede a los sistemas de justicia informal, con hasta el 80% de las disputas en algunos países resueltas a través de mecanismos de justicia informal.[191] Un informe del PNUD señala que, en algunos países de África, más de la mitad de las disputas se resuelven en foros consuetudinarios o religiosos.[192]

Las cuestiones sociales y económicas importantes para la vida cotidiana de las mujeres se gestionan y resuelven con frecuencia en los sistemas de justicia informales.[193]

Uno de los desafíos de los sistemas legales plurales es que la incoherencia en los enfoques de los derechos y obligaciones determinados por leyes formales e informales que a menudo resulta en la negación de los derechos en lugar de la protección.[194] Los sistemas legales plurales presentan un desafío a la respuesta del VIH para mujeres y niñas, ya que la pluralidad legal a menudo legítima y perpetúa leyes discriminatorias, prácticas tradicionales nocivas, violencia contra las mujeres y sistemas desiguales de propiedad y herencia que impulsan la epidemia del VIH en mujeres y niñas.[195]

4.7.2 CRIMINALIZACIÓN POR VIH

El derecho penal afecta significativamente a las mujeres y niñas que viven con el VIH, lo que a menudo aumenta el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja íntima, violencia sexual y abuso físico.[196] Las mujeres y las niñas se ven afectadas directa e indirectamente por las disposiciones del derecho penal, incluyendo el acceso a los servicios de salud reproductiva y la confidencialidad del estado serológico respecto del VIH. A partir de 2019, 29 países africanos tienen leyes que penalizan el VIH, ya sea la no divulgación, la exposición o la transmisión, incluyendo la transmisión no intencional.[197]

ILUSTRACIÓN 10 - PAÍSES AFRICANOS DONDE EXISTEN LEYES ESPECÍFICAS SOBRE EL VIH[198]

Los estatutos permiten el uso de la condición de VIH para agravar los cargos penales en algunos países. Estas leyes y los enjuiciamientos que se derivan de ellas no siempre se basan en las mejores pruebas científicas disponibles para los riesgos y daños relacionados con el VIH, ni se remiten a ellas, lo que da lugar a enjuiciamientos y condenas injustas.[199]

En contextos de criminalización del VIH, las mujeres y niñas que viven con el VIH corren un importante riesgo de ser procesadas. Esto se debe a que las mujeres son a menudo las primeras en conocer su estado de VIH positivo (un requisito previo para la mayoría de los enjuiciamientos de penalización del VIH), debido a una mayor interacción con el sistema de salud, incluso debido a los programas de asesoramiento y pruebas iniciados por el proveedor del servicio durante las visitas prenatales.[200] Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de hacerse la prueba del VIH y de iniciar y cumplir con el tratamiento del VIH.[201] Las mujeres que viven con el VIH corren el riesgo de ser procesadas por exposición y transmisión del VIH debido al parto y la lactancia.[202] Las mujeres que viven con el VIH que revelan su estado corren el riesgo de sufrir violencia de género, abandono, pérdida de propiedad y pérdida de la custodia de los hijos; a la vez que corren el riesgo de ser enjuiciadas y encarceladas por no revelar información.[203] Al mismo tiempo, es menos probable que las mujeres y las niñas tengan acceso a servicios legales y, por lo tanto, a un juicio justo.[204]

4.7.3 BARRERAS LEGALES PARA EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

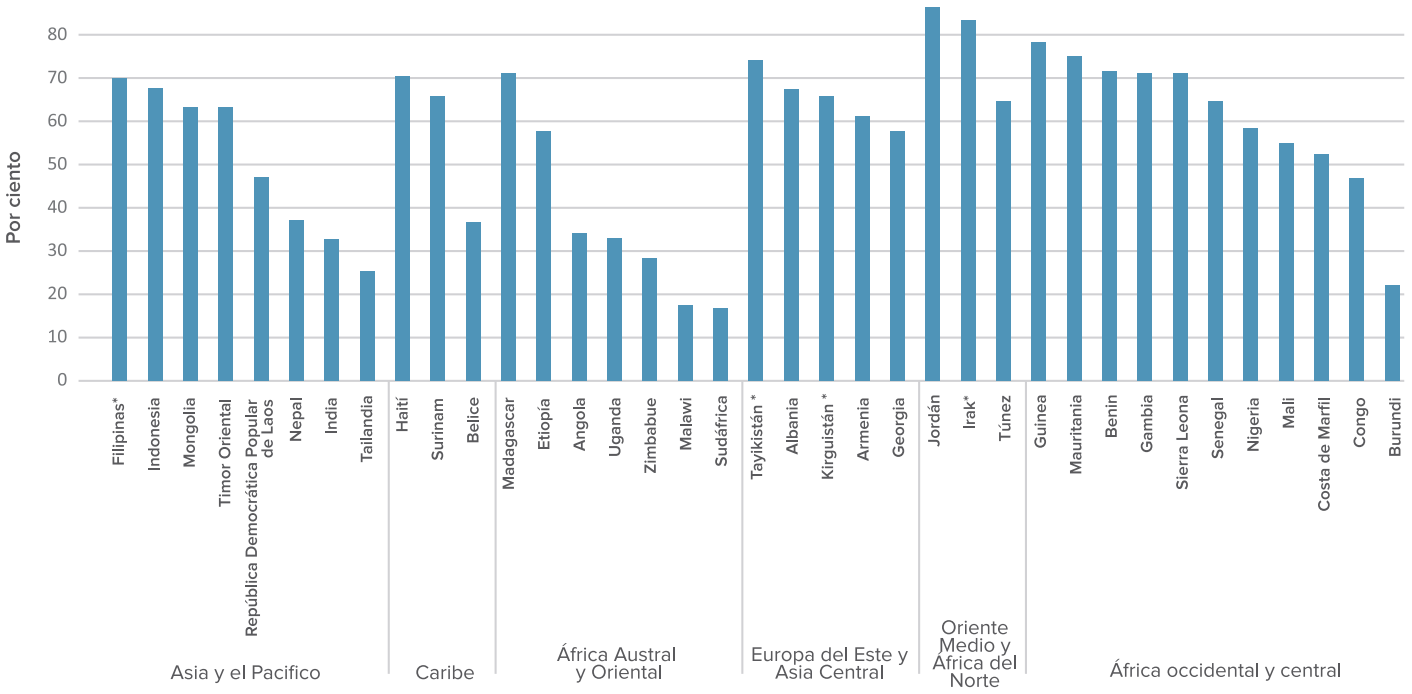
Los jóvenes son particularmente vulnerables al VIH por razones fisiológicas y sociales. Sin embargo, los adolescentes se enfrentan a barreras legales y políticas para la consejería y las pruebas del VIH, aquellas relacionadas con los requisitos para el consentimiento de los padres o tutores para acceder a los servicios de consejería y pruebas del VIH.[205] Las barreras legales al acceso de los jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva obstaculizan el progreso en la prevención, el tratamiento y la atención del VIH.[206] En África subsahariana, las mujeres de entre 15 y 24 años representaron casi la mitad de las nuevas infecciones en 2018 a pesar de ser solo el diez por ciento de la población.[207]

El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (Protocolo de Maputo), alabado como uno de los instrumentos más progresistas sobre los derechos de las mujeres y los derechos de salud reproductiva de las niñas, ordena a los Estados miembros que garanticen los derechos de las mujeres a la salud, incluyendo la protección contra el VIH. Esto incluye la adopción de medidas como la abolición de todas las leyes discriminatorias, la promoción del acceso de las niñas a la educación, la garantía de los derechos legales de las mujeres a la tierra, la propiedad y los derechos de herencia y la protección del empleo y el lugar de trabajo. Además, requiere protección contra la violencia y el abuso sexual y la prohibición de las leyes y prácticas consuetudinarias que son perjudiciales para las mujeres.[208]

4.8 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR VIH

La discriminación relacionada con el VIH es el trato injusto e indebido de una persona o grupo de personas en función de su estado serológico real o percibido.[209] A pesar de décadas de avances científicos en la prevención y el tratamiento, así como de los esfuerzos generalizados de sensibilización, los temores irracionales a la infección por el VIH y las actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH son una barrera persistente para hacer frente a la epidemia.[209] El impacto del estigma puede ser inmenso. Se puede sentir en muchos niveles diferentes, desde el bienestar mental y físico de una persona hasta la capacidad de los sistemas de salud para llegar a los más necesitados y de los gobiernos para liderar respuestas efectivas y basadas en los derechos.[210] Los resultados de las encuestas de población muestran que el estigma y las actitudes discriminatorias son muy prevalentes en África, véase la ilustración a continuación.[211]

ILUSTRACIÓN 11 - PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS QUE REPORTAN ACTITUDES DISCRIMINATORIAS HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH, DE PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2014-2019[212]



El estigma y la discriminación pueden ser obvios, por ejemplo, cuando a una persona que vive con el VIH se le niega un servicio de salud. Pero también puede ser más sutil, por ejemplo, cuando una persona no está completamente incluida en las actividades grupales. Las personas, las organizaciones, las instituciones o los sistemas pueden estigmatizar o discriminar, o hacer ambas cosas, a las personas en función de su estado serológico. Las personas que viven con el VIH también pueden estigmatizarse a sí mismas: el llamado "autoestima". Por ejemplo, alguien que vive con el VIH puede optar por excluirse de un evento social porque siente o percibe que no será bienvenido. La discriminación puede institucionalizarse en leyes, políticas y prácticas que se centran negativamente en las personas que viven con el VIH. Las leyes específicas del VIH, como las que penalizan la no divulgación, exposición y transmisión del VIH, afianzan aún más el estigma y la discriminación.[209]

Las desigualdades de género existentes se ven agravadas y, a su vez, exacerbadas por el estigma y la discriminación del VIH. Como resultado, las mujeres y niñas que viven con el VIH a menudo experimentan un rompecabezas entrelazado y superpuesto de estigma, debido a su estado serológico y al hecho de ser mujeres.

4.8.1 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN: UNA BARRERA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD[213]

Los entornos sanitarios pueden ser una fuente de estigma y discriminación, así como de atención y tratamiento, para las personas que viven con el VIH.[214],[215],[216] Los ejemplos incluyen retrasos innecesarios en el tratamiento, atención diferenciada (por ejemplo, evitar el contacto físico, manejo inadecuado del dolor, separación de los servicios de prevención de la transmisión materno infantil de otros servicios de salud materno infantil), atención condicional (por ejemplo, otorgar acceso al tratamiento antirretroviral solo con la condición del uso de condones o anticonceptivos), negligencia (p. ej., negarse a comer, beber agua o higiene) o rechazar el servicio, todo lo cual obstruye directamente el acceso a la atención médica adecuada.[217]

Para las mujeres que viven con el VIH, el estigma relacionado con el VIH puede ser una barrera importante para acceder a los servicios relacionados con el VIH, así como a otros servicios sanitarios. Esto se puede observar en el continuo servicio sanitario que las mujeres utilizan durante toda su vida. Dentro de los servicios generales, como los programas prenatales del gobierno, las mujeres que viven con el VIH pueden enfrentarse a actitudes estigmatizantes y acciones inapropiadas tanto por parte del personal como de otras personas.[218]

El estigma puede manifestarse a través de los trabajadores de la salud que utilizan un lenguaje crítico, hacen pruebas de VIH sin consentimiento del paciente, toman precauciones innecesarias (p. Ej., usando guantes dobles, usando mascarillas, quemando sábanas) o violando la confidencialidad (p. Ej., Chismeando, revelando información a miembros de la familia sin permiso). Tales demostraciones de estigma y discriminación pueden impedir el acceso a la atención médica al disuadir a las mujeres que viven con VIH (o que sospechan que pueden estar viviendo con VIH) a hacerse pruebas y recibir tratamientos necesarios.[214,215,219,220,221,222]

El estigma del VIH puede limitar el acceso de las mujeres a los servicios de prevención de la transmisión materno infantil (PMTCT por sus siglas en inglés).[223] Cada componente de la PMTCT, desde las visitas domiciliarias hasta la terapia antirretroviral (TAR), corre el riesgo de revelar el estado de la mujer en el establecimiento de salud, su comunidad o a su familia.[213] Como resultado de ello, es posible que las mujeres no accedan a los servicios pertinentes, por temor a revelar su estado serológico y sufrir consecuencias negativas como el abandono y el aislamiento por parte de la pareja y la familia.[224,225]

4.8.2 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

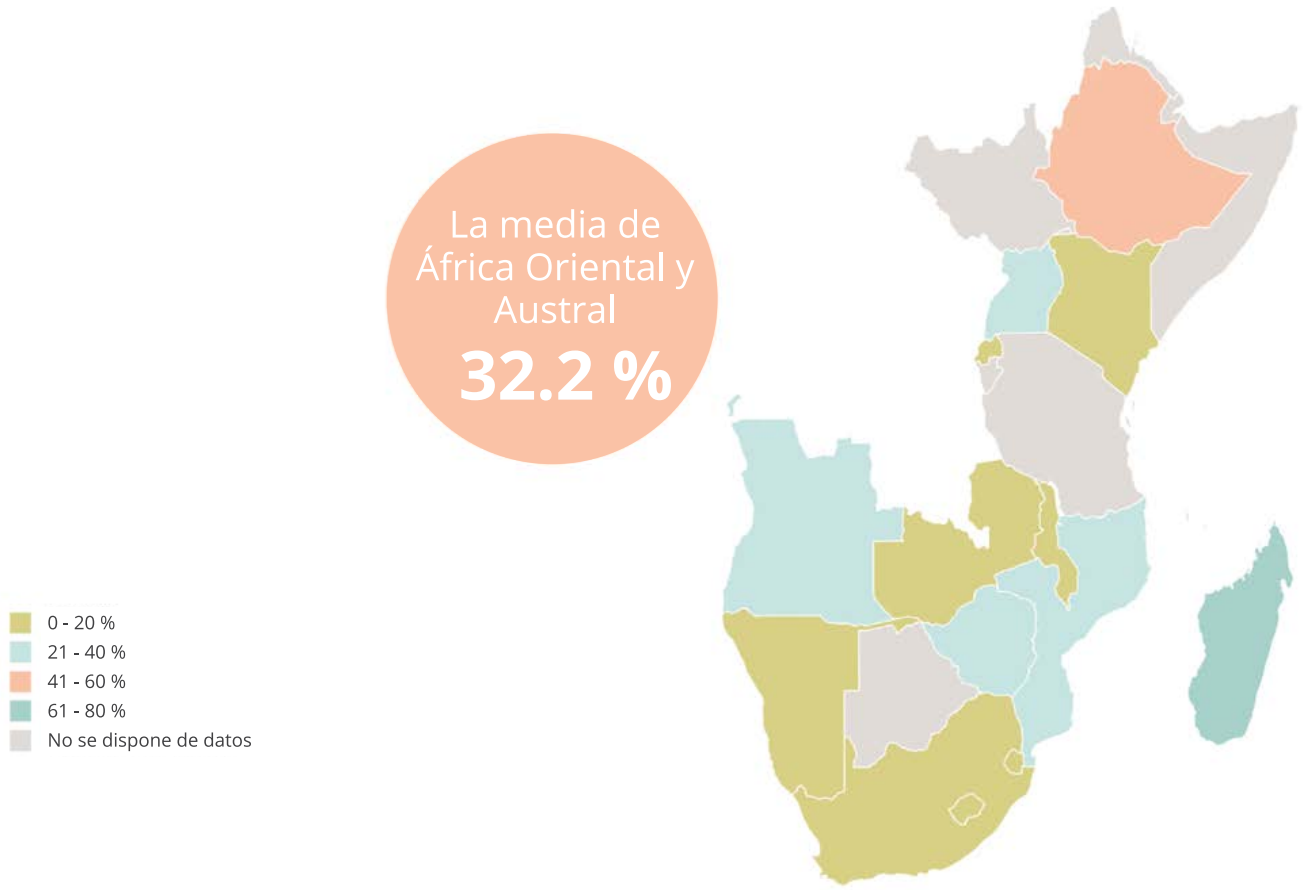
La mayoría de las personas que viven con el VIH en todo el mundo están en edad laboral (15 años o más) y, con la atención y el apoyo adecuados, tienen el potencial de convertirse en miembros valiosos de mano de obra.[226,227] Los entornos del lugar de trabajo comprenden todos los entornos en los que trabajan los trabajadores, incluyendo las economías formales (empleo asalariado tradicional) e informales (por ejemplo, venta ambulante, limpieza de casas). La economía formal incluye el empleo tanto en el sector público como en el privado.

Las personas que viven con el VIH tienen tres veces más probabilidades de estar desempleadas que el resto de la población en general.[228] Esto se debe en parte al estigma y la discriminación relacionados con el VIH a los que se enfrentan en los entornos laborales. Algunos de los ejemplos de prácticas discriminatorias en el lugar de trabajo son; la negativa a contratar a una persona que vive con el VIH; acoso; intimidación; prueba o divulgación forzada; negación de oportunidades laborales o ascensos; presión para renunciar o despido injustificado del empleo.[229,230,231]

Las dimensiones de género persisten en muchos entornos laborales formales en todo el mundo y en África y pueden exacerbar las experiencias de estigma relacionado con el VIH, lo que puede tener un impacto negativo en los medios de vida y el bienestar de las mujeres que viven con el VIH.

Más mujeres que hombres trabajan en el sector informal en trabajos que carecen de seguridad y regulación y su trabajo, a menudo marginal, podría verse comprometido por la discriminación de la comunidad.[216] Por ejemplo, los miembros de la comunidad pueden optar por comprar frutas y verduras de diferentes proveedores debido a su estado de VIH. En promedio, el 32% de las personas en África oriental y meridional y el 52% de las personas en África occidental y central no comprarían verduras a un comerciante con VIH. No se dispone de datos en la región del norte de África.[232] En entornos laborales más formales, las mujeres pueden ser más vulnerables a las prácticas discriminatorias por parte de las empresas, compañeros de trabajo y clientes.[213]

ILUSTRACIÓN 12 - PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS QUE NO COMPRARÍAN VERDURAS A UN COMERCIANTE QUE VIVE CON EL VIH, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2014-2019

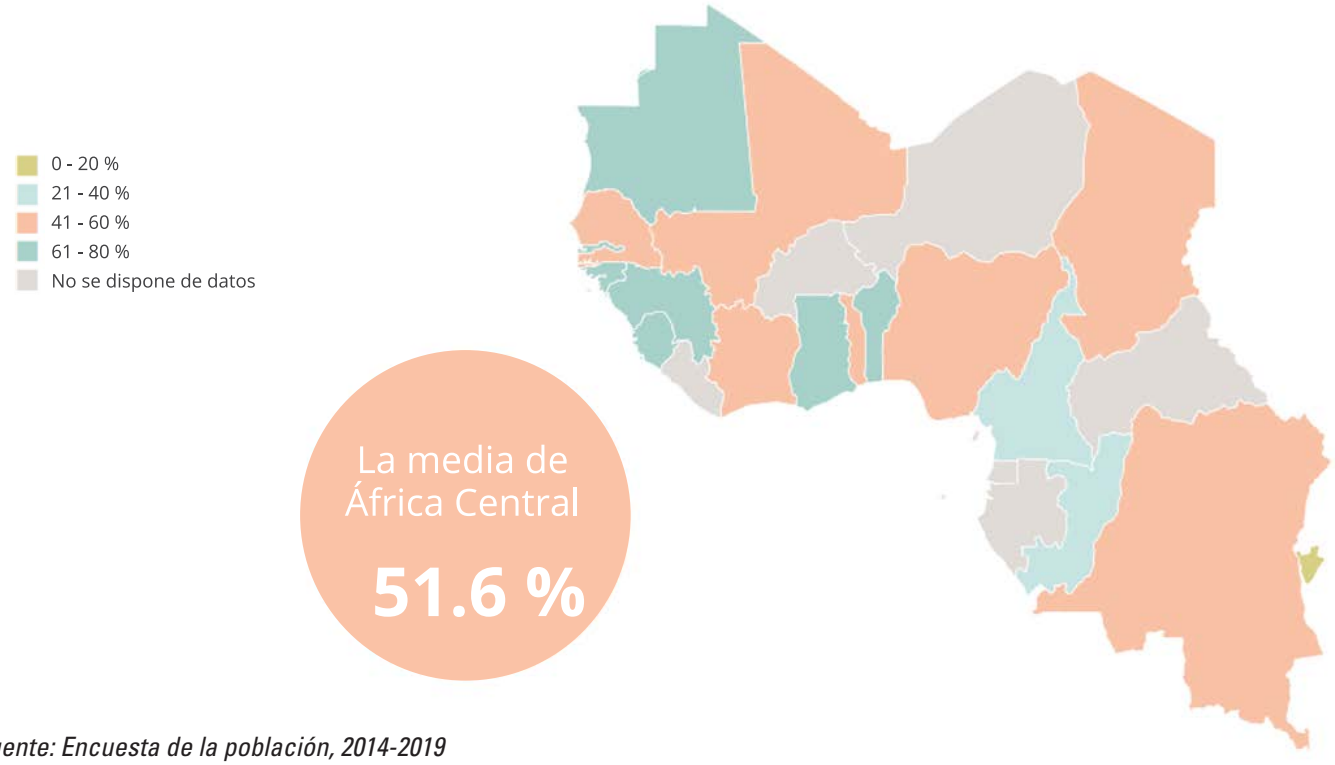


Fuente: Encuestas de población, 2014-2019.

Nota: Los datos agregados se refieren a los datos más recientes disponibles de 13 países de la región durante el período 2014 a 2019, correspondientes al 35% de la población de 2018.

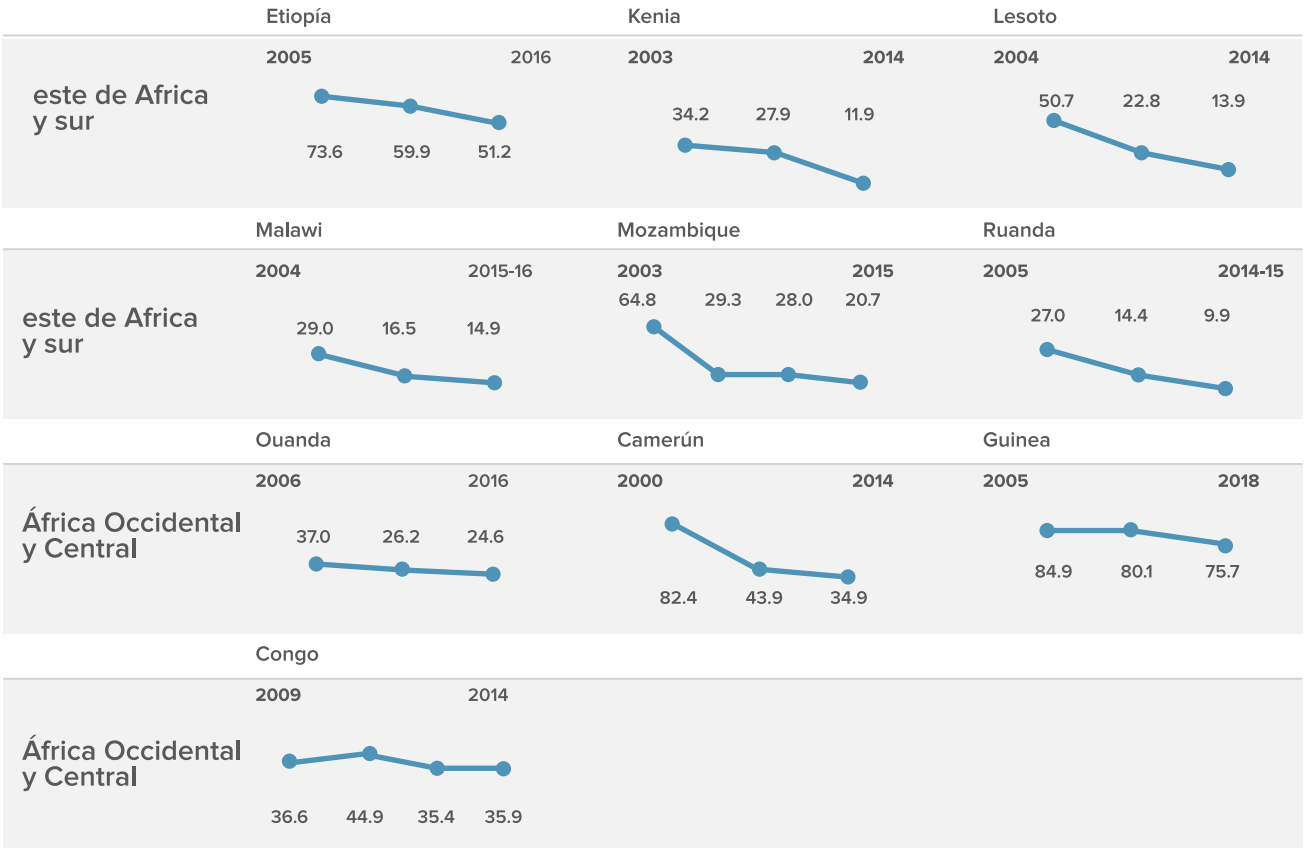
> "La lucha contra el VIH / SIDA requiere el liderazgo de todas las partes del gobierno, y debe ir directamente a la cima. El SIDA es mucho más que una crisis sanitaria. Es una amenaza para el desarrollo mismo."
>
> Kofi Annan

ILUSTRACIÓN 13 -PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS QUE NO COMPRARÍAN VERDURAS A UN COMERCIANTE QUE VIVE CON EL VIH, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2014-2018



Fuente: Encuesta de la población, 2014-2019

ILUSTRACIÓN 14 - PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS QUE NO COMPRARÍAN VERDURAS A UN COMERCIANTE QUE VIVE CON EL VIH, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2000-2019



Los resultados de las encuestas de la población en los países africanos donde se dispone de datos muestran que las actitudes discriminatorias están disminuyendo.

Con el fin de mantenerse al día con los controles periódicos, las mujeres que viven con el VIH pueden necesitar ausentarse repetidamente del trabajo para asistir al hospital y otras citas, particularmente cuando viajan desde áreas rurales. Esto puede significar una pérdida de ingresos o un historial de asistencia deficiente. Como resultado, las mujeres que viven con el VIH pueden decidir no acudir a la clínica por temor a ser sancionadas o descubiertas por los que las emplean.[213]

Aunque las mujeres que viven con el VIH pueden llevar una vida laboral plena y activa, muchas pueden decidir reducir o cambiar su empleo debido a su estado serológico. Por ejemplo, pueden preferir trabajar en el sector informal en trabajos que estén menos escrutados, para evitar tener que revelar su estado. En ocasiones, las mujeres que viven con el VIH pueden no poder trabajar, debido a su propia mala salud o si tienen que cuidar de otros miembros de la familia, lo que conduce a una pérdida de ingresos. El resultado puede significar penurias y pobreza.[213]

Muchas mujeres que viven con el VIH también pueden acceder plenamente a la educación. Sin embargo, pueden anticipar o experimentar el estigma y la discriminación del VIH en las escuelas, incluyendo el acoso y la violencia; negligencia, evitación y aislamiento; violaciones a la confidencialidad; y denegación de matrícula de estudiantes o pérdida de empleo para educadores.[233],[234],[235],[236] Estas manifestaciones de estigma y discriminación pueden tener graves repercusiones en su salud y bienestar.[237],[213]

4.8.3 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN ENTORNOS COMUNITARIOS Y SOCIALES

En entornos comunitarios, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH pueden manifestarse a través de gestos sutiles (p. Ej., Negarse a compartir alimentos o utensilios con personas que viven con el VIH) o acciones más abiertas (p. Ej., Abuso verbal, chismes, rechazo o dejar de lado a una persona que vive con el VIH). El juicio social de los miembros del hogar y la comunidad puede resultar en un estigma internalizado (auto estigma) entre las personas que viven con el VIH o un estigma anticipado entre las personas que piensan que pueden estar viviendo con el VIH. Estas experiencias pueden provocar el autoaislamiento y disuadir la divulgación y el compromiso con los servicios de pruebas, atención y tratamiento del VIH, lo que a su vez puede resultar en daños a la salud y el bienestar mental y físico de una persona.[217]

En diferentes comunidades de África, la experiencia de las mujeres del estigma y la discriminación relacionados con el VIH puede variar según factores como el estado civil y la edad; sin embargo, todavía puede afectar enormemente las interacciones sociales y el comportamiento de las mujeres. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH pueden limitar la capacidad de las mujeres para participar en la vida familiar y comunitaria, mantener su salud mental, cumplir con la medicación, mantener su salud reproductiva y cuidar de sus hijos.[213]

Las familias de las mujeres y niñas que viven con ellas pueden estar sujetas al estigma y discriminación relacionados con el VIH debido a su asociación. Esto es particularmente relevante en contextos en los que una familia con un miembro que vive con el VIH es responsable del comportamiento de sus miembros y se enfrenta colectivamente al estigma y la discriminación relacionadas con el VIH. Como tal, una familia puede no apoyar a un miembro que revele su estado de VIH positivo y que asista a servicios de atención médica.[237],[238]

El estigma puede ser particularmente intenso para las mujeres que viven con el VIH que viven en comunidades unidas que desempeñan un papel central en sus vidas. Pueden verse forzados a un 'silencio protector', lo que significa que no buscan el apoyo de la comunidad o los servicios, incluso en términos de acceso al TAR y otros medicamentos, por temor al rechazo de sus familiares y la pérdida de refugio, estatus, estabilidad y acceso a sus hijos.[213]

4.9 VIH, DISCAPACIDAD, ESTADO DE REFUGIADO, ABUSO DE DROGAS Y OTRAS SITUACIONES DE CRISIS, INCLUYENDO LA COVID-19

Durante las últimas dos décadas, las emergencias complejas resultantes de conflictos y desastres naturales se han producido con una frecuencia cada vez mayor en toda África. Desde 2010, los conflictos violentos se han disparado drásticamente y, a pesar de los esfuerzos de varias partes interesadas para garantizar la paz y la estabilidad en África, los conflictos armados continúan en varias partes del continente.[239],[240] En la actualidad, hay siete operaciones de mantenimiento de paz y muchas otras operaciones humanitarias.

Además, el cambio climático, el aumento de la desigualdad, el cambio demográfico y otras tendencias continúan creando riesgos de fragilidad.[239] El 2019 será recordado como el año en que la crisis climática devastó partes de África oriental y meridional, con inundaciones, deslizamientos de tierra, sequías y ciclones que dejaron al menos a 33 millones de personas en niveles de emergencia de inseguridad alimentaria o algo peor.[141] En todo el continente, 600 millones de personas viven en países afectados por la fragilidad.

Las mismas condiciones que definen la fragilidad —conflicto, inestabilidad social y económica, pobreza e impotencia— son también las condiciones que facilitan la propagación del VIH / SIDA. Las emergencias humanitarias y los conflictos perturban las estructuras y actividades sociales y económicas normales y, a menudo, implican desplazamientos masivos.[242] La ruptura de la cohesión social, la falta de ingresos, la escasez de alimentos, la violencia sexual, el aumento del consumo de drogas y la alteración de la salud, la educación y la infraestructura que caracterizan las emergencias complejas contribuyen a poner a las poblaciones afectadas por estas crisis en mayor riesgo de contraer el VIH y presentan desafíos para quienes viven con el VIH.[243] Los servicios esenciales para el VIH pueden verse interrumpidos durante situaciones de crisis humanitaria. Es posible que las personas ya no tengan acceso a la información sobre la prevención del VIH ni a los servicios para la PMTCT.[242]

Las personas que viven con el VIH a menudo sufren la interrupción del TAR y el tratamiento de las infecciones oportunistas. El desplazamiento puede poner en contacto a poblaciones, cada una con diferentes niveles de prevalencia del VIH / SIDA. Esto es especialmente cierto en el caso de poblaciones que migran a áreas urbanas para escapar de conflictos o desastres en las áreas rurales.

Los brotes de enfermedades afectan a mujeres y hombres de manera diferente, y las epidemias agravan las desigualdades existentes entre las mujeres y las niñas y la discriminación de otros grupos marginados, como las personas con discapacidad y las personas en situación de pobreza extrema. Esto merece una atención específica, dados los diferentes impactos que rodean la detección y el acceso al tratamiento para mujeres y hombres, así como para su bienestar general.

Las situaciones de conflicto y emergencia aumentan los vínculos entre la VG y el VIH. En situaciones de crisis, las mujeres y los niños corren un mayor riesgo de sufrir violencia. Los estudios reportan que siete de cada 10 mujeres en situaciones de conflicto y en poblaciones de refugiados están expuestas a violencia sexual y de género. En ciertos contextos, las mujeres que han sufrido violencia tienen un 50% más de probabilidades de vivir con el VIH.[244]

La pandemia de COVID-19 (coronavirus) está agravando los riesgos de violencia ya existentes. La violencia sexual y de género (VG), y en particular la violencia de pareja íntima (IPV), se ha disparado dramáticamente durante la pandemia de COVID-19 y ha sido etiquetada por los líderes mundiales como una "pandemia dentro de una pandemia"[245] Los informes publicados por el PNUD y el UNFPA muestran que la violencia de género ha aumentado significativamente durante el brote de COVID-19 y el UNFPA estima que "6 meses de confinamiento podrían resultar en 31 millones de casos adicionales de violencia de género".[246]

Las normas sociales tóxicas preexistentes y las desigualdades de género, el estrés económico y social causado por la pandemia COVID-19, junto con las medidas restringidas de movimiento y aislamiento social, han llevado a

un aumento exponencial de la violencia de género. Muchas mujeres están "encerradas" en sus hogares con sus abusadores mientras se les desconecta de los servicios de apoyo normales.[247]

Al reconocer que las niñas y mujeres africanas soportan una carga mundial desproporcionada de morbilidad derivada de la pandemia del VIH / SIDA debido a los factores descritos anteriormente, las partes interesadas en el desarrollo y la salud a nivel mundial y continental han respaldado un compromiso compartido para promover el acceso universal a la SSR y DR integrados y los servicios del VIH/SIDA. Estos compromisos se destacan a continuación con algunas de las buenas prácticas que se han observado en el continente como un aporte al aprendizaje de sur a sur en los Estados miembros de la UA.

5 POLÍTICA GLOBAL Y COMPROMISOS LEGALES SOBRE GEWE Y VIH

Hay varios compromisos internacionales que reconocen que abordar la desigualdad de género es vital para poner fin a la epidemia mundial del VIH y lograr resultados de desarrollo más amplios.

> "Empoderar a las mujeres y las niñas… con la voluntad para reclamar sus derechos, recibir una educación de calidad, disfrutar de una vida sana y tomar medidas para protegerse del VIH es un componente indispensable de la prevención combinada del VIH: un cambio estructural que refleja la naturaleza interconectada de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles"[248]
>
> Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directora Executiva, ONU Mulheres [249]

Se adoptaron a nivel mundial varios reglamentos y normativas acordados internacionalmente en relación con la mujer y el VIH y el SIDA. Los más destacados son:[250]

- **1994 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994,** El programa de Acción: reconoce la vulnerabilidad particular de las mujeres a la infección por el VIH. El capítulo 7 del artículo C aborda las enfermedades de transmisión sexual y la prevención del VIH en el contexto de los servicios de salud reproductiva. Las recomendaciones para abordar las dimensiones de género de la epidemia exigen "atención especial a las niñas y las mujeres".

- La **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing** insta a la participación de las mujeres en las políticas y programas de VIH / SIDA; la revisión y enmienda de las leyes que contribuyen a la vulnerabilidad de la mujer al VIH y el SIDA y la aplicación de la legislación, las políticas y las prácticas para proteger a las mujeres y las niñas de la discriminación relacionada con el VIH / SIDA; y el fortalecimiento de la competencia nacional para crear y mejorar políticas y programas sobre el VIH / SIDA que tengan en cuenta las cuestiones de género.

- La **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (CEDAW) y sus **Recomendaciones Generales** contienen importantes disposiciones sustantivas para promover la igualdad de género. Equipan a los Estados partes con herramientas para promover el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres, incluso en el desarrollo de respuestas nacionales al VIH / SIDA susceptibles al género.

- **El Objetivo de Desarrollo del Milenio 6** tenía como objetivo detener y revertir la propagación del VIH para 2015. El mundo **cumplió y superó** estos objetivos al lograr una reducción del 35% en las tasas de nuevas infecciones, una disminución del 41% en las muertes relacionadas con el SIDA y 15 millones de personas que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral.

- Sobre la base de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los 17 **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS) buscan acabar con la pobreza para 2030 y promover el desarrollo social, la prosperidad económica y la protección del medio ambiente para todos. El Objetivo 3 tiene como objetivo garantizar una vida sana y bienestar, con el objetivo de acabar con el SIDA para el 2030. El Objetivo 5 tiene como objetivo lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas. Estos objetivos, junto con todos los demás, son hojas de ruta fundamentales para abordar las desigualdades transversales de género en la epidemia del VIH.

- La **Declaración del Compromiso de la Asamblea General de las Naciones Unidas 2001** sobre HIV/SIDA destacó que la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer eran elementos fundamentales en la reducción de la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH / SIDA. La Declaración Política sobre VIH/SIDA de 2006 reconoció que la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer y la protección de los derechos de la niña deben ser componentes clave de cualquier estrategia integral para combatir la epidemia. En la Declaración Política sobre VIH/SIDA: Intensificando nuestros esfuerzos para poner fin al VIH/SIDA de 2011, los Estados miembros de la ONU se comprometieron a mejorar la competencia de las mujeres y las adolescentes para protegerse del riesgo de infección por el VIH y a tomar todas las medidas necesarias para crear un entorno propicio para el empoderamiento de la mujer. En la **Declaración Política de 2016 sobre VIH y SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030**, los Estados miembros de la ONU asumieron compromisos firmes para lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas como parte de los esfuerzos para poner fin al SIDA para 2030. La Declaración insta a los Estados miembros a implementar planes estratégicos nacionales sobre el VIH que tengan en cuenta el género,[250] promover el liderazgo y la participación de las mujeres en la respuesta al VIH, abordar las relaciones existentes entre el VIH, la violencia contra la mujer y las prácticas nocivas, y proteger las relaciones sexuales de las mujeres y salud reproductiva y derechos reproductivos. La Declaración incluye un enfoque y una meta específicos para reducir las nuevas infecciones por el VIH en niñas adolescentes y mujeres jóvenes.

- Las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos sobre la protección de los derechos humanos en el contexto del VIH y el SIDA incluyen la **resolución 16/28**. Adoptada en el 2011, hace hincapié en garantizar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los medicamentos y los servicios de atención médica para las mujeres embarazadas seropositivas. También insta a establecer o ampliar políticas y programas nacionales sobre el VIH / SIDA que tengan en cuenta las cuestiones de género.

- La **resolución 1983 del Consejo de Seguridad de la ONU** de 2011 señala la carga desproporcionada del VIH y el SIDA sobre las mujeres. Insta a los Estados miembros, las entidades de las Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales y otras partes interesadas pertinentes a que apoyen a los sistemas de salud nacionales y las redes de la sociedad civil para ayudar a las mujeres que viven con el VIH o están afectadas por él en situaciones de conflicto y posconflicto. **La resolución 1308 del Consejo de Seguridad**, adoptada en el 2000, aborda las responsabilidades relacionadas con el VIH y el SIDA de las operaciones internacionales de mantenimiento de la paz.
- La **Comisión de la ONU sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer** aprobó resoluciones sobre la mujer, la niña y el VIH y el SIDA, incluyendo la **resolución 60/2** en 2016. Ha emitido conclusiones acordadas sobre la **distribución equitativa de responsabilidades entre mujeres y hombres, incluyendo la prestación de cuidados en el contexto del VIH y el SIDA** en 2009, y **sobre las mujeres, las niñas y el VIH / SIDA** en 2001.

6 POLÍTICA CONTINENTAL Y COMPROMISOS LEGALES SOBRE GEWE Y VIH

A nivel continental, la UA ha demostrado un liderazgo excepcional al unir a los líderes africanos para aprovechar el poder de las políticas y los mecanismos de rendición de cuentas como herramientas eficaces para luchar contra el SIDA en el continente.

6.1 AGENDA 2063

La Agenda 2063 es el anteproyecto y el plan maestro de África para transformar África en la potencia mundial del futuro. Es el marco estratégico del continente que tiene como objetivo cumplir su objetivo de desarrollo inclusivo y sostenible y es una manifestación concreta del impulso panafricano de unidad, autodeterminación, libertad, progreso y prosperidad colectiva perseguido bajo el panafricanismo y el Renacimiento africano. La génesis de la Agenda 2063 fue que los líderes africanos se dieron cuenta de que era necesario reenfocar y priorizar la agenda de África desde la lucha contra el apartheid y el logro de la independencia política para el continente, que había sido el foco de la Organización de la Unidad Africana (OUA) , el precursor de la Unión Africana; y en su lugar, priorizar el desarrollo social y económico inclusivo, la integración continental y regional, la gobernanza democrática y la paz y la seguridad, entre otras cuestiones destinadas a reposicionar a África para que se convierta en un actor dominante en la arena mundial.

Como afirmación de su compromiso de apoyar el nuevo camino de África para lograr un crecimiento y un desarrollo económicos inclusivos y sostenibles, los jefes de estado y de gobierno africanos firmaron la Declaración Solemne CUA / UA en mayo de 2013. La declaración marcó la nueva dedicación de África hacia el logro de la Visión Panafricana de un África integrada, próspera y pacífica, impulsada por sus propios ciudadanos, que representa una fuerza dinámica en el panorama internacional y la Agenda 2063 es la manifestación concreta de cómo el continente tiene la intención de lograr esta visión dentro de un período de 50 años.

6.2 ESTRATEGIA SANITARIA DE ÁFRICA (AHS) 2016-2030

El objetivo de AHS 2016-2030 es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en África en el contexto de la "Agenda 2063: el África que queremos" y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El objetivo general es fortalecer el desempeño de los sistemas de salud, aumentar las inversiones en salud, mejorar la equidad y abordar los determinantes sociales de la salud para reducir la carga de enfermedades prioritarias para 2030.

El Objetivo Estratégico 2 de la AHS destaca "Poner fin al SIDA, la tuberculosis y la malaria ... como parte del programa de reducción de la morbilidad y de poner fin a la mortalidad prevenible".

Este marco de políticas busca proporcionar una dirección estratégica a los esfuerzos de África para crear sectores de salud con mejor desempeño, reconoce los compromisos continentales existentes y aborda los desafíos clave para reducir la carga de morbilidad del continente, al tiempo que aprovecha las lecciones aprendidas y las oportunidades existentes. Sus pautas estratégicas requieren la colaboración multisectorial, recursos adecuados y liderazgo para defender su implementación, junto con marcos de rendición de cuentas efectivos. En este sentido, el AHS 2016-2030 busca completar la agenda incompleta, ajustar el curso en base a las lecciones aprendidas de la implementación del AHS 2007-2015 y aprovechar los logros de los Estados miembros y las CER.

6.3 EL MARCO CATALÍTICO PARA PONER FIN AL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y ELIMINAR LA MALARIA EN ÁFRICA PARA 2030

Aprobado en el 2016, ha sido denominado el plan de África para poner fin al VIH para el 2030 y el marco de políticas más completo después de la Declaración de Abuja sobre el VIH / SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas afines.

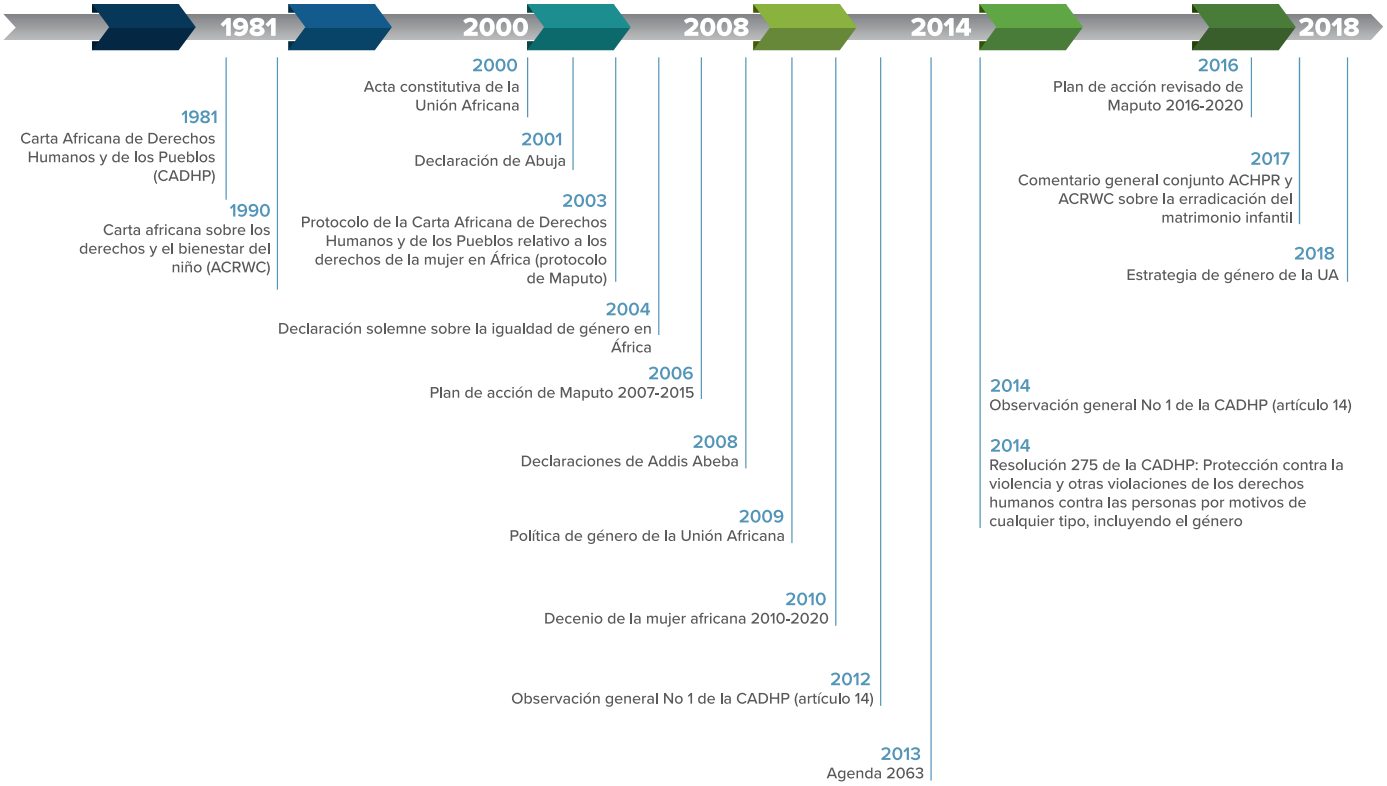
Presenta una oportunidad histórica para acabar con el SIDA como amenaza para la salud pública. Esto se debe a que se formuló sobre la base del progreso y las experiencias de la implementación de los compromisos de Abuja desde 2000 y la hoja de ruta de la UA sobre responsabilidad compartida y solidaridad mundial para el SIDA, la tuberculosis y la malaria por parte de los Estados miembros de la UA. Busca la intensificación de los loables avances logrados en el continente desde 2001.

La estrategia se basa en la idea de que para que África logre y mantenga el desarrollo social y económico, es necesario abordar la principal causa de la carga de morbilidad. Estas causas incluyen el impacto del SIDA, la tuberculosis y la malaria, posiblemente las principales razones de morbilidad y mortalidad prematura del continente. Dadas estas graves amenazas al desarrollo africano, sus líderes han demostrado liderazgo y voluntad política para combatir estos vicios de la salud. Este marco identificó las lagunas, los desafíos y las oportunidades que han existido en el continente africano con miras a poner fin al SIDA, la tuberculosis y la malaria en el contexto de las metas de Abuja +12.

El Marco Catalítico 2016-2030 se adoptó con la visión de crear una "África libre de SIDA, tuberculosis y malaria"

Se espera que el continente africano, a través del marco catalítico que es compatible con la Agenda 2063 y la Agenda 2030, ponga fin a estas tres enfermedades en África para el 2030. Su enfoque es la implementación coherente de las metas de la Agenda 2063 de la UA y otras aspiraciones mundiales. La ilustración 15 a continuación, muestra los instrumentos clave y su cronología.

ILUSTRACIÓN 15 - INSTRUMENTOS CLAVE Y CRONOGRAMAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE GEWE, SSR Y DR Y VIH (DIAGRAMA ORIGINAL PARA CARGAR CON SOPORTE GRÁFICO)



6.4 ESTRATEGIA AU DE IGUALDAD DE GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES

En el 2018, la UA adoptó su primera estrategia de igualdad de género y empoderamiento de la mujer (2018-2028), para reafirmar su compromiso de promover la igualdad de género. La Estrategia de Género es fundamental para fortalecer / catalizar la incorporación de la perspectiva de género en la UA de conformidad con la Agenda 2063,[251] el Protocolo de Maputo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Específicamente, la Estrategia de Género contribuye al cumplimiento de la Aspiración 6 de la Agenda 2063 mediante el logro de la "plena igualdad de género en todas las esferas de la vida" y requiere, entre otras cosas, la ratificación, nacionalización y la plena implementación del Protocolo de Maputo.[252] La Dirección de la CUA de Mujeres, Género y Juventud (WGYD por sus siglas en inglés) llevó a cabo un extenso proceso consultivo en el que participaron departamentos, divisiones y órganos de las CUA, estructuras de género de las REC, mecanismos nacionales de género, sistema de la ONU, OSC locales, nacionales, regionales e internacionales y organizaciones religiosas.

El matrimonio infantil, la mutilación genital femenina, la violencia contra la mujer y las niñas y otras prácticas nocivas figuraron como prioridades destacadas, al igual que la erradicación de la mortalidad materna prevenible y el VIH y el SIDA

La estrategia insta a los Estados miembros a garantizar servicios de SSR asequibles y accesibles, con énfasis específico en SSR y DR para los jóvenes (especialmente en términos de embarazos de adolescentes, explotación sexual comercial, falta de servicios de SSR adaptados a los jóvenes y violencia / acoso sexual en las escuelas). La Estrategia de Género se basa en disposiciones clave sobre GEWE y los derechos de las mujeres en los marcos normativos globales y continentales, incluyendo la Agenda 2063 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Entre los compromisos clave notables se encuentran:

- Aspiración 1: África próspera basada en el crecimiento inclusivo y el desarrollo sostenible

- Aspiración 3 - Un África de buen gobierno, con democracia, respeto por los derechos humanos, justicia y estado de derecho.
- Aspiración 6 - Una África cuyo desarrollo está impulsado por el pueblo, basándose en el potencial de los africanos, especialmente sus mujeres y jóvenes, y que se preocupa por los niños.[253]

Los resultados de transformación clave para 2023 son:

- Reducir en un tercio todas las formas de violencia contra la mujer
- Poner fin a todas las normas sociales y prácticas consuetudinarias perjudiciales
- Reducir en una cuarta parte el porcentaje de desempleo juvenil de 2013.

6.5 LA CARTA AFRICANA DE DERECHOS HUMANOS Y DE LOS PUEBLOS (ACHPR) LA CARTA DE BANJUL

La CADHP ha desarrollado Observaciones Generales y Directrices sobre temas específicos, para brindar las pautas interpretativas a los Estados miembros sobre las disposiciones del Protocolo de Maputo y la respuesta estatal requerida sobre los derechos de las mujeres y las niñas.

Reconoce que las personas que viven con el VIH y las que están en riesgo son actualmente uno de los grupos más vulnerables expuestos a graves violaciones de los derechos humanos en África.

Posee cinco artículos clave, a saber:

- Artículo 2 – La No discriminación
- Artículo 16 – El Derecho a la salud
- Artículo 17 – El Derecho a la educación
- Artículo 18 (4) – La Eliminación de la discriminación contra la mujer
- Artículo 22 – El Derecho al desarrollo.

En la actualidad, dos países han ratificado el protocolo con siete países que lo ratificaron con reservas, principalmente las disposiciones relacionadas con los derechos de las mujeres y las niñas, el matrimonio y el acceso al aborto seguro. 13 países no han ratificado (todavía) el Protocolo de Maputo.

6.6 EL PROTOCOLO MAPUTO

Este protocolo innovador sobre los derechos de las mujeres y las niñas se aprobó en el 2003 y entró en vigor en el 2005.

El Protocolo de Maputo[254] es un instrumento progresivo con fuertes disposiciones sobre VCM, prácticas nocivas, MGF, matrimonio infantil, SSR y DR, acceso al aborto seguro y VIH y SIDA.

Incluye 32 artículos y una definición explícita de discriminación contra la mujer y presta especial atención a las mujeres y niñas vulnerables y marginadas. Algunos de estos artículos son:

- Artículo 2 - Eliminación de la discriminación contra la mujer
- Artículo 3 - Derecho a la dignidad
- Artículo 4 - Derechos a la vida, la integridad y la seguridad de la persona
- Artículo 6 – El matrimonio[255]

- Artículo 8 – El acceso a la justicia e igualdad de protección ante la ley[256]
- Artículo 12 - Derecho a la educación y a la formación

Los avances en la ratificación del Protocolo han sido lentos. Solo 42 de los 55 Estados miembros de la UA han ratificado el tratado 16 años después de su adopción.

6.7 LA DECLARACIÓN SOLEMNE SOBRE IGUALDAD DE GÉNERO EN ÁFRICA

En julio de 2004, los Estados miembros de la UA aprobaron la Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África para reafirmar su compromiso con la igualdad de género, la paridad de género y los derechos humanos de las mujeres y las niñas consagrados en el art. 4 (L) del Acta Constitutiva de la UA, así como otros compromisos internacionales, regionales y nacionales.

La Declaración Solemne compromete a la UA MS a;

- acelerar la implementación de medidas económicas, sociales y legales específicas de género destinadas a combatir la pandemia del VIH / SIDA e implementar de manera efectiva las Declaraciones de Abuja y Maputo sobre malaria, VIH / SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas afines.
- comprometerse a garantizar que se disponga de tratamiento y servicios sociales para las mujeres a nivel local, haciéndolo más apto a las necesidades de las familias que brindan atención;
- promulgar leyes para poner fin a la discriminación contra las mujeres que viven con el VIH / SIDA y para la protección y el cuidado de las personas que viven con el VIH / SIDA, en particular las mujeres;
- aumentar las asignaciones presupuestarias en estos sectores para aliviar la carga de cuidados de las mujeres;
- Además, compromete a los Estados miembros de la CUA a garantizar la plena participación de las mujeres en los procesos de paz; y lanzar una campaña para poner fin a la violencia de género; así como ampliar y promover la paridad de género; asegurar la educación de las niñas y la alfabetización de las mujeres; y promover y proteger todos los derechos humanos de la mujer. Algunas de las disposiciones relevantes incluyen.

- Párrafo 1 - Acelerar la implementación de medidas económicas, sociales y legales específicas de género destinadas a combatir la pandemia del VIH / SIDA […];
- Párrafo 4 - Iniciar, lanzar y participar en un plazo de dos años campañas públicas sostenidas contra la violencia de género… Reforzar los mecanismos legales que protegerán a las mujeres a nivel nacional y acabarán con la impunidad de los delitos cometidos contra las mujeres […]
- Párrafo 8 - Adoptar medidas específicas para garantizar la educación de las niñas y la alfabetización de las mujeres, especialmente en las zonas rurales, para lograr el objetivo de una "Educación digna para todos y todas".

6.8 EL PLAN DE ACCIÓN DE MAPUTO

Tras la revisión del Plan de Acción de Maputo 2007-2015, se adoptó el MPoA 2016-2030 que se centra en diez áreas de acción estratégicas, tales como: el compromiso político, legislación sanitaria, igualdad de género, empoderamiento de niñas y mujeres y respeto de los derechos humanos, invirtiendo en necesidades de SSR de adolescentes y jóvenes,[257] y asociaciones y colaboraciones. El MPoA 2016-2030 insta a los gobiernos africanos, la sociedad civil, el sector privado y los socios de desarrollo multisectoriales a unir sus fuerzas y a redoblar sus esfuerzos.

En el área de prestación de servicios, se hizo hincapié en la integración de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos (SSR y DR) con el programa de ITS / VIH / SIDA.

El objetivo final del MPoA 2016-2030 es poner fin a las muertes prevenibles de madres, recién nacidos, niños y adolescentes mediante la expansión del uso de anticonceptivos, la reducción de los niveles de aborto inseguro, la eliminación del matrimonio infantil, la erradicación de las prácticas tradicionales nocivas, en donde se incluye la mutilación genital femenina, la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas y garantizar el acceso de las adolescentes y jóvenes a la SSR para el 2030 en todos los Estados miembros de la UA.

6.9 LA CARTA AFRICANA SOBRE LOS DERECHOS Y EL BIENESTAR DEL NIÑO

En 1990 se aprobó un importante marco normativo relativo a los niños, también denominado Carta Africana del Niño, que entró en vigor en 1999. Es la carta regional más importante sobre los derechos del niño.[258] Su aplicación es supervisada por el Comité Africano de Expertos sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, que elaboró un Plan de acción sobre los niños huérfanos y vulnerables.[259]

El Plan de Acción hace hincapié en la asignación de recursos para implementar programas para niños; mejorar las oportunidades de vida de los niños; superar el VIH y el SIDA para garantizar la supervivencia infantil, desarrollar el potencial de los niños mediante la realización de su derecho a la educación, proteger a los niños para garantizar su desarrollo y supervivencia y garantizar la participación de los niños.

Los artículos clave de compromiso son:

- Artículo 3 – La No discriminación
- Artículo 11 – El Derecho a la educación[260]
- Artículo 14 – El Derecho a la salud y los servicios sanitarios
- Artículo 16 – La Protección contra el abuso y la tortura de niños
- Artículo 21 – La Protección contra prácticas sociales y culturales nocivas.

En el 2016, ACERWC estableció una Agenda de 25 años, a saber, "Agenda 2040: Promoviendo una África propicia para los niños". El principal objetivo de la Agenda es restaurar la dignidad del niño africano mediante la evaluación de los logros y desafíos a los que se enfrenta mediante la aplicación efectiva de la Carta del Niño Africano. La Agenda, al seguir elaborando el Párrafo 53 de la Agenda 2063, tiene la intención de establecer estrategias a largo plazo que contribuyan a mantener y proteger los derechos del niño en África. El objetivo general es ampliar los objetivos importantes y las áreas prioritarias con las que se comprometen los respectivos Estados miembros y la Unión Africana durante los próximos 25 años.[261]

6.10 LA CARTA DE LA JUVENTUD AFRICANA

La Carta Africana de la Juventud, que se adoptó en el 2006 para responder a la necesidad de priorizar el desarrollo y el empoderamiento de la juventud. Tiene varios artículos sólidos sobre la juventud.

- Artículo 13 - Que aboga por la Educación y el Desarrollo de Competencias[263]
- Artículo 13.4 - Educación Secundaria Progresivamente Gratuita

- Artículo 13.4 (h) - Derecho a la Educación de las Niñas Embarazadas
- Artículo 13.4 (n) - Derecho a la Educación en Conocimientos para la Vida Culturalmente Apropiados
- Artículo 16 - Derecho a la Salud[264],[265]

Subraya la necesidad de mejorar la participación de los jóvenes en los debates y la toma de decisiones sobre el desarrollo en el continente y busca garantizar su participación efectiva en la agenda de desarrollo.

Reitera la necesidad de proteger y hacer realidad los derechos fundamentales de los jóvenes y las niñas a acceder a los conocimientos para protegerse, incluso sobre el VIH / SIDA, la salud reproductiva y las prácticas culturales nocivas (artículo 13, artículo 16).

Hace un llamado a la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra las niñas y mujeres jóvenes y protege sus derechos, para garantizar su igual acceso a la atención médica, la educación y las oportunidades económicas (artículo 23).

6.11 DÉCADA DE LAS MUJERES AFRICANAS (AWD)

Lanzada en el 2010 por la UA, el objetivo de AWD es el avance de la igualdad de género mediante la aceleración de la implementación de los compromisos y decisiones globales y regionales con respecto a la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, a través de un enfoque transversal, en donde se incluya la participación de las bases. Su principal objetivo es "mejorar la implementación de los compromisos de los Estados miembros de la Unión Africana relacionados con la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer y apoyar actividades que resulten en un cambio positivo tangible para las mujeres africanas en todos los niveles.

Entre sus objetivos se encuentra la Salud de la Mujer, la Mortalidad Materna y el VIH / SIDA, cuyos subobjetivos son;

I. Mejorar la salud de la mujer

II. Reducir la mortalidad materna

III. Abordar el VIH / SIDA y

IV. Abordar la carga inapropiada del VIH / SIDA sobre las mujeres y las niñas en cuanto a infecciones, propagación y aumento de la carga de trabajo, así como el acceso desigual a los ARV, una buena nutrición y servicios médicos formales.

En el 33 ° período ordinario de sesiones de la Asamblea celebrado en Addis Abeba, Etiopía, en febrero de 2020, la UA adoptó la nueva fase del AWD 2020-2030 bajo el tema "Inclusión financiera y económica de las mujeres africanas". La Década continúa avanzando en la clave las prioridades descritas en la primera década, incluida la salud de la mujer, la mortalidad materna y el VIH y el SIDA, buscarán movilizar el compromiso político respaldado por un compromiso financiero concreto para una respuesta al VIH transformadora de género en todos los niveles de los Estados miembros de la UA.

6.12 ACCIONES PRIORITARIAS CLAVE PARA CUMPLIR CON LA PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING

Los ministros africanos responsables de asuntos de género y de la mujer, que asistieron a la novena Conferencia Regional Africana sobre la Mujer para la revisión de veinte años de la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (BPfA) en Addis Abeba, Etiopía, el 19 de noviembre de 2014 adoptaron la Declaración de Addis Declaración de Ababa sobre la Aceleración de la Implementación de la Plataforma de

Acción de Beijing que pide a sus respectivos gobiernos que logren la igualdad de género para 2030, como se detalla en la Declaración de la Unión Africana (UA) sobre la Agenda 2063.

Entre otros, para promover el pilar clave sobre la salud reproductiva de la mujer y el VIH / SIDA, los ministros pidieron acciones para mejorar el acceso de todas las mujeres y niñas a la prevención, el tratamiento y los medicamentos para reducir el impacto negativo del VIH / SIDA entre las mujeres. También pidieron acciones para ampliar las medidas preventivas combinadas contra el VIH / SIDA para mujeres jóvenes y niñas y ampliar los programas para eliminar la transmisión de madre a hijo.

Entre las acciones prioritarias clave para la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing se encuentran:

- Invertir en educación, capacitación, ciencia y tecnología para mujeres y niñas para promover su acceso igualitario al empleo y eliminar la segregación laboral
- Eliminar todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y las niñas como requisito previo para la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer:

De manera similar, en el 25 ° aniversario y la revisión regional de África de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing llevada a cabo en octubre de 2019, los ministros de Asuntos de Género y de la Mujer reconocieron que el VIH / SIDA sigue siendo uno de los impulsores de las altas tasas de mortalidad materna en África. Reconocieron además que las leyes y prácticas punitivas y discriminatorias continúan socavando y bloqueando el acceso a los servicios de salud y VIH para los grupos vulnerables, incluyendo el estigma y la discriminación para llegar a los grupos vulnerables asegurando su derecho a una atención médica no discriminatoria y de servicios de VIH / SSR y DR.

Los Estados miembros informaron que han emprendido iniciativas susceptibles al género que abordan las enfermedades de transmisión sexual, el VIH / SIDA y los problemas de salud sexual y reproductiva y señalaron que se han logrado avances en torno a las inversiones, incluyendo la localización de los pacientes con tuberculosis y el VIH / SIDA que no están cumpliendo, y la mejora del acceso a los servicios que abordan la carga de la enfermedad en mujeres y niñas. Sin embargo, subrayaron la necesidad de garantizar el acceso universal a la atención médica, incluyendo los servicios de VIH y SDSR, como prioridades para lograr los objetivos de salud dentro de los compromisos políticos mundiales y regionales, como los ODS, las aspiraciones de la Agenda 2063, el Marco Catalizador de la Unión Africana para poner fin al VIH / SIDA, la tuberculosis y la malaria para 2030, el Plan de acción de Maputo sobre SDSR 2016-2030 y, más recientemente, la Estrategia de SDSR de la SADC 2019-2030. Además, hicieron un llamado a la ruptura de los estereotipos negativos, las normas sociales y las prácticas tradicionales y nocivas que perpetúan las desigualdades entre las sociedades como un cambio de juego para GEWE.

6.13 CAMPAÑAS DE LA UA Y MECANISMOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS SOBRE GEWE Y VIH

6.13.1 CAMPAÑA DE REDUCCIÓN ACELERADA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ÁFRICA (CARMMA)

Esta campaña está en consonancia con la visión de la UA de eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños y mantener con vida a sus madres. En 2009, las CUA iniciaron la Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA),[266],[267] como respuesta a la crisis de altas muertes maternas al colocar la muerte materna firmemente en la agenda de la UA. El principal objetivo de CARMMA es ampliar la disponibilidad y el uso de servicios de salud de calidad universalmente accesibles, incluidos los relacionados con

la SSR. La campaña tiene como objetivo lograr este objetivo generando y proporcionando datos sobre muertes maternas y de recién nacidos y aumentando el compromiso político. Al aprovechar los esfuerzos existentes y movilizar recursos nacionales para apoyar la salud materna y neonatal, las campañas buscan acelerar las acciones para reducir la mortalidad materna e infantil en África.[268]

6.13.2 "FREE TO SHINE"[269]

Free to Shine (Libres para Brillar) es una nueva campaña de promoción panafricana lanzada en enero de 2018 por la UA y la Organización de Primeras Damas Africanas (OAFLA). El objetivo principal es acabar con el SIDA infantil concienciando sobre la epidemia del VIH en los niños y sobre la importancia fundamental de dar prioridad a las mujeres y los niños, destacando la importancia de eliminar las barreras que impiden que las mujeres y las madres se comprometan con los servicios de salud relacionados con el VIH y el SIDA para ellas mismos y sus hijos. El enfoque consiste en movilizar recursos y priorizar la prestación de servicios de salud eficaces y sostenibles para el VIH y el SIDA que sean accesibles para todas las que los necesiten.

Además de los compromisos globales y continentales para integrar el género en el VIH, hay varias iniciativas de los Estados miembros que han tenido éxito.

6.13.3 CAMPAÑA DE LA UNIÓN AFRICANA PARA PONER FIN AL MATRIMONIO INFANTIL[270]

La Campaña reconoce que el matrimonio infantil es un factor clave del VIH / SIDA que aumenta la vulnerabilidad de las niñas a múltiples discriminaciones y violaciones de los derechos humanos.[270] El objetivo principal de esta campaña es acelerar el fin del matrimonio infantil en África promoviendo la concienciación continental sobre los efectos del matrimonio infantil. La campaña tiene como objetivo promover, proteger y defender los derechos de las mujeres y las niñas en África.[270] Los objetivos específicos son:

- Promover la implementación efectiva de los instrumentos legales y de políticas de la UA que tengan relación con los jóvenes / adolescentes, especialmente las niñas, promoviendo el cumplimiento de sus derechos humanos;
- Promover y apoyar a los estados miembros de la UA para enmarcar, lanzar y ejecutar estrategias y programas nacionales, incluyendo la construcción de un movimiento social a nivel de base que involucre a abogados, magistrados, jueces, maestros, trabajadores sociales y de salud, líderes tradicionales y religiosos, hombres, niños, entre otros. otros para prevenir y poner fin al matrimonio infantil como una cuestión de derechos humanos y una práctica tradicional nociva;
- Promover el acceso universal al registro de nacimientos, educación de calidad y servicios de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos (SSR y DR), incluida la satisfacción de las necesidades insatisfechas de planificación familiar de adolescentes casados y solteros.
- Fortalecer la base de evidencia necesaria para diseñar e implementar políticas y programas efectivos para reducir el matrimonio infantil a escala.
- Contribuir a la implementación del punto cinco (5) de las ocho (8) áreas prioritarias de la Comisión de la Unión Africana (2014-2017) sobre "Integración de la mujer y la juventud en todas las actividades de las CUA y en todo el continente dentro de un mecanismo de colaboración y coordinación interdepartamental".
- La Campaña trabaja para aprovechar las actividades existentes de los gobiernos y socios para poner fin al matrimonio infantil y se basa en la promoción, el monitoreo y la evaluación (M&E), así como en la facilitación de la asistencia técnica y el desarrollo de capacidades270.

6.13.4 AIDS WATCH AFRICA

Creado en la Cumbre Especial de Abuja 2001, AIDS Watch Africa (AWA) es una entidad estatutaria de la Unión Africana y un mecanismo de rendición de cuentas para los Estados miembros de la UA. Su mandato específico es liderar los esfuerzos de promoción, rendición de cuentas y movilización de recursos para promover una respuesta

africana sólida para poner fin al SIDA, la tuberculosis y la malaria para el 2030. Tiene un marco estratégico (2016-2030) con cinco pilares clave, que son (1) liderazgo y gobernanza, (2) apoyo político y apropiación, (3) movilización de una respuesta eficaz y recursos suficientes, (4) rendición de cuentas y supervisión de resultados e (5) información para la acción.

Sin embargo, para combatir el VIH / SIDA, es necesario que todos los derechos humanos se hagan plenamente efectivos como elemento esencial de una respuesta mundial. Esto es tan crítico en las áreas de prevención, atención, apoyo y tratamiento. Una perspectiva de derechos humanos reduce la vulnerabilidad de las personas al VIH / SIDA, previene el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH / SIDA o que corren el riesgo de contraerlo.[271](párr. 16).

> “La creencia es que una mujer es una persona dirigida por (o bajo el mando de) un hombre, por lo que incluso si la golpean, sabe que es parte de su vida; es por eso que muchos no informan ”.
>
> Comisaría de policía de género

7 SELECCIONAR PRÁCTICAS PROMETEDORAS SOBRE INICIATIVAS RESPONSABLES AL VIH / SIDA Y CUESTIONES PENDIENTES

7.1 PRÁCTICAS PROMETEDORAS

Hay varias iniciativas y programas que se han implementado en África que ha registrado tremendos resultados.

CAPACITACIÓN DE LOS ÓRGANOS NACIONALES DE COORDINACIÓN DEL SIDA EN IGUALDAD DE GÉNERO

- Diecisiete órganos nacionales de coordinación del SIDA u otras instituciones gubernamentales responsables de la coordinación de la respuesta nacional al VIH mejoraron sus conocimientos, habilidades y competencias para abordar la desigualdad de género en las políticas y programas de VIH, con el apoyo de ONU Mujeres.
- Esto condujo al análisis de género de la epidemia del VIH en la planificación, la integración de las prioridades y acciones susceptibles al género en las estrategias nacionales de VIH, el uso de indicadores susceptibles al género para rastrear el progreso, la participación significativa de las mujeres que viven con el VIH y la implementación de iniciativas dirigidas por la comunidad para prevenir las pandemias gemelas del VIH y la violencia contra la mujer.
- Por ejemplo, la Comisión de SIDA de Uganda estableció un panel de instrumentos con indicadores susceptibles al género para rastrear el progreso de las prioridades clave de igualdad de género en la implementación del Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA.

INVOLUCRAR A LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH EN LOS PROCESOS DE TOMA DE DECISIONES EN TORNO A LA RESPUESTA AL VIH

- Mujeres que viven con el VIH en 30 países participaron en procesos de toma de decisiones en torno a la respuesta al VIH debido a la promoción dirigida llevada a cabo por ONU Mujeres y otros socios relevantes. En 2018-2019, 10,000 mujeres que vivían con el VIH se beneficiaron directamente del apoyo de ONU Mujeres, lo que resultó en una mayor capacidad de promoción y liderazgo, una mayor participación en los espacios de toma de decisiones en la respuesta al VIH y un mayor acceso a los servicios relacionados con el VIH.
- ONU Mujeres convocó espacios para que las mujeres que viven con el VIH colaboren con las instituciones de salud a fin de identificar y abordar el estigma y la discriminación al que se enfrentan las mujeres cuando acceden a los servicios relacionados con el VIH. Por ejemplo, en Sudáfrica, ONU Mujeres revitalizó el trabajo y fortaleció la capacidad del Sector de Mujeres del Consejo Nacional del SIDA para participar e influir en la revisión de mitad de período de la estrategia nacional contra el VIH para 2017-2022, respondiendo a prioridades específicas de mujeres y niñas con miras al contexto del VIH.

INICIATIVA COMUNITARIA HEFORSHE

- En 15 países, ONU Mujeres amplió las intervenciones basadas en evidencia para transformar las normas de género desiguales para prevenir la violencia contra las mujeres y el VIH, reducir el estigma y la discriminación de género y mejorar el acceso a las pruebas del VIH y la adherencia al tratamiento del VIH.
- En tres distritos de Sudáfrica, la iniciativa comunitaria HeForShe de ONU Mujeres para involucrar a los hombres y transformar las normas dañinas para prevenir la violencia y el VIH involucró a 39 577 personas en 206 tabernas, comedores populares e iglesias, lo que resultó en mejores actitudes y comportamientos y una mayor aceptación de la prueba del VIH.
- En solo ocho meses de 2018, 22 579 beneficiarios (46% mujeres y 54% hombres), o el 57%, se hicieron la prueba y se vincularon al tratamiento y la atención. La iniciativa incluyó diálogos regulares a nivel comunitario sobre la violencia y la prevención del VIH, dirigidos por "impulsores del cambio" capacitados: propietarios de tabernas y líderes religiosos.
- En el 2019, ONU Mujeres expandió su trabajo a ocho comunidades más pobres adicionales, donde los diálogos a nivel comunitario y los grupos de apoyo entre pares que discutían las normas de género desiguales y las masculinidades dañinas, así como el asesoramiento sobre el VIH, dieron como resultado 17 781 hombres cuyo seguimiento, reinicio o cumplimiento de los regímenes de tratamiento de VIH se había perdido anteriormente.
- ONU Mujeres adaptó su metodología HeForShe y la implementó en Malawi y Zimbabue

PUESTA EN PRÁCTICA DE LA RESOLUCIÓN 60/2

La resolución CSW 60/2 sobre la mujer, la niña y el VIH / SIDA ofrece un marco para abordar los aspectos de género de la epidemia, incluyendo las normas y prácticas de género nocivas, así como los aspectos de SSR y DR dentro de la respuesta al VIH / SIDA.

Los Estados miembros de la UA han mostrado su compromiso con la implementación de la resolución a través de medidas políticas, legales, institucionales y de otro tipo a nivel nacional en África.[272] Por ejemplo;

- Se insta a los Estados miembros a que adopten e implementen medidas que promuevan el acceso, la retención y la finalización de la educación de las niñas, incluyendo la recuperación y la alfabetización para quienes no recibieron educación formal, iniciativas especiales para mantener a las niñas en la escuela hasta educación primaria, incluyendo las que ya están casadas o embarazadas, o que atienden a personas que viven con el VIH / SIDA o están afectadas por él, y adoptan medidas de protección social como estrategias de protección para reducir las nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres jóvenes y las niñas..
- Se insta a los gobiernos a promover la participación activa y significativa, la contribución y el liderazgo de las mujeres y niñas que viven con el VIH, los actores de la sociedad civil, el sector privado, los jóvenes y las organizaciones de hombres y mujeres jóvenes para abordar el problema del VIH y el SIDA en todos sus aspectos, incluyendo la incidencia de un enfoque susceptible al género en la respuesta nacional;
- Se insta a los gobiernos a que promulguen e intensifiquen la aplicación de leyes, políticas y estrategias para eliminar todas las formas de violencia de género y discriminación contra las mujeres y las niñas en las esferas pública y privada y las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado, la mutilación genital femenina y la trata de personas, y asegurar la plena participación de hombres y niños para reducir la vulnerabilidad de mujeres y niñas al VIH.

La región de la SADC, en particular, ha defendido la implementación de la resolución mediante la adopción de un Programa de Acción (POA) para implementar la Resolución 60/2 de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en 2017. El POA busca emplear una guía de estrategia de cinco puntos con progreso indicadores de la SADC, como el Marco de seguimiento y evaluación sobre género, así como otros marcos mundiales y regionales. Destaca las metas globales y regionales para asegurar la alineación con los ODS y la Declaración Política sobre el SIDA y propone mecanismos para fortalecer el apoyo regional y la rendición de cuentas. Su palanca central es un enfoque de igualdad de género para la prevención del VIH y la respuesta al sida abordando los factores estructurales de la desigualdad.

Como parte de la estrategia de incidencia, la región de la SADC coordina plataformas de diálogo en cada sesión anual de la CSW para lograr el compromiso con la rendición de cuentas y la presentación de informes periódicos sobre el progreso de acuerdo con los compromisos globales, continentales y regionales.

Además, los ministros de Salud de la SADC adoptaron el Cuadro de Mando de la SADC para la Prevención del VIH en 2018 para complementar los esfuerzos para fortalecer el monitoreo, entre otros, el progreso en torno al cumplimiento de los indicadores de igualdad de género adoptados en el POA y otros compromisos clave sobre el VIH.

LEGISLACIÓN PARA ABORDAR LA DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE GÉNERO

- Argelia, Kenia, Senegal y Zimbabue se encuentran entre los trece países que han reformado sus leyes durante los últimos diez años en un intento por abordar la discriminación de género, en particular las relacionadas con la transmisión de la nacionalidad a sus cónyuges e hijos.
- En Eswatini, se promulgó una Ley nacional de delitos sexuales y violencia de género de 2018 para permitir la protección de las adolescentes y mujeres jóvenes contra el abuso.

ERRADICACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y EL MATRIMONIO INFANTIL

- Veinte de los veintinueve países que tradicionalmente practicaron la mutilación genital femenina tienen leyes específicas contra el procedimiento en todo el continente.
- La Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO) adoptó un Marco estratégico para fortalecer los sistemas nacionales de protección infantil y proteger a los niños contra la violencia. El marco considera el matrimonio infantil como una de las cinco áreas prioritarias de acción. ¡Este es el primer matrimonio infantil que aparece de manera destacada en un documento de política fundamental de la CEDEAO! Kenia, Benín y Guinea también lanzaron la campaña de la UA para poner fin al matrimonio infantil en África, lo que eleva el número total de países que la han lanzado a 21.
- Malawi prohibió oficialmente el matrimonio infantil, enmendando su Constitución para reflejar la legislación adoptada en 2015 que elevó la edad para contraer matrimonio a los 18 años.
- La región de SADC: Desde 2016, la región de la SADC ha desarrollado su Ley Modelo para crear un marco legal sólido y uniforme relacionado con la prohibición y prevención del matrimonio infantil y es un camino clave para abordar los derechos de salud sexual y reproductiva. El objetivo de la Ley Modelo es, por lo tanto, servir como criterio y herramienta de incidencia para los legisladores de la región de la SADC. También proporciona un lenguaje de mejores prácticas sin lagunas que los Estados miembros pueden adoptar o adaptar fácilmente en sus leyes relativas a la erradicación del matrimonio infantil.[273]

ACCESO A SERVICIOS Y PRODUCTOS DE SSR Y DR:

En general, África del Norte ha logrado importantes avances en la promoción de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.

- La ley tunecina protege el derecho de la mujer a decidir si practica el control de la natalidad o tiene un aborto.[274] Casi todas las mujeres tunecinas viven a menos de 5 kilómetros de un centro de planificación familiar. Por lo general, esperan hasta los 27 años para casarse, en comparación con los 16 años en el África subsahariana y el Medio Oriente.[275]
- En Egipto, el 96% de las mujeres vive cerca de un centro de planificación familiar y aproximadamente el 60% utiliza los servicios de los centros.
- El gobierno de Argelia ha creado una política innovadora de planificación familiar que reembolsa a las personas por la compra de anticonceptivos. Más del 90% de los nacimientos en Argelia y Túnez tienen lugar en instalaciones de salud pública, lo que reduce drásticamente la mortalidad materna e infantil en esos países.

- Namibia y Zimbabue, la distribución y promoción activa de condones durante dos décadas condujo a algunos de los niveles más altos de uso de condones en la última relación sexual con parejas no regulares.
- Kenia, Marruecos y Sudáfrica han avanzado en la introducción de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y, por lo tanto, estos programas pueden orientar la introducción de la PrEP para las poblaciones más vulnerables de otros países.
- Lesoto y Eswatini informan de una alta cobertura de programas entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes, un alto nivel de uso de condones en asociaciones no regulares en este grupo y un aumento de la cobertura del tratamiento del VIH. En ambos países, la reducción de la incidencia del VIH se ha acelerado.
- Ghana y Uganda han avanzado en la adopción de la educación para la vida en las escuelas como parte del plan de estudios.
- Costa de Marfil y Zimbabue tienen programas a gran escala para las trabajadoras sexuales
- Uganda y la República Unida de Tanzania realizaron el mayor número de VMMC en 2018 (1,5 millones de niños y hombres recibieron VMMC), lo que demuestra que es posible ampliar los servicios.
- El desarrollo del plan de negocios PMP para África para aumentar la capacidad farmacéutica. Kenia, Sudáfrica, Uganda y Zimbabue ahora producen medicamentos ARV precalificados por la OMS.

FINANCIAMIENTO NACIONAL

- Sudáfrica contribuyó con 2000 USD millones entre 2006 y 2011 por año de financiación nacional para la respuesta al SIDA, la segunda más grande del mundo.

EL PROGRAMA DE MALAWI PARA NIÑAS

- Después de su primer año de funcionamiento, el Programa de transferencia condicional de Malawi dio lugar a un gran aumento de la matriculación escolar informada por los propios participantes, así como a una disminución del matrimonio precoz, el embarazo en la adolescencia, la actividad sexual y los comportamientos sexuales de riesgo.
- La implicación sugiere fuertemente que cuando las niñas y mujeres jóvenes regresaron o permanecieron en la escuela, retrasaron significativamente el inicio de su actividad sexual. Además, las niñas y mujeres jóvenes que ya eran sexualmente activas redujeron la frecuencia de su actividad sexual.
- El programa también retrasó el matrimonio, que es la principal alternativa en contra de la escolarización de las mujeres jóvenes en Malawi y redujo su probabilidad de quedar embarazadas.[276]

PROGRAMA "HER" DE TANZANIA

Tanzania ha logrado el mayor progreso en el tratamiento de las infecciones por el VIH entre las mujeres jóvenes y jóvenes. Esto ha sido a través de programas integrados e integrales para AGYW, particularmente, a través de esfuerzos conjuntos del gobierno apoyados por la iniciativa DREAMS de PEPFAR, y programas similares apoyados por TGF, UNICEF y el Fondo de Acción Social de Tanzania (TASAF), que apuntan a abordar una combinación de los impulsores estructurales y biomédicos del VIH entre las niñas y las mujeres jóvenes.

El Fondo "HER Voice" del Fondo Mundial reconoce el papel fundamental que desempeñan las adolescentes y las mujeres jóvenes en la conducción y en la configuración de la respuesta al VIH. Proporciona pequeñas subvenciones a grupos comunitarios liderados por la AGYW para poder superar las barreras logísticas, administrativas y de idioma para la participación en los foros y procesos de toma de decisiones con el fin de que la AGYW influya en los espacios de toma de decisiones.

AGYW participó a través del programa exclusivo HER, del cual un componente, el HER Voice Fund, se puso a prueba en Tanzania entre 2018-2019 para permitir a AGYW a través de la provisión de pequeñas subvenciones para participar en procesos de FM y a nivel nacional.

Para AGYW, en particular, la evidencia para la prevención combinada integral, incluidas las transferencias de efectivo, el desarrollo de habilidades y las actividades generadoras de ingresos (IGA) para niños y niñas fuera de la escuela, es bastante sólida y valida nuevas inversiones dentro de la respuesta, dados los impactos positivos en el conocimiento. y los resultados de salud, y el posible papel en la reducción de las vulnerabilidades socioeconómicas que conducen al sexo transaccional. Dadas las interrelaciones entre el VIH y la violencia de género, y las estructuras de poder relacionadas.

Aunque tiene sentido ofrecer intervenciones integradas de prevención y detección de la VG con el servicio de PrEP a las mujeres jóvenes, como lo demuestra el estudio EMPOWERMENT realizado en Mwanza por el consorcio STRIVE,[277] la falta de financiación, ya que solo el 3% de la financiación nacional del VIH se destina a las mujeres jóvenes, sigue siendo un gran desafío.

PEPFAR-DREAMS

El programa se centra en reducir el riesgo y la incidencia del VIH entre las niñas y las mujeres jóvenes y sus parejas masculinas.

- El programa tenía como objetivo reducir las infecciones por el VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes en un 40% en Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Sudáfrica, Eswatini, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue entre 2015-2017 / 18.
- Se centró en el aislamiento social, las desventajas económicas, las normas culturales discriminatorias, la orfandad, la violencia de género y la educación.[278]
- Los datos sobre el impacto de DREAM de uno de los principales donantes del programa, el Plan de Emergencia del presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), sugieren que las comunidades o distritos involucrados en DREAMS que tenían la mayor carga de VIH cuando comenzó el programa habían visto nuevos diagnósticos de VIH entre mujeres jóvenes. disminución de entre un 25% y un 40% a partir de 2017.[279]

CAMPAÑA 'SHE CONQUERS' (ELLA CONQUISTA) DE SUDÁFRICA

La campaña 'She Conquers' fue una campaña nacional en Sudáfrica de 2016 a 2019, destinada a empoderar a las adolescentes y mujeres jóvenes.[280] La campaña se basó en datos de 2015, lo que sugiere una carga desproporcionada de VIH entre las niñas adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 24 años en Sudáfrica. La alta carga del VIH observada se vio agravada por los altos niveles de embarazos adolescentes no planificados, las tasas de abandono de la escuela secundaria y el bajo nivel educativo, y la alta prevalencia de la violencia de género, todo ello en un contexto en el que las oportunidades económicas para los jóvenes estaban limitadas. Esto resultó en una gran parte de la población que no estaba equipada para contribuir a la economía nacional y, por lo tanto, sin mucha experiencia.[280]

Sudáfrica necesitaba una respuesta estratégica basada en la evidencia para "quitar la carga de la mala salud y las desventajas de los hombros de las mujeres jóvenes y liberar a sus comunidades de la red de problemas sociales y de salud". La campaña, que fue financiada en parte por PEPFAR y el Fondo Mundial, adoptó un enfoque específico para ampliar y acelerar los esfuerzos para empoderar a los jóvenes, especialmente las adolescentes y las mujeres jóvenes. La campaña ofrece un paquete integral de intervenciones para abordar las barreras actuales que experimentan las mujeres jóvenes y las niñas; esto incluye intervenciones biomédicas, de comportamiento social y estructural para mejorar el acceso a la información, los servicios y el apoyo.[280]

Aún no se ha publicado una revisión completa del impacto de la campaña, sin embargo, un informe preliminar muestra una reducción en el embarazo adolescente con una mayor adopción de comportamientos protectores entre los jóvenes en ciertos distritos.[281]

¡EL PROYECTO SASA!

¡SASA! significa "¡ahora!" en kiswahili. Este enfoque integral combina herramientas y un proceso sistemático de movilización comunitaria para prevenir la violencia contra la mujer y el VIH. ¡SASA! fue desarrollado por Raising Voices y está siendo implementado en Kampala, Uganda por el Centro para la Prevención de la Violencia Doméstica (CEDOVIP). ¡SASA! es un acrónimo en inglés de un proceso de cuatro fases:[282]

- S de start en inglés- Empezar a pensar en la violencia contra las mujeres y el VIH / SIDA como problemas interrelacionados entre sí y la necesidad de abordar personalmente estos problemas.
- A de awareness en inglés- Concienciación sobre la aceptación de las comunidades del uso del poder de los hombres sobre las mujeres, lo que alimenta el VIH / SIDA y la violencia contra las mujeres.
- S de support en inglés - Apoyar a mujeres y hombres directamente afectados por estos problemas o involucrados en ellos para cambiar
- A de action en inglés- Tomar medidas para prevenir el VIH / SIDA y la violencia contra la mujer.

¡SASA! adopta un enfoque innovador para la movilización comunitaria. En lugar de proporcionar información objetiva sobre la violencia y el riesgo de VIH, ¡SASA! aborda el desequilibrio de poder entre mujeres y hombres que subyace a ambas epidemias.

- Los hallazgos secundarios de una evaluación de SASA sobre IPV mostraron que las intervenciones de movilización comunitaria eran un medio eficaz para prevenir diversos tipos de abuso, incluyendo IPV físico, IPV sexual, agresión emocional y conductas controladoras. ¡SASA! se asoció con un inicio más bajo de abuso y la continuación del abuso anterior.[283]
- Los activistas comunitarios dirigen una amplia gama de actividades en sus propios vecindarios diseñadas para disminuir la aceptabilidad social de la violencia al influir en el conocimiento, las actitudes, las habilidades y los comportamientos sobre género, poder y violencia.[284]
- Cuando se implementó en cuatro comunidades, el programa se asoció con una incidencia y aceptación significativamente menor de la violencia de pareja íntima entre hombres y mujeres, así como con respuestas comunitarias de mayor apoyo para las mujeres que lo experimentaron. ¡SASA! ha sido implementado por más de 25 organizaciones en África subsahariana en diversos entornos, como comunidades religiosas, rurales, de refugiados, urbanas y de pastores.[285]

CAMPAÑA DE LA UA PARA PONER FIN AL MATRIMONIO INFANTIL

En el 2014, se lanzó la Campaña de la UA para poner fin al matrimonio infantil[286] para promover, proteger y defender los derechos de las mujeres y las niñas en África. El propósito de la campaña era acelerar el fin del matrimonio infantil en África aumentando la conciencia continental de las implicaciones de la práctica, apoyando acciones legales y políticas en la protección y promoción de los derechos humanos; movilizar la conciencia continental sobre el impacto socioeconómico negativo del matrimonio infantil; la construcción del movimiento social y la movilización social a nivel local y nacional y el aumento de la capacidad de los actores no estatales para emprender la promoción de políticas basada en evidencia.[286] La campaña trabajó para aprovechar las actividades existentes de los gobiernos y socios para poner fin al matrimonio infantil y se basa en la promoción, el monitoreo y la evaluación (M&E), así como en la facilitación de la asistencia técnica y en la capacitación.[286]

La campaña tiene como objetivo acelerar el cambio en África alentando a los gobiernos a desarrollar estrategias, concienciar a la población y abordar el impacto dañino del matrimonio infantil.[286],[287]

RELIGIÓN, GÉNERO Y SIDA

- En Uganda, por ejemplo, la población de los imanes de 850 mezquitas incluye información sobre el VIH en conferencias religiosas y sermones de los viernes.
- Los versículos coránicos que tratan de la ética y la integridad sexuales se están utilizando ampliamente en campañas educativas y sesiones de asesoramiento. Casi 7.000 voluntarios de la comunidad han visitado más de 100.000 hogares desde 1992 para difundir el mensaje sobre la prevención.

- En Suazilandia, los líderes cristianos y tradicionales están concienciando a los siervos sobre las obligaciones morales para con los niños, especialmente en el contexto del SIDA.

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

- Ghana ha sido innovadora en el financiamiento, en cómo empaquetar servicios y construir una contribución más fuerte del sector público a los programas nacionales de seguro médico.
- En Ghana, vemos niveles razonables de cobertura sanitaria. Tienen mucho que compartir con el resto del continente.
- El presidente de Kenia se ha comprometido firmemente a garantizar la prestación de servicios de salud universal.
- Algunos estados de Nigeria han desarrollado asociaciones interesantes en las que entidades del sector privado han invertido en atención primaria de salud asequible.

ÉXITO DE ETIOPÍA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH

- El éxito de la respuesta al VIH del país se ha debido en gran medida a la financiación externa (el 90% de la financiación total para el VIH entre 2011 y 2019), así como a la integración sectorial y el desarrollo de una respuesta multisectorial al VIH / SIDA.
- Con la comprensión del vínculo entre género y VIH, el gobierno reformó los marcos legales para facilitar los mecanismos de coordinación de la prevención del VIH a través de la integración sectorial y el desarrollo de un plan estratégico multisectorial de respuesta al VIH / SIDA.
- El género se integró en las políticas y programas para abordar las desigualdades de género y hacer que los servicios respondan mejor a las realidades sociales, económicas y culturales de los usuarios y beneficiarios y también creó un entorno propicio para apoyar el cambio de comportamiento individual y la reducción de riesgos.
- Existe una participación significativa de las comunidades y WLHIV y mujeres miembros de otras poblaciones clave.
- En el caso de las adolescentes y las mujeres jóvenes, se realizan esfuerzos específicos e intensificados para luchar contra la mutilación genital femenina y el establecimiento de clubes de niñas en las escuelas. También se amplía la implementación de intervenciones de prevención del VIH dirigidas especialmente a las niñas adolescentes y mujeres jóvenes como grupos de población prioritarios.
- A través de su Política Nacional de Juventud[288] de 2004 seguida de la Estrategia Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes (2016-2020). Los temas más pertinentes incluidos en la política de jóvenes[289] relacionados con el VIH y SSR y RR son:
    - Asegurar su participación en la lucha contra las prácticas tradicionales nocivas que son perjudiciales para su salud.
    - Crear un entorno favorable para que los jóvenes se movilicen en la prevención, el control y el cambio de comportamiento del VIH;
    - Asegurar que los jóvenes se beneficien de los servicios de información, educación, comunicación y asesoramiento relacionados con el VIH.
    - Aumentar su participación en la lucha contra el VIH y reducir su vulnerabilidad a problemas que aumentan su vulnerabilidad a la pandemia
    - Brindar atención y apoyo a las PVVIH jóvenes, incluidos los huérfanos del SIDA;
    - Fomentar y crear un entorno favorable para las jóvenes PVVIH en la lucha contra el estigma y la discriminación.

Liderados por las políticas, compromisos y marcos nacionales y continentales mencionados durante la última década, los Estados miembros de la UA han logrado un progreso significativo en la reducción de la incidencia del VIH en todo el continente. Sin embargo, el objetivo de reducir las nuevas infecciones por el VIH a menos de 150.000 por año para 2030 requerirá reducir a la mitad el número de nuevas infecciones por el VIH de mujeres y niñas, que actualmente es de 5.500 por semana.

7.2 CUESTIONES PENDIENTES

África ha logrado enormes avances en la reducción del número de nuevas infecciones y muertes relacionadas con el VIH en la última década. Sin embargo, no se han logrado avances consistentes en todas las regiones y países del continente. Los problemas más destacados son:

- El estigma y la discriminación, que siguen siendo un obstáculo importante para acabar con el VIH / SIDA. La epidemia de miedo, estigmatización y discriminación ha socavado la capacidad de las personas, las familias y las sociedades para protegerse y brindar apoyo y tranquilidad a los afectados. Esto obstaculiza, en gran medida, los esfuerzos por detener la epidemia. Complica las decisiones sobre las pruebas, la divulgación del estado y la capacidad de negociar conductas de prevención, incluido el uso de servicios de planificación familiar.[290]
- La pobreza y el analfabetismo generalizados, así como la inestabilidad política, plantean obstáculos para mantener los logros obtenidos.
- Hay una falta de enfoques estratégicos intersectoriales y multisectoriales para combatir el VIH / SIDA. Esto conlleva a una falta de acceso a los servicios básicos para el VIH y la VG. Cuando existen servicios de apoyo básico, por lo general no cuentan con fondos suficientes, son de calidad insuficiente y / o carecen de personal debidamente capacitado para brindar apoyo y atención.
- Las leyes, políticas y marcos no permiten los derechos, los servicios o el acceso equitativo en la práctica debido a una implementación deficiente y fragmentada.
- El empoderamiento limitado de las mujeres y las niñas, junto con las prácticas nocivas, obstaculiza el logro de los compromisos mundiales, continentales y nacionales.
- Existe una escasez de información de los Estados miembros de la UA en el norte, lo que obstaculiza los esfuerzos del continente para abordar las desigualdades de género y el VIH en esta región.
- Existe un compromiso político y participación limitados en la implementación de los programas nacionales. Esto priva a los programas de recursos que conducen a la insostenibilidad.
- La tendencia a centrarse en el empoderamiento de la mujer, en lugar de adoptar un enfoque basado en los derechos en relación con el desarrollo económico, desalienta un enfoque y una visión de resultados intrínsecamente holísticos.[291] Conduce a que los Estados miembros no combatan todas las formas de discriminación contra la mujer mediante medidas legislativas adecuadas. Sin embargo, la ventaja de un enfoque del desarrollo y la gobernanza basado en los derechos humanos, incluida la realización de la igualdad de género, fomenta un enfoque de desarrollo sostenible centrado en las personas para la planificación y la toma de decisiones.
- Financiamiento interno inadecuado para la salud y alta dependencia de los donantes. Por ejemplo, las evaluaciones de género en Tanzania y Etiopía señalan una gran dependencia de la financiación de los donantes y el peligro de insostenibilidad en caso de que la financiación de los donantes disminuya.

8 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En todo el continente, la respuesta al VIH se ve frenada en parte por las desigualdades de género. En este sentido, el informe ha demostrado que el estigma y la discriminación siguen siendo obstáculos clave para el pleno cumplimiento de que las mujeres, los hombres, las niñas y los niños gocen de los mismos derechos y el acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. Los hallazgos de este documento muestran una alta prevalencia de la VG en África, el vínculo indisoluble entre la VG y el VIH entre las mujeres y vuelve a enfatizar la necesidad urgente de abordar la violencia contra las mujeres y las niñas (VCMN) y las prácticas nocivas como la MGF.

También es digno de mención que la financiación del VIH en África está perdiendo impulso. Entre 2017 y 2019, la financiación nacional para la respuesta al VIH / SIDA ha disminuido en África oriental y meridional (disminución del 14%) y África occidental y central (disminución del 12%),[292] ambas regiones con alta carga de VIH. Además, la participación significativa de las mujeres, en particular la de las mujeres que viven con el VIH / SIDA, en las políticas y la adopción de decisiones sobre el VIH, así como en la ejecución, sigue siendo limitada, y se pierden sus posibles contribuciones de liderazgo y perspectivas sobre la epidemia.

Por otro lado, COVID-19 ha revelado la naturaleza de género de la crisis de salud y la necesidad crítica de respuestas transformadoras de género.[293] Dentro de los hogares, las restricciones de movilidad relacionadas con COVID-19 están contribuyendo al aumento de la violencia contra las mujeres y los niños en algunos contextos.[294] Los cierres de escuelas plantean un desafío sin precedentes para el derecho de los jóvenes a la educación, con más del 90% de la población estudiantil mundial afectada por los cierres. Tanto para el VIH como para la COVID-19, las mujeres desempeñan funciones fundamentales como trabajadoras de la salud de primera línea y líderes y cuidadoras de la comunidad, y se necesitan medidas para permitir el apoyo de las mujeres en esas funciones y permitirles desempeñar funciones activas en los órganos clave de toma de decisiones.[294]

Asimismo, cada año, millones de personas en África se ven afectadas por crisis humanitarias, tanto naturales (terremotos, inundaciones, sequías, etc.) como provocadas por el hombre (por ejemplo, conflictos externos e internos).[295] Las cifras crecientes vinculadas a los desplazamientos, la interrupción de los servicios sociales y de salud, la inseguridad alimentaria y la pobreza: aumenta la vulnerabilidad al VIH y afecta negativamente a las personas que viven con el VIH.[295] Durante las crisis humanitarias, las desigualdades de género pueden agravarse aún más, haciendo que las niñas y mujeres sean desproporcionadamente más vulnerables al VIH.[295]

Abordar la desigualdad de género es clave para lograr objetivos de desarrollo sustanciales como la Cobertura Universal de Salud y Poner fin a la epidemia del VIH / SIDA para el 2030. Por lo tanto, para comprender mejor cómo estas desigualdades están dando forma a la respuesta nacional, los Estados miembros deben evaluar sus epidemias de VIH, el contexto y la respuesta de una perspectiva de género. Además, los esfuerzos encaminados a la consecución de los objetivos deben garantizar la participación significativa de las mujeres, en particular, las mujeres que viven con el VIH / SIDA en las políticas y la toma de decisiones sobre el VIH. Las mujeres que viven con el VIH / SIDA deben ser reconocidas como agentes de cambio en su propia salud, no simplemente como receptoras pasivas de servicios.

La evidencia muestra que la igualdad de género y los derechos de la mujer son impulsores críticos de la salud, el bienestar y el desarrollo socioeconómico, y que los servicios de salud que transforman el género son promotores de la salud, preventivos, de bajo costo y rentables.[296] Para que el objetivo de desarrollo sostenible de la Cobertura Universal de Salud (CSU) sea una realidad en África, la igualdad de género y la programación transformadora de género deben abordarse plenamente en el diseño, la financiación y la ejecución de los sistemas de salud y en el personal sanitario.

No se puede subestimar la importancia de la educación para la respuesta al VIH. Los programas de educación sobre el VIH eficaces proporcionan a los jóvenes conocimientos esenciales sobre el VIH / SIDA, como la transmisión, la prevención y las pruebas del VIH; pero también aborda problemas más amplios que impulsan la propagación de infecciones. La educación empodera a las mujeres jóvenes con conocimientos y habilidades para tomar decisiones informadas y adoptar comportamientos que reduzcan su riesgo de infección por el VIH.[297] Por lo tanto, la educación sobre el VIH / SIDA en las escuelas no debe ser un complemento opcional de los planes de estudios escolares en África. Debe ser parte de programas integrales de educación para la salud basados en habilidades e incluirse en el plan de estudios general. La información precisa sobre la salud reproductiva y el VIH / SIDA, junto con las habilidades para la vida y los vínculos con los servicios, son componentes integrales de una educación de calidad.

A nivel continental, los Estados miembros de la UA se comprometieron a acelerar la implementación de medidas económicas, sociales y legales específicas de género destinadas a combatir la pandemia del VIH / SIDA mediante la adopción de diversos marcos normativos y legales, incluyendo las Declaraciones de Abuja y Maputo sobre el VIH / SIDA, Tuberculosis, Malaria y Otras Enfermedades Infecciosas Afines, la Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África (SDGEA), el Protocolo de Maputo, la Estrategia de Género de la UA para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer, entre otros. Como prioridad continental clave, los Estados miembros deben acelerar los esfuerzos para reportar de forma anual el progreso realizado en la implementación de los compromisos.

La UA desempeña un papel fundamental a la hora de garantizar que los Estados miembros se movilicen y reciban apoyo para cumplir sus compromisos al garantizar que la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer y los derechos humanos se integren en la programación, la planificación, la presupuestación y la prestación de servicios del VIH a nivel nacional y local. Las CUA, la NEPAD y varias CER han sido pioneras en iniciativas notables que agregan valor a los esfuerzos nacionales y sirven como modelos que podrían replicarse para mejorar la integración y la cooperación intra e interregional.[298]

Hacia una acción acelerada, el informe subraya la necesidad de una defensa continental sostenida para la adopción e implementación de políticas y leyes nacionales sobre VIH y GEWE. Además, existe la necesidad de intensificar las inversiones en VIH / SIDA y los sistemas de gobernanza para las intervenciones transformadoras de género y la implementación efectiva de los compromisos relacionados con el VIH y GEWE.

Asimismo, se destaca la importancia fundamental de la recopilación de datos desglosados para impulsar el compromiso político en los niveles más altos. Los datos sobre el VIH susceptibles al género ofrecen una imagen más amplia del progreso hacia el género, incluso como aportaciones críticas a los mecanismos y estructuras de responsabilidad de las políticas continentales, como AIDS Watch Africa y Africa CDC.

> "Desafían las normas sociales y de género construidas que hacen que la violencia contra las mujeres sea aceptable y tienen como objetivo garantizar que las sobrevivientes de la violencia tengan una experiencia positiva de apoyo externo, lo que a su vez generará confianza dentro de las comunidades para responsabilizar a los perpetradores de la violencia. Violencia".
>
> UNFPA, 2019

9 RECOMENDACIONES

PARTES INTERESADAS	RECOMENDACIONES CLAVE
UA y sus órganos	**La UA y sus órganos para:** 1. Fortalecer el seguimiento y la rendición de cuentas por la implementación y la presentación de informes sobre el progreso en el marco de los compromisos mundiales y continentales sobre VIH / SIDA y GEWE de los Estados miembros. 2. Fortalecer las competencias de las oficinas nacionales de estadística y promover herramientas de recopilación de datos coordinadas, así como metodologías para mejorar la recopilación, el análisis y la difusión de rutina de datos nacionales y continentales desglosados por sexo sobre GEWE y VIH / SIDA para establecer políticas, estrategias, directrices y actividades de intervención a todos los niveles en África. 3. Desarrollar y revisar las políticas de Cobertura Universal de Salud (CSU) nacionales, regionales y continentales para garantizar que las necesidades de las niñas y las mujeres se aborden plenamente en su diseño e implementación. 4. Fortalecer la coordinación interna y las asociaciones para intensificar la promoción, incluso a través de la campaña de la UA "África educa a su mujer" para mejorar el acceso y la retención en una educación de calidad para las adolescentes y mujeres jóvenes en toda África y promover la integración de la educación sobre el VIH / SIDA en los programas escolares. 5. Llevar a cabo actividades de incidencia estratégica y movilización de recursos para la aplicación de iniciativas catalizadoras sobre el VIH / SIDA a nivel continental, regional y nacional 6. Facilitar el aprendizaje Sur-Sur y la difusión de buenas prácticas entre los Estados miembros de la UA para coordinar las políticas y estrategias.

PARTES INTERESADAS	RECOMENDACIONES CLAVE
Estados miembros	**Los Estados miembros para:** 1. Intensificar los esfuerzos para lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas en todas las esferas de la vida, reconociendo que las desigualdades estructurales de género, la discriminación, la violencia contra las mujeres y las niñas y las masculinidades nocivas socavan las respuestas efectivas al VIH y el disfrute pleno e igual de los derechos humanos y libertades fundamentales de mujeres y niñas. 2. Abordar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH por motivos de género contra las mujeres y las niñas y entre ellas, a fin de garantizar la dignidad, los derechos y la privacidad de las mujeres y las niñas que viven con el VIH y el SIDA y están afectadas por él, incluso en la educación, la capacitación y la educación informal y el lugar de trabajo; 3. Promover la cobertura universal de salud, como parte de un paquete integral de protección social y mediante la promoción de la atención primaria de salud, asegurando que el uso de esos servicios no exponga a las mujeres y niñas a dificultades financieras. 4. Revisar y, cuando proceda, enmendar o derogar todas las leyes, reglamentos, políticas, prácticas y costumbres que discriminen a las personas que viven con el VIH o que tengan un impacto discriminatorio en la mujer, y velar por que las disposiciones de múltiples sistemas jurídicos, cuando existan, Cumplir con los compromisos y principios internacionales y continentales de GEWE y los derechos de las mujeres, incluyendo el principio de no discriminación. 5. Asignar recursos financieros suficientes y sostenibles para el cumplimiento de los compromisos internacionales, continentales y nacionales, especialmente mediante el fortalecimiento de sus competencias nacionales para la planificación, presupuestación, investigación y asignación de recursos con perspectiva de género VIH y GEWE en conocimientos de género y salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos (SSR y DR)

PARTES INTERESADAS	RECOMENDACIONES CLAVE
Estados miembros	6. Reconocer el aporte de las mujeres a la economía y su participación activa en el cuidado de las personas que viven con el VIH y el SIDA y reconocer, redistribuir y valorar el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado de las mujeres mediante la prestación de servicios públicos, infraestructura y la promoción del reparto equitativo de responsabilidades con hombres y niños, y protección social dirigida a mujeres y niñas vulnerables; 7. Llevar a cabo evaluaciones nacionales de género, incluyendo los factores de intersección de GEWE y VIH, recopilar datos desglosados por sexo y edad y desarrollar indicadores susceptibles al género, según corresponda, para establecer la formulación de políticas, la implementación, el seguimiento y la presentación de informes. 8. Diseñar e implementar iniciativas, incluyendo programas de sensibilización para promover la participación activa de hombres y niños en la eliminación de los estereotipos de género, la desigualdad de género, la violencia de género y las prácticas nocivas. 9. Colaborar con las partes interesadas para intensificar las iniciativas de prevención combinada para mujeres y niñas para la prevención de nuevas infecciones y para revertir la propagación del VIH y reducir la mortalidad materna. 10. Promover la participación activa y significativa, la contribución y el liderazgo de las mujeres y niñas que viven con el VIH, los actores de la sociedad civil, el sector privado, los jóvenes y las organizaciones de hombres y mujeres jóvenes, para abordar el VIH y el SIDA en todos sus aspectos para una perspectiva de género de la respuesta nacional. 11. Adoptar medidas para proteger y atender las necesidades de las mujeres y las niñas en situaciones de conflicto humanitario y armado, incluyendo a los refugiados, los desplazados internos que corren un mayor riesgo de infección por el VIH y cargan con una carga desproporcionada de responsabilidades de cuidados.

PARTES INTERESADAS	RECOMENDACIONES CLAVE
Socios de desarrollo	**Los Socios de desarrollo para:** 1. Fortalecer la cooperación internacional a fin de ayudar en el desarrollo de recursos humanos para la salud, a través de asistencia técnica y capacitación, así como para aumentar el acceso universal a los servicios de salud, incluso en áreas remotas y rurales. 2. Apoyar la colaboración con instituciones académicas y de investigación en África para la documentación y difusión de prácticas prometedoras nacionales, así como el intercambio de conocimientos especializados como aspecto fundamental de la inversión en investigación basada en pruebas para promover la reproducción y el aprendizaje Sur-Sur en el continente. 3. Apoyar a la UA en la adaptación y contextualización de la Iniciativa Global Education Plus[299] para su implementación en los Estados miembros de la UA, incluso a través de asistencia técnica y de capacidad al CIEFFA de la UA para el cumplimiento acelerado de la agenda de educación de la UA para mujeres y niñas. 4. Apoyar a los gobiernos nacionales y los órganos de la UA para garantizar que todas las respuestas de COVID-19 sean susceptibles al género y transformadoras, asegurando abordar de manera efectiva todas las necesidades de las niñas y mujeres.
Impulsores de las OSC, GEWE y VIH	**Las OSC, GEWE y VIH abogan para:** 1. Colaborar con los gobiernos nacionales y los socios locales para garantizar la implementación, el seguimiento y la presentación de informes sobre el progreso en torno al cumplimiento de las políticas, la legislación y las directrices sobre el VIH. 2. Asegurar que la provisión de servicios relacionados con el VIH (prevención, tratamiento, atención y servicios de apoyo) se integre y se implemente de manera efectiva en todas las etapas de la respuesta humanitaria (evaluación rápida, programas, etc.), especialmente para las víctimas de violencia de género y relacionadas con conflictos. -violencia-sexual. 3. Apoyar el establecimiento y la puesta en funcionamiento de informes independientes, recopilación, análisis y utilización de datos para monitorear la implementación de los compromisos e iniciativas relacionados con el VIH, incluso en entornos relacionados con conflictos. 4. Fortalecer la capacidad de los defensores del VIH y de GEWE para mejorar la participación significativa y el liderazgo de las mujeres en las políticas y la toma de decisiones sobre el VIH. 5. Monitorear la participación significativa de las mujeres con VIH / SIDA y hacer que los gobiernos y los socios para el desarrollo rindan cuentas de sus compromisos sobre el VIH y GEWE.

REFERENCIAS

1. Sabates-Wheeler, R. y Kabeer, N. (2003). Igualdad de género y ampliación de la protección social (núm. 16). Organización Internacional del Trabajo.
2. https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsandefinitions.htm
3. https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsandefinitions.htm
4. Fuente: ONUE Mujeres, OSAGI Gender Mainstreaming – Conceptos y definiciones.
5. Fuente: UNICEF, UNFPA, PNUD, ONU Mujeres. "Igualdad de género, coherencia de la ONU y Tú"
6. Fuente: UNICEF, UNFPA, PNUD, ONU Mujeres. "Igualdad de género, coherencia de la ONU y Tú"
7. Fuente: UNICEF, UNFPA, PNUD, ONU Mujeres. "Igualdad de género, coherencia de la ONU y Tú"
8. Fuente: UN-INSTRAW (ahora parte de ONU Mujeres), Glosario de los Términos y Conceptos de Género.
9. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf
10. Artículo 14 del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (Protocolo de Maputo sobre los derechos de la mujer).
11. https://addis.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MPOA%20English_A5_%20Version%205.pdf
12. https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
13. ONUSIDA, Mujeres y VIH: un foco de atención sobre las adolescentes y las mujeres jóvenes. 2019.
14. OMS (2017) 'Pauta consolidada sobre salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres que viven con VIH'[pdf]
15. Decker, M.R., et al., Violencia de género contra mujeres adolescentes y adultas jóvenes en países de ingresos bajos y medios. Artículo de Salud de los Adolescentes, 2015. 56 (2): p. 188-196.
16. Programa de Salud Internacional y Derechos Humanos, 2006, 2009).
17. Harrison A, Colvin CJ, Kuo C, Swartz A, Lurie M (2015) Alta incidencia sostenida del VIH en mujeres jóvenes en África Austral: factores sociales, de conducta y estructurales y enfoques de intervención emergentes. Curr HIV / AIDS Rep 12:207--215. https://doi.org/10.1007/s11904-015-0261-0.
18. Santelli JS, Mathur S, Song X et al (2015) Aumento de la matrícula escolar y disminución del riesgo de VIH y embarazo entre adolescentes en el distrito de Rakai, Uganda, 1994-2013. Bienestar Social Int. https://doi.org/10.1007/s40609-015-0029-x
19. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N (2010) Violencia de pareja íntima, desigualdad de poder en las relaciones e incidencia de infección por VIH en mujeres jóvenes en Sudáfrica: un estudio de cohorte. Lancet 376 (9734): 41-48. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60548-X
20. Santelli JS, Edelstein ZR, Mathur Set al (2013) Factores de riesgo y protección de conducta, biológicos y demográficos para nuevas infecciones por el VIH entre los jóvenes, akai, Uganda. J Acquir Immune Defic Syndr 63 (3): 393-400. https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182926795
21. Birdthistle IJ, Floyd S, Machingura A, Mudziwapasi N, Gregson S, Glynn JR (2008) ¿De afectado a infectado? Orfandad y riesgo de VIH entre las adolescentes en zonas urbanas de Zimbabue. Sida 22.:759--766. https://doi.org/10.1097/0AD.0b013e3282f4cac7
22. Viswasam, N., S. Schwartz y S. Baral, Caracterización del papel de la intersección de los estigmas y las desigualdades sostenidas en la conducción de las sindemias del VIH en entornos de ingresos bajos a medios. Opinión actual sobre el VIH y el SIDA, 2020. 15 (4): p. 243-249.
23. Decker, M.R., et al., Predictores de violencia física y sexual: 20 años de estudio interinstitucional de población base de mujeres sobre el VIH. Revista estadounidense de medicina preventiva, 2016. 51 (5): p. 731-742.
24. Johnson Shen, M., et al., La interseccionalidad de los estigmas entre las poblaciones clave de adultos mayores afectados por el VIH: un análisis temático. Gerontólogo clínico, 2019. 42 (2): p. 137-149.
25. Caiola, C., et al., Uso de un enfoque interseccional para estudiar el impacto de los determinantes sociales de la salud para las madres afroamericanas que viven con el VIH. ANS. Avances en las ciencias de la enfermería, 2014. 37/4): p. 287.
40. https://www.womenforwomen.org/blogs/series-what-does-mean-gender-based-violence
41. Leddy, A. M., Weiss, E., Yam, E. y Pulerwitz, J. (2019). Violencia de género y participación en la prevención, la atención y el tratamiento biomédicos del VIH: una revisión del alcance. Salud pública de BMC, 19 (1), 897.
43. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
45. Decker, M. R., Latimore, A. D., Yasutake, S., Haviland, M., Ahmed, S., Blum, R. W., ... y Astone, N. M. (2015). Violencia de género contra mujeres adolescentes y adultas jóvenes en países de ingresos bajos y medianos. Revista de salud adolescente, 56 (2), 188-196.
51. Palermo, T., Bleck, J. y Peterman, A. (2014). Punta del iceberg: denuncia y violencia de género en los países en desarrollo. Revista estadounidense de epidemiología, 179 (5), 602-612.
55. García-Moreno, C. y Amin, A. (2016). Los objetivos de desarrollo sostenible, la violencia y la salud de la mujer y el niño. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 94 (5), 396.
56. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development% 20web.pdf
63. Asamblea General de las Naciones Unidas Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [(consultado el 6 de noviembre de 2020)]; 2015 Disponible en línea: https: // sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda% 20for% 20Sustanable% 20 Development% 20web.pdf
68. J. Saul, "Violence against women and HIV: data, lagunas y oportunidades", documento presentado en la reunión de la Casa Blanca sobre la intersección del VIH / SIDA, la violencia contra la mujer y las disparidades de salud relacionadas con el género, Washington, DC, Centros para Control de Enfermedades, División de Prevención de la Violencia, 2012.
71. Hatcher, A. M., Smout, E. M., Turan, J. M., Christofides, N. y Stoeckl, H. (2015). Violencia de pareja íntima y participación en la atención y el tratamiento del VIH entre las mujeres: una revisión sistemática y un metanálisis. SIDA, 29/16), 2183-2194.
72. Barreras clave para el acceso de las mujeres al tratamiento del vih: una revisión global.

73. Gilbert, L y Walker, L. (2009). "Ellos (los ARV) son mi vida, sin ellos no soy nada", experiencias de pacientes que asisten a una clínica de VIH / SIDA en Johannesburgo, Sudáfrica. Salud y lugar, 15 (4), 1123-1129.
74. https://www.hrw.org/reports/2007/zambia1207/
76. Lichtenstein, B. (2006). La violencia doméstica en las barreras a la atención de la salud de las mujeres seropositivas. Atención a pacientes con SIDA y enfermedades de transmisión sexual, 20 (2), 122-132.
77. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201312_discussion-paper_Gender-HIV-services_PMTCT_en_0.pdf
78. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
79. J. Kehler, S. Mthembu, T. Ngubane-Zungu y S. Mtambo, "Si hubiera sabido lo que pasaría, me lo habría guardado para mí ... Violencia de género y VIH: percepciones y experiencias de violencia y otros abusos contra los derechos de las mujeres que viven con el VIH en Eastern Cape, Kwazulu Natal y Western Cape, Sudáfrica ", hoja informativa (AIDS Legal Network, 2012). Disponible en http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/ gender_violence _ & _ hiv_ kwazulu_natal_fact_sheet.pdf
82. https://www.icwea.org/wp-content/uploads/downloads/2013/04/ICW_GNP+-Option-B+-FGD-Report_Final.pdf
83. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/womenlivingwithhivspeakout_en.pdf
84. Siemieniuk, R. A., Krentz, H. B., Miller, P., Woodman, K., Ko, K. y Gill, M. J. (2013). Las implicaciones clínicas de las altas tasas de violencia por parte de la pareja íntima contra mujeres VIH positivas. Revista JAIDS de síndromes de inmunodeficiencia adquirida, 64 (1), 32-38.
85. Pandemia de enfermedad por coronavirus (C0V-19). Plan de respuesta mundial del UNFPA. Nueva York: UNFPA; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19__UNFPA_Global_Response_Plan_April_07.pdf, consultado el 4 de noviembre de 2020).
86. El jefe de la ONU pide un "alto el fuego" de la violencia doméstica en medio de un "espantoso aumento global". En: Noticias de la ONU [Internet]. 6 de abril de 2020. Nueva York: Naciones Unidas; c2020 https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052
87. Educación: de la interrupción a la recuperación. En: UNESCO [Internet]. París: UNESCO; c2019 https://en.unesco.org/covid19/educationresponse
88. Los cierres de escuelas de Giannini S. C0VID-19 en todo el mundo afectarán más a las niñas. En: UNESCO [Internet]. 31 de marzo de 2020. París: UNESCO; c2019 (https:// en. u nesc o. o rg/n ews/c ovi d-19-scho ol-closu res-a ro u nd-wo rld-will-hit-girls-ha rd est).
89. La educación de las niñas y el COVID-19: lo que las crisis del pasado nos pueden enseñar sobre la mitigación del impacto de las pandemias. Washington (DC): Fondo Malala; 2020.
90. https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/
91. https://www.unicef.org/media/62981/file/Birth-registration-for-every-child-by-2030.pdf
92. https://www.unicef.org/stories/child-marriage-around-world
93. https://theconversation.com/child-marriage-in-north-africa-still-a-lot-to-be-done-125400#:~:text=UNICEF%20figures%20suggest%20about%2018,boys%20and%20about%2082%25%20girls.&text=Progress%20is%20most%20dramatic%20when,over%20the%20 past%20three%20decades
94. https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/
95. https://www.unicef.org/media/files/UNICEF-Child-Marriage-Brochure-low-Single(1).pdf
96. https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20africa/attachments/publications/2019/marriage%20laws%20in%20africa%20english%20final_14%20nov%202018-web.pdf?la=en&vs=2458
97. https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2019/05/Advancing-the-Evidence-Base-on-Child-Marriage-and-HIV-April-2019. pdf
98. Wodon, Q., Male, C., Nayihouba, K., Onagoruwa, A., Savadogo, A., Yedan, A., Edmeades, J., Kes, A., John, N., Murithi, L ., Steinhaus, M. y Petroni, S. (2017). Impactos económicos del matrimonio infantil: informe de síntesis mundial. Washington, D.C .: El Banco Mundial y el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer. Obtenido de https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/06/EICM-Global-Conference-Edition-June-27-FINAL.pdf
99. Wodon, Q., Male, C., Nayihouba, K., Onagoruwa, A., Savadogo, A., Yedan, A., Edmeades, J., Kes, A., John, N., Murithi, L ., Steinhaus, M. y Petroni, S. (2017). Impactos económicos del matrimonio infantil: resumen global. Washington, D.C .: El Banco Mundial y el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer. Obtenido de https://www.icrw.org/publications/economic-impacts-child-marriage/
100. Steinhaus, M y John, N. (2018). Una vida no elegida: matrimonio temprano y salud mental, Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, Washington, DC. Obtenido de https://www.icrw.org/pu blications / a-life-not-choosenearly-ma rria ge-a nd-mental-health /
101. Gage, A.J. (2013). Asociación del matrimonio infantil con pensamientos e intentos suicidas entre niñas adolescentes en Etiopía. Revista de salud adolescente, 52 (5), 654-656. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433537
103. Stockl, H., Kalra, N., Jacobi, J. y Watts, C. (2013). ¿Es el inicio temprano de las relaciones sexuales un factor de riesgo de infección por el VIH entre las mujeres del África subsahariana? Una revisión sistemática. Revista estadounidense de inmunología reproductiva, 69, 27-40.
104. Clark, S., Bruce, J. y Dude, A. (2006). Proteger a las mujeres jóvenes del VIH / SIDA: el caso contra el matrimonio de niños y adolescentes. Perspectivas internacionales de planificación familiar, 79-88.
105. Clark, S. (2004). Riesgos del matrimonio precoz y el VIH en África subsahariana. Estudios de planificación familiar, 35 (3), 149-160..
106. https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/CHILDMARRIAGE-F-13.pdf
107. ONUSIDA, 'El informe GAP', 2014
108. Thomson, K. A., Hughes, J., Baeten, J. M., John-Stewart, G., Celum, C., Cohen, C. R., ... & Partners in Prevention Estudio de transmisión del VHS / VIH y equipos de estudio de PrEP de Partners. (2018). Mayor riesgo de contraer el VIH entre las mujeres durante el embarazo y durante el período posparto: un análisis prospectivo por acto coito entre mujeres con parejas infectadas por el VIH. Revista de enfermedades infecciosas, 218 (1), 16-25.
109. ONUSIDA, 2015, Informe del Día Mundial del SIDA 2015 Sobre la vía rápida para poner fin al SIDA para 2030.
110. ONU Mujeres, Hechos y cifras: VIH y SIDA, junio de 2016.
111. https://www.icrw.org/files/images/Child-Marriage-Fact-Sheet-Education.pdf
114. https://www.unicef.org/publications/files/Girls_HIV_AIDS_and_Education_(English)_rev.pdf
114. Organización Mundial de la Salud. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos en la salud de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual fuera de la pareja. Organización Mundial de la Salud.

115. Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M. y Shai, N. (2010). Violencia de pareja íntima, desigualdad de poder en las relaciones e incidencia de infección por VIH en mujeres jóvenes en Sudáfrica: un estudio de cohorte. La lanceta, 376 (9734), 41-48.

116. Base de datos 'Legal Age for Marriage', Indicadores sobre mujeres y hombres, División de Estadística de las Naciones Unidas, 11 de julio de 2013. Disponible en http://data.un.org/0ocumentData.comopx?id=336

117. Gobierno de Lesotho, Ministerio de Género, Juventud, Deportes y Recreación, Informe de la Plataforma de Acción de Beijing +20 (julio de 2014), disponible en http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections /csw/59/national 0000-/lesotho_review_beijing20.ashx

118. https://www2.unwomen.org/-/medi /field%20office%20africa/adjuntos/publications/2019/marriage%20laws%20in%20africa%20english%20final_14%20n0v%202018-web.pdf?La=es&vs=2458

119. World Health Organization, Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement, WHO, UNFPA, UNICEF, UNI FEM, OHCHR, UNHCR, UNECA, UNESCO, UNDP, UNAIDS, WHO, Geneva, 2008, p. 4.

119. Organización Mundial de la Salud, Eliminación de la mutilación genital femenina: declaración interinstitucional, OMS, UNFPA, UNICEF, UNI FEM, ACNUDH, ACNUR, UNECA, UNESCO, PNUD, ONUSIDA, OMS, Ginebra, 2008, pág. 4.

120. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation#:~:text=More%20than%20200%20million%20girls,between%20infancy%20and%20age%2015.

121. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation

122. https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/

123. https://au.int/en/pressreleases/20190211/african-union-launches-continental-initiative-end-female-genital-mutilation

124. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_FGMC-HIV.pdf

125. UNICEF y Gupta, G. R. (2013). Mutilación / ablación genital femenina: reseña estadística y exploración de la dinámica del cambio [prólogo del número especial]. Asuntos de salud reproductiva, 21 (42).

126. https://www.tandfonline.com/doi/

127. Berg, R. C. y Denison, E. (2012). ¿La mutilación / ablación genital femenina (A / MGF) afecta el funcionamiento sexual de las mujeres? Una revisión sistemática de las consecuencias sexuales de la A / MGF. Investigación y política social, 9 (1), 41--56. https://doi.org/10.1007/ s13178-011-0048-z

128. Brady, M. (1999Mutilación genital femenina: complicaciones y riesgo de transmisión del VIH. Atención a pacientes con SIDA y enfermedades de transmisión sexual,, 13(12), 709-716. https://doi.org/10.1089/apc.1999.13.709

129. https://www.ohchr.org/en/newsevents/pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24151&LangID=E

130. https://au.int/en/pressreleases/20190211/african-union-launches-continental-initiative-end-female-genital-mutilation

131. http://www.oecd.org/social/gender-development/38759356.pdf

132. Charrad, M. M. (2010, noviembre). La agencia de las mujeres en todas las culturas: conceptualización de las fortalezas y los límites. En Foro Internacional de Estudios de la Mujer (Vol. 33, No. 6, págs. 517-522). Pergamon.

133. Salud y derechos sexuales y reproductivos: un elemento esencial de la cobertura universal de salud. Documento de antecedentes para la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25: acelerando la promesa. Nueva York: PNUD; 201.9

134. Rwafa, T., Sha mu, S. y Christofides, N. (2019). Poder de relación y estado seropositivo del VIH: un análisis de su relación entre mujeres puerperales de Zimbabwe urbanas de bajos ingresos. Salud pública de BMC, 19 (1), 792.

135. Gupta GR. Cómo el poder de los hombres sobre las mujeres alimenta la epidemia del VIH: limita la capacidad de las mujeres para controlar las interacciones sexuales. BMJ: Revista médica británica. 2002; 324 (7331): 183.

136. Pettifor AE, Measham DM, Rees HV, Padian NS, Periago M, Fescina, et al. El poder sexual y el riesgo de VIH Sudáfrica. Emerg Infect Dis. 2004; 10 (11): 1996-2004.

137. Njovana E, Watts C. Violencia de género en Zimbabwe: una necesidad de acción colaborativa. La salud reproductiva es importante. 1996; 4 (7): 46-55.

138. Cohen D. Capital humano y la epidemia del VIH en el África subsahariana: Organización Internacional del Trabajo; 2002.

139. Wingood G, DiClemente R, DiClemente R, Crosby R, Kegler M. La teoría del género y el poder. Teorías emergentes en la práctica y la investigación de la promoción de la salud: estrategias para mejorar la salud pública. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 313-45.

140. Guedes A. Abordar la violencia de género en el sector de la salud reproductiva / VIH: revisión y análisis de la literatura. Popline. 2004.

141. https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP101/WP101.pdf

143. Robinson, J. L., Narasimhan, M., Amin, A., Morse, S., Beres, L. K., Yeh, P. T. y Kennedy, C. E. (2017). Intervenciones para abordar las relaciones desiguales de género y poder y mejorar la autoeficacia y el empoderamiento para la toma de decisiones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con el VIH: una revisión sistemática. PLoS One, 12 (8), e0180699.

144. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Comportamiento sexual en contexto: una perspectiva global. Lanceta. 2006; 368 (9548): 1706-28. pmid: 17098090.

145. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M, et al. "Violencia. Ya basta": Hallazgos de una encuesta participativa mundial entre mujeres que viven con el VIH. J Int AIDS Soc. 2015; 18 (Suppl 5): 20285. pmid: 26643458.

146. Langen TT. Desequilibrio de poder de género en la capacidad de las mujeres para negociar la autoprotección contra el VIH / SIDA en Botswana y Sudáfrica. Afriealth Sci. 2005; 5 (3): 188-97. pmid: 16245988.

147. https://unstats.un.org/unsd/gender/News/English/The%20Guardian_Two-thirds%20of%20world's%20illiterate%20adults%20are%20women,%20report%20finds%20_%20Global%20development.pdf

148. Gupta, G. R. (2002). Cómo el poder de los hombres sobre las mujeres alimenta la epidemia del VIH: limita la capacidad de las mujeres para controlar las interacciones sexuales..

149. Langen, T. T. (2005). Desequilibrio de poder de género en la capacidad de las mujeres para negociar la autoprotección contra el VIH / SIDA en Botswana y Sudáfrica. Ciencias de la salud africanas, 5 (3), 188-197.

150. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180699#pone.0180699.ref007

151. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/when-women-lead-change-happens_en.pdf

152. No se disponía de datos de África del Norte.

153. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/when-women-lead-change-happens_en.pdf

154. https://africa.unwomen.org/en/what-we-do/leadership-and-political-participation
155. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
156. https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work
157. https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work
158. https://www.one.org/africa/blog/unpaid-domestic-labour-african-women/
160. https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work
162. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
163. https://www.one.org/africa/blog/unpaid-domestic-labour-african-women/
164. Kim, J., Pronyk, P, Barnett, T. y Watts, C. (2008). Explorando el papel del empoderamiento económico en la prevención del VIH. Ayudas, 22, S57-S71.
165. https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2008/12004/Exploring_the_role_of_economic_empowerment_in_HIV.6.aspx
166. Beegle, K. y Christiaensen, L. (Eds.). (2019). Acelerar la reducción de la pobreza en África. El Banco Mundial.
167. Las mujeres representan más de dos tercios de los 796 millones de analfabetos del mundo.
168. https://theirworld.org/explainers/girls-education#section-3
169. https://www.unicef.org/education/girls-education
170. https://en.unesco.org/themes/education-and-gender-equality
173. Hargreaves, J y Boler, T (2006) Girl power: girls 'education, sex behavior and AIDS in Africa. Johannesburgo, Sudáfrica: ActionAid International.
174. https://www.unicef.org/media/media_58417.html
175. Behman JA. El efecto del aumento de la escolarización primaria sobre el estado del VIH de las mujeres adultas en Malawi y Uganda: la educación primaria universal como un experimento natural. Soc Sci Med. Febrero de 2015; 127: 108-15.
176. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Mantenlos en la escuela: la importancia de la educación como factor de protección contra la infección por el VIH entre las jóvenes sudafricanas. Int J Epidemiol. 2008; 37: 1266-73.
177. Santelli JS, Mathur S, Song X, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Aumento de la matrícula escolar y disminución del riesgo de contraer el VIH y el embarazo entre los adolescentes en el distrito de Rakai, Uganda, 1994-2013. Glob Soc Welf. 2015; 2: 87-103.
178. http://www.ungei.org/resources/files/Missed-opportunities-high-cost-of-not-educating-girls-World-Bank-July-2018.pdf
179. De Neve J, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Duración de la educación secundaria y riesgo de infección por VIH en Botswana: evidencia de un experimento natural. La lanceta. 2015; 3 (8): E470-E477.
180. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R et al. Acelerar el progreso - Salud y derechos sexuales y reproductivos para todos: informe de la Comisión Guttmacher-Lancet. La lanceta. 2018; 391 (10140): 2642-92.
181. Alsan MM, Cutler DM. Educación de las niñas y riesgo de VIH: evidencia de Uganda. J Health Econ. 2013; 32 (5): 863-72.
182. Agüero JM, Bharadwaj P. ¿Los más educados saben más sobre salud? Evidencia de la escolarización y el conocimiento del VIH en Zimbabwe. Desarrollo económico y cambio cultural. 2014; 62 (3): 489-517.
187. https://www.worldbank.org/en/topic/girlseducation
188. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262171/
189. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292576/
190. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292576/
192. Wojkowska, E., Doing Justice: Cómo pueden contribuir los sistemas de justicia informal, 2006.
194. 5 Farran, S., ¿Es el pluralismo un obstáculo para los derechos humanos? Consideraciones del Pacífico Sur, 2006.
196. Positive Women's Network, Ficha informativa: La criminalización como violencia contra las mujeres que viven con el VIH, 2016.
200. La Organización Mundial de la Salud recomienda que las pruebas y el asesoramiento iniciados por el proveedor se consideren un componente de rutina del paquete de atención para las mujeres embarazadas en entornos de alta prevalencia. OMS, Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH, 2013.
203. Patterson, S., et al., "El impacto de la criminalización de la no divulgación del VIH en la participación de las mujeres que viven con el VIH en Canadá: una revisión integral de la evidencia", Revista de la Sociedad Internacional del SIDA, 2015.
210. https://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf
214. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combatir el estigma del VIH en entornos de atención médica: ¿qué funciona? J Int AIDS Soc. 2009; 12: 15.
215. Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Abordar el estigma del VIH en entornos médicos protegidos. Cuidado del SIDA. 2015; 27 (12); 1439-42.
216. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf
219. Hirnschall G. Luchando por la cero discriminación en la atención de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
220. Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Estigma y discriminación contra las personas que viven con el VIH por parte de los proveedores de atención médica, suroeste de Etiopía. BMC Publ Health. 2012.
221. Faro tim i A, Nwozichi C, Ojediran T. Conocimiento, actitud y práctica de la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH / SIDA entre estudiantes de enfermería en el suroeste de Nigeria. Irán J Nurs Midwifery Res. 2015; 20: 705222. Gagnon M. Repensar el estigma relacionado con el VIH en entornos de atención médica: un estudio cualitativo. J Assoc Nurses AIDS Care. 2015; 26: 703-19.
223. ICRW y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (2010) Modelización del impacto del estigma en los programas de VIH y SIDA: proyecciones preliminares para la transmisión de madre a hijo. Londres: ICRW y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.
224. ICRW y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (2010) Modelización del impacto del estigma en los programas de VIH y SIDA: proyecciones preliminares para la transmisión de madre a hijo. Londres: ICRW y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.
225. Sibeko, L., Coutsoudis, A., Nzuza, S. y Gray-Donald, K. (2009) Experiencias de alimentación de hecho de madres: restricciones y apoyos para una alimentación óptima en una comunidad urbana afectada por el VIH en Sudáfrica. Nutrición de salud pública, 12 (11), págs. 1983-1990.
226. Recomendación 200: Recomendación sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2010.

227. Campaña mundial contra el sida: el VIH y el mundo del trabajo: por qué y cómo deberíamos abogar por la aplicación de la Recomendación de la OIT sobre el VIH y el lugar de trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2010.

229. Fakolade, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. El impacto de la exposición a las campañas de los medios de comunicación y el apoyo social en los niveles y tendencias del estigma y la discriminación relacionados con el VIH en Nigeria: herramientas para mejorar los programas eficaces de prevención del VIH. J Biosoc Sci. 2010; 42 (3): 395-407.

230. Sprague L, Simon S, Sprague C. Discriminación en el empleo y estigma del VIH: resultados de la encuesta de organizaciones de la sociedad civil y personas que viven con el VIH en África. African J AIDS Res. 2011; 10: 311-24.

231. Abordar el estigma y la discriminación del VIH / SIDA en un programa en el lugar de trabajo: resultados emergentes. Washington, DC: Horizontes; 2002.

232. Nota: Faltan datos procedentes del norte de África y se necesitan más investigaciones para colmar estas lagunas de datos.

233. Docentes que viven con el VIH. Ginebra: Equipo de tareas interinstitucional sobre educación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA; 2008.

234. Brown DC. Reducir el estigma del VIH y el SIDA entre los estudiantes universitarios de Sudáfrica. Ann Arbor, MI: Información y aprendizaje de ProQuest; 2009.

235. Winskell K, Miller KS, Allen KA, Obong'o CO. Orientación y apoyo a los adolescentes que viven con el VIH en el África subsahariana: el desarrollo de un plan de estudios para miembros de la familia y la comunidad. Child Youth Serv Rev.2016; 61: 253-60.

236. El VIH y los adolescentes: orientación para las pruebas del VIH y el asesoramiento y la atención a los adolescentes que viven con el VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública y consideraciones para los encargados de la formulación de políticas y los administradores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

238. Pretorius JB, Greeff M, Freeks FE, Kruger A. Una intervención de reducción del estigma del VIH para las personas que viven con el VIH y sus familias. Health SA Gesondheid. 2016; 21: 187-95.

239. https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview

240. https://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2019-march-2020/work-progress-africa%E2%80%99s-remaining-conflict-hotspots

241. https://reliefweb.int/report/world/2019-natural-disasters-claim-more-1200-lives-across-east-and-southern-africa

242. https://www.who.int/3by5/publications/documents/en/iasc_guidelines.pdf

243. https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/emergencies-conflicts-and-hiv-response

244. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/august/20190815_peacekeeping-humanitarian-operations

245. https://blogs.lse.ac.uk/africaatlse/2020/04/23/gender-based-violence-in-zimbabwe-a-pandemic-covid19-virus/

253. Los programas emblemáticos de la Agenda 2063 incluyen: "Aumentar el acceso a la educación terciaria y continua en África llegando a un gran número de estudiantes y profesionales en múltiples sitios simultáneamente y desarrollando recursos relevantes y de alta calidad de Open, Distance and eLearning (ODeL) para ofrecer al futuro estudiante un acceso garantizado a la Universidad desde cualquier parte del mundo y en cualquier momento (24 horas al día, 7 días a la semana").

256. Véase el artículo VI II del Protocolo de Maputo.

264. Ver el Artículo 16.2 del AYC llama a (b) "la participación de los jóvenes en la identificación de sus necesidades reproductivas y de salud y en el diseño de programas que respondan a estas necesidades con especial atención a los jóvenes vulnerables y desfavorecidos"; e) disponibilidad de "medidas de protección y servicios de salud reproductiva"; 26.

265. Véase el artículo 23.1, que obliga a los Estados a (a) "introducir medidas legislativas que eliminen todas las formas de discriminación contra las niñas y mujeres jóvenes y garanticen sus derechos humanos y libertades fundamentales" ... d) "garantizar el acceso universal e igualitario y la culminación de un mínimo de nueve años de educación formal"; e) "garantizar la igualdad de acceso y finalización de la educación profesional, secundaria y superior a fin de abordar eficazmente el desequilibrio existente entre los jóvenes y las mujeres en determinadas profesiones"; j) "ofrecer igualdad de acceso a las mujeres jóvenes al empleo y promover su participación en todos los sectores del empleo".

266. https://au.int/en/pressreleases/20200206/campaign-accelerated-reduction-maternal-mortality-africa-carmma-2009-2019

267. https://www.carmma.org) 275. Kimani, M., Women in North Africa aseguran más derechos. Africa Renewal, 2008. 22 (2): pág. 8-10.

281. Subedar, H., Barnett, S., Chaka, T., Dladla, S., Hagerman, E., Jenkins, S.,. • y Schultz, L. (2018). Hacer que la colaboración multisectorial funcione: abordar el VIH empoderando a las adolescentes y mujeres jóvenes: una campaña multisectorial dirigida por el gobierno en Sudáfrica. El BMJ, 363.

286. https://www.carmma.org)

291. SOAWR identificó siete prioridades: el acceso de las mujeres a la toma de decisiones; acceso, control y propiedad de la tierra y la propiedad; SRH & RR; mujeres y VIH; salud maternal; GVAW; prácticas nocivas; y mujeres y sector privado.

294. https://www.iwtc.org/ideas/5_girls.pdf

295. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf

296. https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/multi-stakeholder-hearing-statements/

297. https://www.iwtc.org/ideas/5_girls.pdf

298. Planificación, N. E. P. A. D. (2018). Agencia Coordinadora (2015) Informe consolidado de las comunidades económicas regionales (CER) de África: Fortalecimiento de la capacidad institucional para una prestación eficaz. Midrand, enero.

299. La iniciativa está codirigida por ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, UNICEF y ONU Mujeres.

Igualdad de Género, Empoderamiento de las Mujeres (Gewe) y VIH en África: El impacto de temas transversales y prioridades continentales clave

DETALLES DE CONTACTO

+251 (0) 11 551 77 00
+251 (0) 11 551 78 44

www.au.int

Sede de la Unión Africana,
PO Box 3243,
Roosevelt Street (antigua zona del aeropuerto),
W21K19,
Addis Abeba,
Etiopía