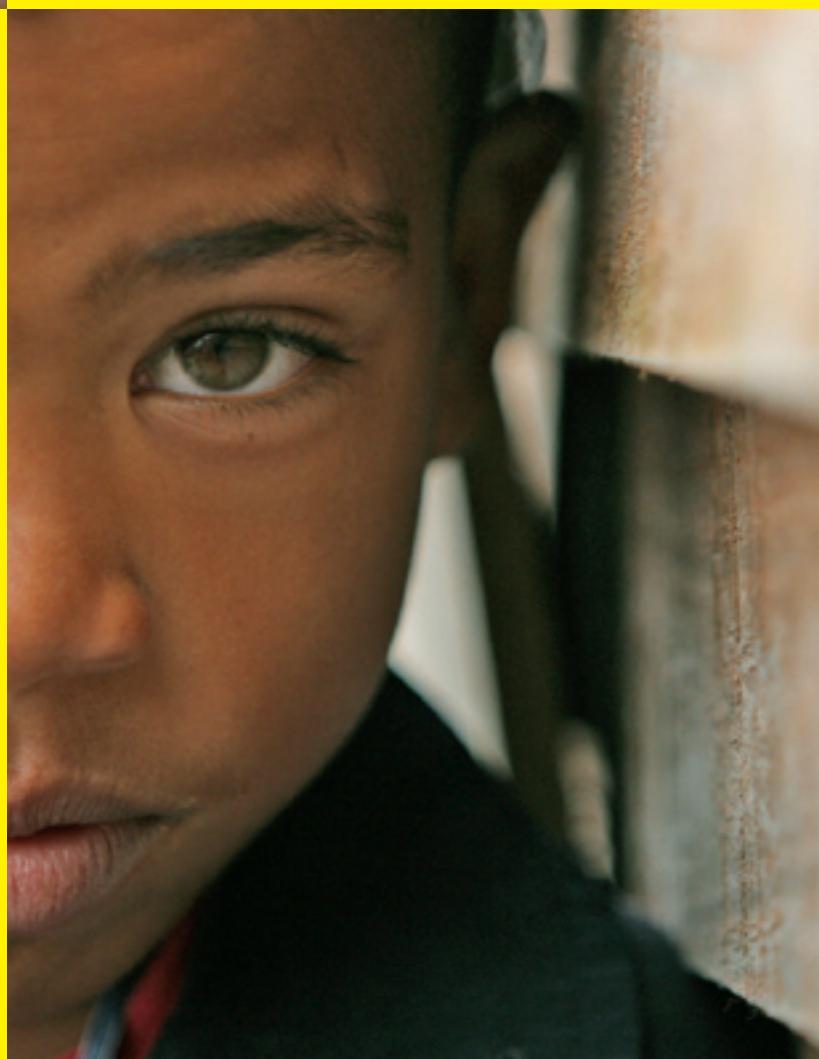


ÚNETE POR LA NIÑEZ...  
ÚNETE CON LA JUVENTUD...  
ÚNETE PARA VENCER AL SIDA



# La infancia y el SIDA

Segundo inventario  
de la situación



# La infancia y el SIDA

## Segundo inventario de la situación

### *Medidas y progresos*

Las citas que se utilizan en este informe representan los puntos de vista de los individuos citados y no necesariamente los puntos de vista de UNICEF, ONUSIDA o la OMS.

ONUSIDA, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, une los esfuerzos y los recursos en la lucha mundial contra el SIDA de 10 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Los copatrocinadores son el ACNUR, UNICEF, el PMA, el PNUD, UNFPA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la OIT, la UNESCO, la OMS y el Banco Mundial. Con sede en Ginebra, la Secretaría de ONUSIDA trabaja sobre el terreno más de 75 países.



**ONUSIDA**  
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR  
UNICEF  
PMA  
PNUD  
UNFPA

ONUDD  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL



**Organización  
Mundial de la Salud**

# ÍNDICE

<b>Página 2</b>	Introducción
<b>Página 5</b>	Capítulo 1 Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo
<b>Página 11</b>	Capítulo 2 Proporcionar atención y tratamiento pediátrico para el VIH
<b>Página 17</b>	Capítulo 3 Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes
<b>Página 23</b>	Capítulo 4 Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el SIDA
<b>Página 27</b>	Capítulo 5 Seguimiento de los progresos y la disponibilidad de datos
<b>Página 30</b>	Capítulo 6 Movilización de recursos
<b>Página 34</b>	Capítulo 7 Conclusiones
<b>Página 36</b>	Referencias
<b>Página 38</b>	Anexo Nota sobre los datos
<b>Página 39</b>	Objetivo 1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo en países de bajos y medianos ingresos
<b>Página 42</b>	Objetivo 2. Proporcionar tratamiento pediátrico en países de bajos y medianos ingresos
<b>Página 44</b>	Objetivo 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes
<b>Página 47</b>	Objetivo 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA

# INTRODUCCIÓN

Para millones de niños y niñas, el VIH y el SIDA han alterado completamente la experiencia que significa crecer y hacerse mayores. En 2007, se calculó que 2,1 millones de niños y niñas menores de 15 años vivían con VIH. Hasta 2005, más de 15 millones de niños y niñas menores de 18 años habían perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA. Muchos millones más han tenido que hacer frente a una pobreza creciente, al abandono escolar y a la discriminación como resultado de la epidemia.

En 2005, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), como parte de su labor en calidad de organismo copatrocinador del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), dirigió un Llamamiento a la acción a todos aquellos que trabajan para proteger a la niñez contra las consecuencias de la epidemia. Exhortó a la comunidad internacional a que participara en la campaña *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*, cuyo objetivo es garantizar que la próxima generación de niños y niñas no padezca esta enfermedad. La iniciativa está basada en el compromiso de las partes interesadas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cumplir las promesas realizadas por los dirigentes del mundo en el Período Extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrado en 2001.

El Llamamiento a la acción estableció metas para 2010 en cuatro esferas programáticas, conocidas como las "Cuatro P", que están basadas en los artículos relacionados con la infancia en la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, aprobada en el período de sesiones de 2001 (véase el recuadro, más abajo). Estas esferas son una prioridad en las actividades de todos aquellos que trabajan para garantizar que el bienestar de la infancia siga siendo el elemento central de la respuesta mundial contra el SIDA.

## Las "Cuatro P": Metas de Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA

- **Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo**  
Para 2010, ofrecer servicios apropiados al 80% de las mujeres necesitadas.
- **Proporcionar tratamiento pediátrico**  
Para 2010, ofrecer tratamiento antirretroviral o cotrimoxazol, o ambos, al 80% de los niños necesitados.
- **Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes**  
Para 2010, reducir en un 25% el porcentaje de jóvenes que viven con VIH en todo el mundo.
- **Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA**  
Para 2010, llegar al 80% de los niños y niñas más necesitados.

Este segundo inventario de la situación desde el Llamamiento a la acción describe avances importantes en las esferas de las “Cuatro P”, como por ejemplo:

- Mejoras en la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH y en el tratamiento pediátrico:
  - En 2006, 351.034 mujeres embarazadas con VIH que viven en países de bajos y medianos ingresos recibieron profilaxis antirretroviral para reducir el riesgo de la transmisión de madre a hijo del VIH, un aumento de un 60% con respecto a las 220.085 de 2005.
  - En 2006, 127.300 niños y niñas con VIH se beneficiaron de programas de tratamiento del SIDA, un aumento de un 70% de los 75.000 en 2005.
- Una serie de pruebas recientes indican que la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años que asisten a clínicas prenatales se ha reducido desde 2000–2001 en 11 de los 15 países con suficientes datos. Entre ellos se encuentran ocho países de África oriental y meridional, la región donde se registran los mayores niveles de prevalencia del VIH entre adultos y jóvenes.
- Actividades generalizadas encaminadas a ampliar la protección, la atención y el apoyo a los niños afectados por el SIDA en muchos países; una reducción en la diferencia entre las tasas de matriculación en la escuela de los niños que han perdido a ambos progenitores y las de otros niños; y un mayor número de niños vulnerables que tienen acceso a la educación y a la protección social.
- En todas las esferas, una mayor capacidad para medir los progresos en aspectos de la epidemia que afectan a la infancia.

Sin embargo, debido a que todavía no es posible beneficiar a millones de niños y mujeres, estos resultados no son de ningún modo satisfactorios. Las cifras sobre transmisión de madre a hijo y sobre tratamiento pediátrico siguen siendo muy bajas. Los programas para influir en la reducción de los riesgos y en el cambio de comportamiento entre adolescentes y jóvenes en mayor situación de riesgo en los países afectados son insuficientes. Los servicios que proporcionan los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones religiosas han informado que se han producido avances importantes en la cobertura, pero solamente abarcan un porcentaje muy reducido de niños y familias



© UNICEF/H006:1370/Giacomo Pirozzi

necesitados, y la mayoría de las intervenciones dirigidas a los niños y niñas afectados por el SIDA se realizan a una pequeña escala. Es esencial ampliar rápida y sosteniblemente la escala de aquellos programas que han demostrado su eficacia, a fin de que todos los niños vulnerables reciban protección, atención y apoyo.

Además de examinar los avances alcanzados en el último año en las esferas de las “Cuatro P”, este informe se concentrará en tres temas principales.

En primer lugar, **fortalecer a las comunidades y a las familias** es fundamental en todos los aspectos de un enfoque del SIDA centrado en la infancia. El apoyo que presten los gobiernos, las ONG y otros agentes debe complementar y respaldar por tanto las actividades de la familia y la comunidad, asegurando por ejemplo el acceso a los servicios básicos.

En segundo lugar, las intervenciones para prestar apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA son más eficaces cuando forman parte de **sistemas sólidos de salud, educación y bienestar social**. Desgraciadamente, debido a que en numerosos países los programas de salud de las madres y los niños son poco eficaces, millones de niños y niñas con y sin VIH no reciben vacunas, no duermen bajo mosquiteros y no tienen acceso a intervenciones que contribuyen a la meta general de una supervivencia infantil libre del VIH.

Un tema final de este informe es el **problema que plantea la evaluación**. Documentar los avances y los retrocesos refuerza el compromiso y marca las pautas del progreso. Una serie de países disponen de datos sobre las “Cuatro P”; además, se están llevando a cabo estudios para evaluar la situación de los jóvenes que se encuentran en mayor situación de riesgo, que con mucha frecuencia no aparecen en las encuestas habituales.

# MENSAJES ESENCIALES DEL CAPÍTULO 1

1. Los programas dinámicos en pro de salud de las madres, los recién nacidos y los niños son la base de los servicios de calidad para evitar la transmisión de la madre al hijo.
2. La cobertura para prevenir la transmisión de la madre al hijo está aumentando rápidamente a medida que los países adoptan políticas más favorables a su promoción y se intensifican los compromisos de los gobiernos y la comunidad internacional, incluida la financiación de los donantes.
3. La adopción de pruebas rápidas de detección del VIH y de servicios de orientación impulsados por los prestadores de atención en entornos prenatales y obstétricos está aumentando el número de mujeres que conocen su situación con respecto al VIH y pueden beneficiarse de la prevención de la transmisión de la madre al hijo y de otros servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.
4. Se sabe que la incidencia de la violencia doméstica es un importante problema para los programas voluntarios de detección y es preciso realizar un seguimiento en el caso de las pruebas de detección sistemáticas y pruebas con "opción de rechazo".
5. Las últimas investigaciones sobre alimentación infantil respaldan que las mujeres con VIH amamenten exclusivamente a sus hijos durante sus primeros seis meses de vida cuando la alimentación sustitutoria no sea asequible, viable, segura ni sostenible.



# CAPÍTULO 1

## PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE LA MADRE AL HIJO

Alrededor del 50% de los recién nacidos que contraen el VIH de sus madres mueren antes de su segundo cumpleaños<sup>1</sup>. Pero se ha demostrado que la profilaxis antirretroviral administrada a una mujer durante el embarazo y el parto, y al recién nacido poco después del nacimiento, reduce enormemente la posibilidad de que la madre transmita la infección por VIH a su bebé.

Muchos países de medianos y bajos ingresos se encuentran en el proceso de ampliar la escala de sus programas nacionales destinados a prevenir la transmisión de la madre al hijo, de conformidad con la meta establecida en el Período Extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001, que consistía en dotar de servicios de prevención de la transmisión de la madre al hijo para 2010 como mínimo al 80% de las mujeres embarazadas que los necesitaran.

### PROGRESOS Y LOGROS

La mayoría de los países están logrando progresos considerables en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, especialmente en África subsahariana. En los países de medianos y bajos ingresos, la proporción de mujeres embarazadas con VIH que reciben profilaxis antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión aumentó de un 10% en 2004 a un 23% en 2006 (véase el gráfico 1, página 6). Es preciso apuntar al progreso constante que se ha logrado en África oriental y meridional, donde vive la mayoría de los niños recientemente infectados. En esta región, la proporción de mujeres embarazadas con VIH que reciben profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión de la madre al hijo aumentó de un 11% en 2004 a un 31% en 2006.

Para finales de 2006, 21 países de medianos y bajos ingresos se encontraban en buen camino para alcanzar la meta de cobertura del 80% en 2010, un aumento con respecto a solamente 11 países en 2005 (véase la Tabla 1, página 8). Se define que un país está "en camino" si por lo menos un 40% de todas las mujeres embarazadas con VIH recibieron en 2005 profilaxis antirretroviral

#### Prevención de la transmisión, tratamiento pediátrico y nuevas estimaciones

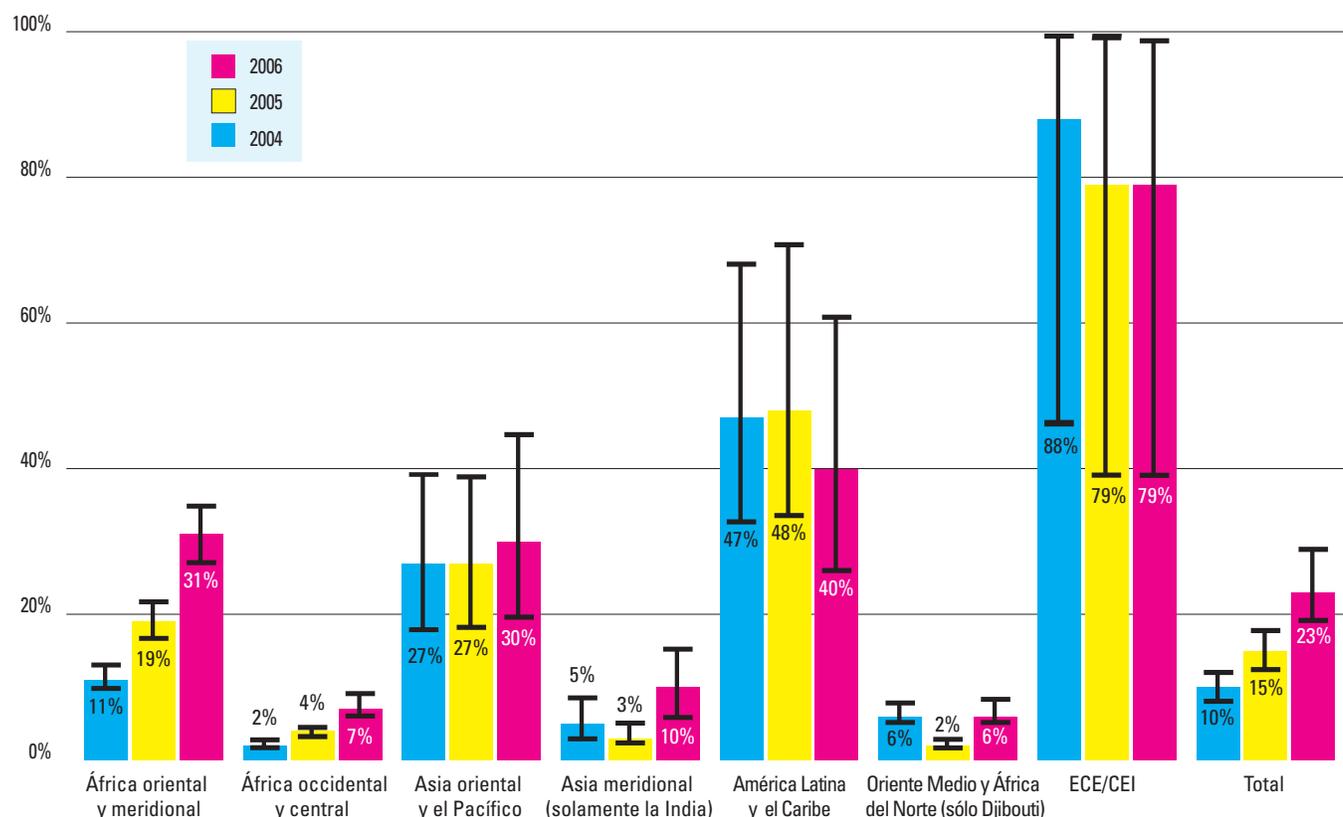
La disponibilidad de datos más fiables en una serie de países llevó a que ONUSIDA refinara en 2007 la metodología que se utiliza para calcular el número de personas que viven con VIH, las nuevas infecciones y las muertes por SIDA. ONUSIDA y la OMS publicaron en noviembre de 2007 nuevos cálculos globales y, sobre la base de estas cifras, ONUSIDA ha generado nuevos cálculos retrospectivos para los últimos años.

De igual modo, los cálculos mundiales sobre el número de mujeres que necesitan servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo se han refinado, y las tasas de cobertura registradas para 2004 y 2005 se han vuelto a calcular utilizando las nuevas estimaciones.

La cobertura con antirretrovirales para prevenir la transmisión de la madre al hijo se calcula dividiendo el número de mujeres embarazadas con VIH que recibieron profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión de la madre al hijo por el número estimado de mujeres embarazadas con VIH. La diferencia entre la cobertura de un 7% en 2004 presentada en *La infancia y sociedad: un inventario de la situación* (UNICEF, enero de 2007) y el 10% en 2004 que se presenta en el informe actual se debe al cambio en el denominador de esta fracción (por ejemplo, el número estimado de mujeres embarazadas con VIH) según los cálculos actuales de ONUSIDA.

Las estimaciones sobre las necesidades de atención y tratamiento en materia de VIH de los niños menores de 15 años no estaban disponibles en el momento de la publicación de este informe. Como resultado, en esta publicación se presentan solamente las cifras reales de los niños que, según los informes, reciben intervenciones específicamente relacionadas con el VIH. (Para obtener más detalles, véase el Anexo, página 38.)

**GRÁFICO 1: Porcentaje de mujeres embarazadas con VIH que recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión de la madre al hijo (2004–2006)**



**Nota:** Los descensos en los valores de cobertura de algunas regiones podrían deberse a un aumento en el número de países que presentan datos y el aumento consiguiente en el denominador (estimaciones de mujeres embarazadas con VIH).

**Fuente:** ONUSIDA, UNICEF y la OMS, 'Towards Universal Access: Scaling up HIV Treatment, Care and Prevention interventions in the health sector' (de próxima aparición); y estimaciones inéditas de ONUSIDA y la OMS, 2007.

para prevenir la transmisión de la madre al hijo y si un 48% la recibieron en 2006.

Los progresos descritos anteriormente se basan en un análisis de los datos nacionales sobre la cobertura para prevenir la transmisión de la madre al hijo que los países de bajos y medianos ingresos han presentado anualmente durante los últimos tres años, y en las estimaciones que ONUSIDA ha vuelto a calcular sobre el número de mujeres embarazadas que vivían con VIH de 2004 a 2006. En 2006, 108 países tenían suficientes datos para someterlos a un análisis de la cobertura de prevención de la transmisión de la madre al hijo, casi dos veces más que en 2004 (véase el gráfico 13, página 27). En estos países vive el 99% de los 1,5 millones de mujeres infectadas con VIH en países de bajos y medianos ingresos que dieron a luz en 2006<sup>2</sup>. (Véase la metodología en el Anexo.)

## ELEMENTOS ESENCIALES PARA EL PROGRESO

Los progresos observados en la aplicación de la prevención de la transmisión de la madre al hijo hasta la fecha se deben en gran medida al apoyo ofrecido por un número en aumento de asociados, entre ellos el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA (PEPFAR), así como al creciente compromiso político de los gobiernos nacionales y el sector privado. La rápida aceleración que se ha producido en Rwanda, por ejemplo, se debió a la creación de la "Conferencia nacional pediátrica sobre el tratamiento, la atención y el apoyo a los niños infectados y afectados por VIH y SIDA", de carácter anual, cuyo objetivo es registrar los progresos y compartir los avances científicos.

A pesar del pronunciado aumento en el acceso a los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo durante el último año, el mundo está todavía lejos de la meta de cobertura del 80%. La deficiente provisión de servicios a escala geográfica, agravada por la debilidad de los sistemas de salud y factores como el temor, el estigma y la negación del problema, que disuaden a muchas mujeres de someterse a la prueba de detección del VIH,

son obstáculos importantes que impiden una mayor cobertura. La movilización de la comunidad y el apoyo de las familias, especialmente de los hombres, a las mujeres con VIH siguen siendo prioridades urgentes, así como una mayor integración de los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo con sistemas más avanzados de atención de la salud de las madres, de los recién nacidos y de los niños.

El Equipo de Tareas Interinstitucional sobre la Prevención de la Infección con VIH de las Mujeres Embarazadas, las Madres y sus Hijos –un grupo de carácter mundial que coordinan UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS)– ha llevado a cabo misiones técnicas conjuntas entre 2005 y 2007 en 13 países de África subsahariana y en la India. Estas misiones examinan la situación en que se encuentra la ejecución del programa, determinan cuáles son las dificultades y hacen recomendaciones sobre programación estratégica a fin de acelerar la ampliación de su escala (*véase el recuadro, más abajo*).

Con el fin de adaptarlas a las pruebas científicas actuales, la OMS revisó recientemente sus directrices sobre medicamentos antirretrovirales para tratar a las mujeres embarazadas con VIH, y recomienda su utilización por las mujeres que los necesiten y una combinación de regímenes profilácticos para las mujeres que todavía no los necesiten. Muchos países, entre ellos Botswana, Rwanda, Tailandia y Zambia, ofrecen regímenes antirretrovirales a las mujeres de una manera más eficaz, no solamente para evitar la transmisión del virus a sus hijos sino también para preservar su propia salud, mejorando por tanto el bienestar y la supervivencia de millones de niños al proteger las vidas de sus madres infectadas.

## ES PRECISO AVANZAR

### La función de los servicios de atención de la salud a las madres, al recién nacido y al niño

El VIH tiene repercusiones directas e indirectas para la supervivencia de las madres y de los niños. Para mejorar en la mayor medida de lo posible los resultados y los efectos de los servicios destinados a prevenir la transmisión de la madre al hijo, resulta esencial integrarlos con programas de salud de la madre, del recién nacido y del niño.

Botswana, un país con un sólido sistema de atención de la salud, ha integrado con eficacia los servicios de prevención de la transmisión de la madre al hijo y los servicios de salud de

la madre, del recién nacido y del niño; debido a ello, su cobertura con profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión de la madre al hijo es actualmente la más elevada de África. El 2006, Botswana informó que solamente un 7% de los recién nacidos de madres con VIH contrajeron la infección por VIH, en comparación con un 35% a un 40% antes de que comenzara el programa para prevenir la transmisión de la madre al hijo<sup>3</sup>. Los programas nacionales de Tailandia han registrado resultados muy parecidos<sup>4</sup>.

Nuevas pruebas sugieren que en el caso de algunos programas, incorporar servicios de prevención de la transmisión de la madre al hijo ha ayudado a mejorar el acceso y la calidad de otros servicios de salud de la madre, del recién nacido y del niño, y ha impulsado la modernización de la infraestructura y un mejoramiento de las capacidades de los trabajadores de salud, especialmente en los lugares donde estos servicios eran deficientes. Los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo pueden también mejorar la atención general de la salud para las mujeres embarazadas. Los programas de investigación y servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo que se implantaron en Zambia, por ejemplo, generaron mejoras en las pruebas con reagentes rápidos de plasma (anticuerpos) para detectar la sífilis<sup>5</sup>.

### Recomendaciones del Equipo de Tareas Interinstitucional para ampliar la escala de los programas de prevención de la transmisión de la madre al hijo

- Continuar las actividades de promoción basadas en pruebas científicas entre los encargados de adoptar decisiones de política de alto nivel, a fin de impulsar el compromiso político y movilizar recursos.
- Adoptar pruebas y servicios de orientación iniciadas por los prestadores.
- Establecer sistemas de diagnóstico temprano entre los recién nacidos y para remisión de casos, y vincularlos con servicios apropiados de atención y apoyo a los recién nacidos.
- Fortalecer los sistemas para supervisar la progresión de la enfermedad entre las mujeres embarazadas con VIH a fin de asegurar que dispongan de acceso a terapia antirretroviral cuando sea necesario.
- Involucrar a las comunidades para crear una demanda de servicios.
- Mejorar los sistemas de seguimiento y evaluación para facilitar un mejor registro de los progresos en intervenciones esenciales relacionadas con el VIH y destinadas a las mujeres y los niños, así como para aumentar la rendición de cuentas.

En África subsahariana, menos de la mitad de los partos cuentan con la presencia de un agente capacitado en obstetricia, es decir, un médico, un enfermero o una partera. Esta situación complica enormemente la aplicación de los servicios de prevención de la transmisión de la madre al hijo y la incorporación de regímenes más eficaces para evitar esta transmisión. En Jamaica, los enfermeros han recibido capacitación para concienciar a la comunidad sobre la prevención de la transmisión de la madre al hijo y para alentar a la gente a utilizar estos servicios de prevención.

**TABLA 1: Países que en 2005 y 2006 estaban bien encaminados hacia la meta del 80% de cobertura antirretroviral para prevenir la transmisión de la madre al hijo hacia 2010**

Países con un 40% de cobertura antirretroviral en 2005	Países con un 48% de cobertura antirretroviral en 2006
Argentina*	Argentina*
Botswana	Barbados*
Brasil*	Belarús*
Ecuador*	Benin
Federación de Rusia*	Bhután*
Georgia*	Botswana
Jamaica*	Brasil*
Moldova*	Burkina Faso
Namibia	Cuba*
Tailandia*	Federación de Rusia*
Ucrania*	Fiji*
	Georgia*
	Jamaica*
	Kenya
	Moldova*
	Namibia
	Rwanda
	Sudáfrica
	Swazilandia
	Tailandia*
	Ucrania*
<b>Número de países bien encaminados en 2005: 11</b>	<b>Número de países bien encaminados en 2006: 21</b>

**Nota:** Un asterisco (\*) indica países con baja prevalencia o con epidemias del VIH concentradas. En el caso de estos países hay una gran incertidumbre en torno a las estimaciones del número de mujeres embarazadas con VIH y las estimaciones en la cobertura suelen ser poco fiables.

**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2004–2006.

Los gobiernos, los donantes y los organismos deben establecer un programa común para ampliar los servicios de prevención de la transmisión de la madre al hijo en el contexto de unos servicios mejorados para la madre, el recién nacido y el niño. En la actualidad, la mayoría de las políticas y las directrices abordan la prevención de la transmisión de la madre al hijo y la salud de la madre, del recién nacido y del niño separadamente, y algunas veces las políticas para la prevención de la transmisión contradicen las políticas sobre salud de la madre, del recién nacido y del niño. La tendencia seguida por los donantes ha sido apoyar la una o la otra, pero no ambas<sup>6</sup>. Incluso a pesar de que la financiación para prevenir la transmisión de la madre al hijo ha aumentado extraordinariamente, los fondos para los programas de salud de la madre, del recién nacido y del niño y para los servicios de planificación de la familia se han reducido en algunos países, dificultando la ampliación de los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo.



© UNICEF/HQ04-1020/Giacomo Prozzi

### Apoyo de la comunidad

Muchas mujeres embarazadas con VIH no acuden a los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo por temor a que las discriminen y por la falta de implicación de sus compañeros masculinos con este tipo de servicios. Una serie de estudios que se llevaron a cabo en Nigeria, Uganda y la República Unida de Tanzania confirmaron los temores de las mujeres a la estigmatización y el rechazo de sus familias como razones para negarse a someterse a las pruebas de detección<sup>7</sup>. Es preciso establecer servicios de divulgación concebidos específicamente para llegar a este tipo de mujeres, y realizar actividades para reducir las actitudes discriminatorias entre la población general y mejorar las relaciones entre los géneros.

La revelación del estado serológico a los compañeros está firmemente relacionada con la voluntad de someterse a una prueba y la aceptación de otras intervenciones para prevenir la transmisión de la madre al hijo. En Camboya, las posibilidades de que las mujeres que asistían a una “clase para madres” (donde se les ofrecía orientación y pruebas de detección para prevenir la transmisión de la madre al hijo) aceptaran las pruebas eran cuatro veces mayores si sus compañeros asistían también a clase<sup>8</sup>.

Una ONG, Women Fighting AIDS in Kenya, ha creado el proyecto “Campeones masculinos y más para prevenir la transmisión de la madre al hijo”, por medio del cual ha reclutado a 12 personas que viven con VIH y que tenían especiales cualidades para la orientación y la movilización de la comunidad, con el fin de que trabajen en clínicas prenatales y poblados seleccionados de los distritos de Mombasa y Kisumu. Los “Campeones” han celebrado grupos de debate, sesiones de orientación para individuos y parejas, y mítines y reuniones para concienciar a las comunidades sobre la prevención de la transmisión de la madre al hijo, con resultados notables. La asistencia a las clínicas prenatales ha aumentado enormemente, y un 98% de las personas que asistieron al programa aceptaron someterse a una prueba para detectar su situación serológica<sup>9</sup>.

La promoción de las pruebas de detección y la revelación deben equilibrarse con la necesidad de proteger la seguridad de la mujer y su derecho a negarse a recibir tratamiento. Una serie de estudios han indicado que un número pequeño pero considerable

de mujeres con VIH que revelan su situación a sus compañeros son víctimas de violencia doméstica como resultado de la revelación, y un número bastante más elevado tienen miedo a revelar su situación<sup>10</sup>. A medida que se amplían los servicios que ofrecen pruebas de detección –comprendidas las pruebas sistemáticas y las pruebas sobre una base de “opción de rechazo”, según la cual se somete a las pruebas a todas las mujeres a menos que declaren que no quieren participar– es preciso incorporar también una remisión de los casos a los servicios jurídicos o a las autoridades de los poblados que puedan tratar estos casos.

### Alimentación de recién nacidos y niños de corta edad

En los países industrializados, las mujeres con VIH reciben el consejo de no alimentar con leche materna a sus recién nacidos como precaución contra la transmisión postnatal del virus. Pero en la mayoría de los países de medianos y bajos ingresos no alimentar con leche materna conlleva otros riesgos de salud importantes para los recién nacidos y los niños de corta edad, como un aumento en el riesgo de padecer diarrea y en la morbilidad y mortalidad debidas a la neumonía. En estos países no suele haber alternativas a la leche materna disponibles, asequibles y culturalmente aceptables para las poblaciones en que la lactancia materna es la norma.

En la actualidad se están examinando aún los efectos de la terapia antirretroviral sobre el riesgo de transmisión del VIH durante la lactancia materna, pero los resultados provisionales son alentadores. Además, un estudio realizado en Botswana en el que se ofreció profilaxis antirretroviral reveló que el riesgo de contraer el VIH y morir a los 18 meses de edad era similar entre los niños que recibieron leche materna y los niños que recibieron sucedáneos de la leche materna antes de su nacimiento<sup>11</sup>.

Después de una consulta técnica celebrada en Ginebra en octubre de 2006, todos los departamentos y organismos pertinentes de las Naciones Unidas aprobaron recientemente una declaración de consenso sobre el VIH y la alimentación infantil<sup>12</sup>. Esta declaración reconoce que la opción en la alimentación de lactantes más apropiada para una madre con VIH depende de sus circunstancias individuales, que incluyen su salud y la situación a escala local. Recomienda la lactancia materna exclusiva para mujeres con VIH durante los primeros seis meses a menos que se pueda administrar una alimentación

sustitutoria que sea aceptable, viable, asequible, sostenible y segura para ellas y sus recién nacidos, antes de ese plazo de seis meses. Cuando sea posible administrar una alimentación sustitutoria que cumpla con estos requisitos, la declaración recomienda evitar la lactancia materna en las madres con VIH (véase el recuadro).

### Nutrición de lactantes y VIH

El riesgo de transmisión del VIH por medio de la lactancia materna presenta un trágico dilema para las mujeres con VIH. Aunque la alimentación exclusiva con sucedáneos de la leche materna elimina el riesgo de la transmisión del VIH, conlleva otros riesgos que incluyen enfermedades diarreicas, enfermedades de las vías respiratorias, desnutrición y mortalidad allí donde el acceso al agua potable no está garantizado. La alimentación con sucedáneos es más cara que la alimentación con leche materna, pero incluso las mujeres que pueden adquirir leche maternizada podrían temer que si lo hacen, otras personas sospechen que tienen VIH y que por tanto podrían discriminarlas<sup>13</sup>.

Según un estudio llevado a cabo por investigadores de Sudáfrica, la alimentación con leche materna, cuando se realiza exclusivamente, se asocia aproximadamente a un 4% de riesgo de adquirir la infección a los seis meses, en recién nacidos que eran seronegativos a las seis semanas de edad. Los investigadores descubrieron también que la mortalidad durante los primeros tres meses de vida se duplicó entre los niños que estaban recibiendo una alimentación sustitutoria, en comparación con aquellos que recibían exclusivamente leche materna<sup>14</sup>.

Cualquiera que sea la decisión de la mujer, es preciso prestarle apoyo para que la tome de manera segura. Una alimentación combinada durante los primeros meses de vida, que todavía es la norma en muchos países, es extremadamente peligrosa porque aumenta el riesgo de que el niño contraiga el VIH además de otras infecciones amenazantes que causan enfermedades diarreicas y neumonía. Es preciso mantener los programas de orientación y educación pública que promueven la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de la vida del recién nacido y disuaden sobre el uso de la alimentación combinada.

### Problemas programáticos que persisten

La ampliación de la escala de los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo conlleva importantes problemas programáticos incluso en países con un compromiso demostrable y un acceso adecuado a servicios de maternidad y atención infantil. Estos problemas esenciales se refieren a la limitación de recursos humanos y de infraestructura para la ampliación de la escala; la existencia de servicios deficientes de atención de salud de la madre y del niño, lo que incluye una mala coordinación entre los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo y los de salud de la madre, del recién nacido y del niño; un seguimiento deficiente de las mujeres y los niños; y una falta de vínculos con los sistemas de atención, apoyo y tratamiento para personas con VIH.

## MENSAJES ESENCIALES DEL CAPÍTULO 2

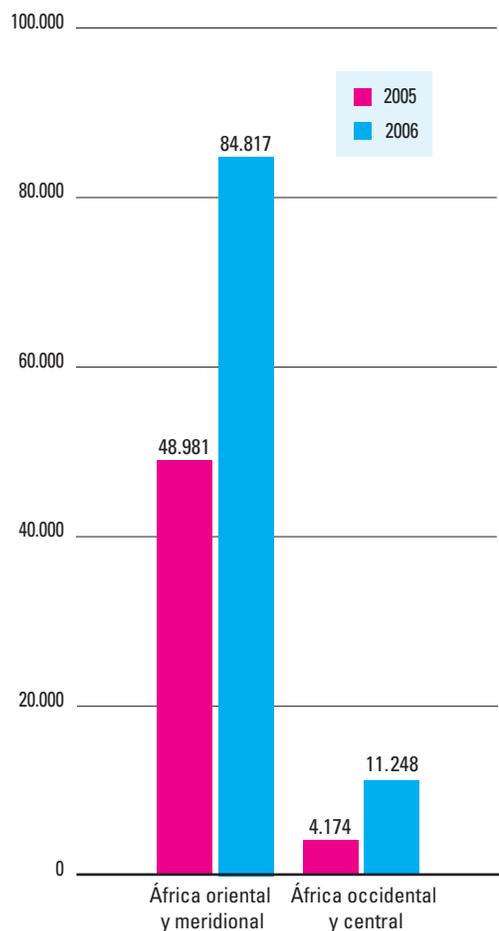
1. El acceso al tratamiento pediátrico del VIH ha mejorado como resultado de una considerable reducción de los precios de los medicamentos antirretrovirales, una mayor promoción con una mejor continuidad, y un incremento en la participación de asociados en el tratamiento pediátrico del VIH. Esta tendencia positiva tiene grandes posibilidades de mantenerse después de que la Administración de Alimentos y Medicinas de los Estados Unidos y la OMS aprobaran recientemente una combinación pediátrica antirretroviral genérica de dosis fija.
2. La integración de la atención y el tratamiento pediátricos del VIH en los lugares de tratamiento antirretroviral para adultos que utilizan enfoques centrados en la familia ha contribuido a incrementar el acceso de los niños a los servicios de VIH y, por ello, es necesario seguir prestando apoyo a esta integración.
3. La integración de la atención y el tratamiento pediátricos del VIH en los lugares de tratamiento antirretroviral para adultos que utilizan enfoques centrados en la familia ha contribuido a incrementar el acceso de los niños a los servicios de VIH y, por ello, es necesario seguir prestando apoyo a esta integración.
4. Todavía es preciso ampliar la escala de las pruebas de detección del VIH para los niños y proporcionar orientación operativa sobre el consentimiento y la revelación, así como apoyo psicosocial.
5. Los sistemas de medición del rendimiento y mejora de la calidad son instrumentos que se pueden utilizar para aumentar la cantidad de intervenciones esenciales y garantizar la prestación de un conjunto amplio de servicios de atención que aborden toda la gama de prioridades para la supervivencia de la infancia.



## CAPÍTULO 2

# PROPORCIONAR ATENCIÓN Y TRATAMIENTO PEDIÁTRICO PARA EL VIH

**GRÁFICO 2: Número de niños menores de 15 años con VIH que reciben tratamiento antirretroviral, África subsahariana (2005–2006)**



Fuente: Base mundial de datos de UNICEF, 2005–2006.

En todo el mundo, del total de 33,2 millones de personas que vivían con VIH en 2007, 2,1 millones eran niños menores de 15 años<sup>15</sup>. África subsahariana sigue siendo la región más afectada y en ella vive el 90% de todos los niños con VIH. La mayoría de estos niños contraen el virus en el útero materno o durante el parto o el amamantamiento, a pesar de las actividades para aumentar con urgencia la escala de las intervenciones destinadas a evitar la transmisión del VIH de madre a hijo. En 2007, alrededor de 420.000 niños contrajeron el virus y 290.000 murieron<sup>16</sup>.

## PROGRESOS Y LOGROS

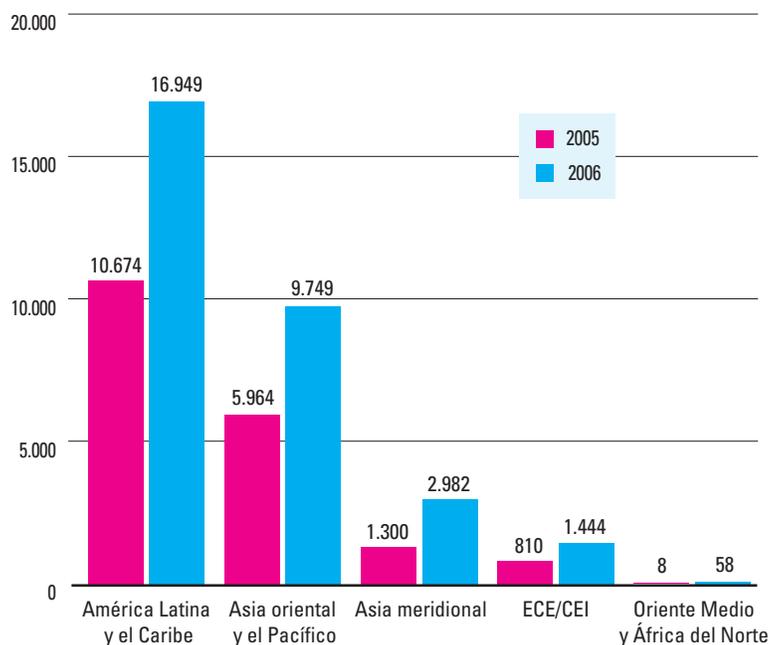
Mediante una administración oportuna de tratamiento pediátrico antirretroviral y cotrimoxazol, un antibiótico de bajo costo que ha demostrado su eficacia en la supervivencia de los niños infectados con VIH, es posible salvar a la mayoría de los niños que viven con VIH. En todas las regiones aumentó en 2006 el número de niños que reciben tratamiento antirretroviral con respecto a las cifras del año anterior (véanse los gráficos 2 y 3, más abajo.)

En los países de medianos y bajos ingresos, 127.300 niños recibieron terapia antirretroviral en 2006, en comparación con 75.000 en 2005, un aumento de un 70% (véase el gráfico 4, página 12). Esta evaluación de los progresos está basada en un análisis de los datos pediátricos nacionales recopilados en países de medianos y bajos ingresos durante los últimos dos años (para consultar la metodología, véase el Anexo, página 38).

## ELEMENTOS ESENCIALES PARA EL PROGRESO

La programación para la atención y el tratamiento pediátricos del VIH se ha beneficiado considerablemente del impulso en favor del acceso al tratamiento para los adultos con VIH. La mayoría de los

**GRÁFICO 3: Número de niños con VIH menores de 15 años que reciben tratamiento antirretroviral, otras regiones (2005–2006)**



Fuente: Base mundial de datos de UNICEF, 2005–2006

países están ampliando la capacidad de los dispensadores de servicios para adultos a fin de facilitar que puedan ofrecer atención a los niños mediante enfoques centrados en la familia y basados en el trabajo en equipo. En algunos países donde la prevalencia es elevada, todos los establecimientos de salud infantil ofrecen pruebas de detección del VIH para niños, especialmente aquellos que tratan a niños enfermos y donde por tanto es más probable que se diagnostique a niños con VIH.

Varios factores han posibilitado el acceso de los niños a la terapia antirretroviral en muchos países, entre ellos una promoción constante y cada vez mayor, una reducción de los precios de los medicamentos, la utilización de combinaciones antirretrovirales genéricas de dosis fija y una mejor predicción de las necesidades en materia de medicamentos pediátricos. PEPFAR, el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, la Fundación Clinton y UNITAID, el establecimiento internacional de adquisición de medicamentos, han realizado contribuciones financieras y técnicas considerables para ampliar la escala del tratamiento pediátrico del VIH y fomentar que el tratamiento antirretroviral sea accesible incluso en algunas zonas rurales.

Hasta hace poco, la falta de medicamentos antirretrovirales en fórmulas apropiadas para administrárselas a los niños limitaba el acceso al tratamiento pediátrico antirretroviral. Las personas que se ocupaban de niños con VIH tenían a menudo que triturar las tabletas de los adultos y calcular la dosis adecuada. En agosto de 2007, el programa de precalificación de la Administración de Alimentos y Medicamentos

de los Estados Unidos y de la OMS aprobó una nueva combinación de medicamentos genéricos antirretrovirales para niños que combina tres pastillas en una. Los gobiernos han comenzado a adquirir estos medicamentos por medio de la División de Suministros de UNICEF y PEPFAR, pero es preciso realizar mayores esfuerzos para conseguir combinaciones pediátricas precalificadas y registradas que sean asequibles y de mejor calidad.

## ES PRECISO AVANZAR

### La importancia de un tratamiento precoz

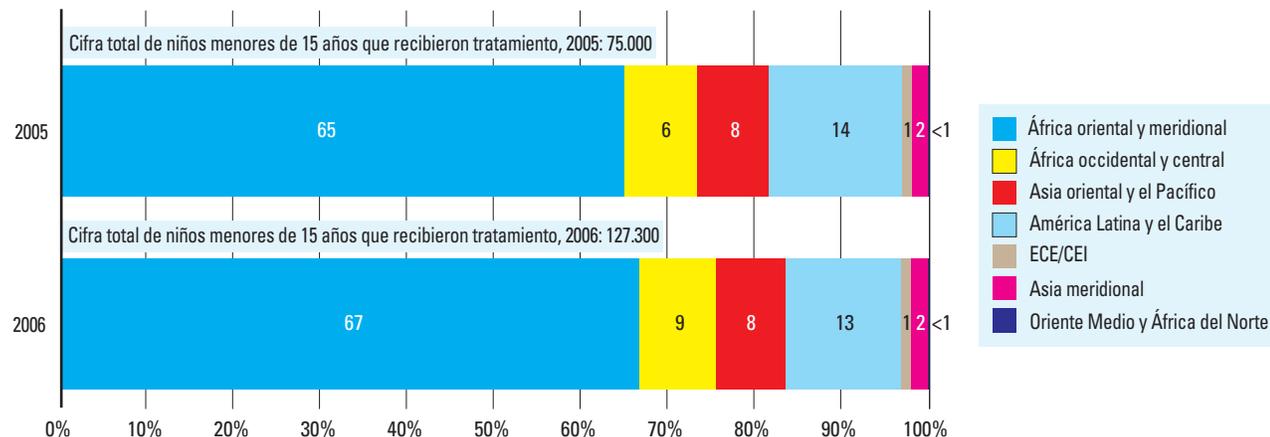
La infección por VIH progresa más agresivamente entre los recién nacidos que entre los adultos. El sistema inmunológico no está del todo desarrollado durante la infancia, y contraer la infección por VIH al comienzo de la vida menoscaba el desarrollo en general del niño. La desnutrición, especialmente cuando viene agravada por infecciones oportunistas además de enfermedades diarreicas, malabsorción y trastornos del sistema digestivo, está asociada con la mortalidad entre los niños con VIH y expuestos al VIH.

Un tratamiento precoz durante los primeros meses de vida puede mejorar considerablemente las tasas de supervivencia de los niños con VIH. Un estudio realizado recientemente en Sudáfrica descubrió una reducción de un 75% de la mortalidad de los recién nacidos con VIH que recibieron tratamiento antes de cumplir 12 semanas de edad<sup>17</sup>.

### Diagnóstico del VIH

La incapacidad de muchos sistemas de atención de la salud de registrar la situación serológica de los niños incluso cuando se sabe que sus madres están infectadas con el VIH conlleva a que se pierdan muchas oportunidades de detección. Debido a que el tratamiento infantil se ofrece a menudo en clínicas distintas de las que ofrecen atención prenatal o de aquellas donde la madre dio a luz a su hijo, suele ocurrir que no se detecte a los niños expuestos al VIH cuando visitan clínicas de inmunización u otros puntos de atención de la salud.

**GRÁFICO 4: Distribución regional de niños menores de 15 años con VIH que reciben tratamiento antirretroviral en los países de medianos y bajos ingresos (regiones como porcentaje del total) (2005–2006)**



Fuente: Base mundial de datos de UNICEF, 2005–2006.



© UNICEF/HQ05-2014/Donna DeCesare

Documentar la situación serológica de la madre en la tarjeta de salud del niño es una manera de informar a los trabajadores de la salud que hay una infección por VIH, y que es necesario proporcionar la atención y el apoyo necesarios. Una serie de países, entre ellos Zambia y Zimbabwe, están adoptando este enfoque, y algunos, como la República Unida de Tanzania, están aún más avanzados y proporcionan una tarjeta de salud del niño a la madre después del alumbramiento. En teoría, la madre debe recibir la tarjeta de salud del niño debidamente anotada antes de abandonar el hospital después del parto.

Cada vez está más disponible el acceso a un diagnóstico precoz del recién nacido utilizando la prueba virológica de la reacción en cadena de la polimerasa, y en los países con una capacidad limitada en materia de laboratorios, se transportan especímenes de lugares distantes utilizando papel filtro para obtener gotas de sangre seca. En África oriental y meridional, donde la capacidad e infraestructura en materia de laboratorios es limitada, el número de países que han establecido los sistemas de obtención de gotas de sangre seca necesarios ha aumentado de 6 en 2005 a 11 en 2006. Dos países de África occidental y central han informado sobre la capacidad para obtener gotas de sangre seca, así como dos más en Asia oriental y el Pacífico, y otros dos en Asia meridional<sup>18</sup>.

A pesar del aumento en la capacidad para el diagnóstico precoz de los recién nacidos,

muy pocos niños se están beneficiando. La experiencia en la aplicación del enfoque de obtención de gotas de sangre seca indica que se producen retrasos considerables entre el momento en que se obtiene un espécimen y el momento en que se devuelven resultados a la clínica. En los lugares donde son muy pocos niños que han sido sometidos a la prueba de detección del VIH, las muestras no se envían al laboratorio hasta un mes después de haberlas obtenido. Igualmente, una vez que las muestras se someten a la prueba, el envío de los resultados al establecimiento podría retrasarse debido a que los sistemas de correo son ineficientes. Esto tiene la desafortunada consecuencia de que la clínica no tiene a su disposición los resultados hasta varios meses después, cuando muchos recién nacidos infectados por VIH podrían estar ya muertos. Internet y los sistemas telefónicos móviles podrían ayudar a agilizar la devolución de los resultados.

Aumentar la escala de la cobertura para la prevención de la transmisión de la madre al hijo, incluidas las pruebas de seguimiento de los recién nacidos expuestos al VIH, tendrá como consecuencia una reducción en el número de recién nacidos que contraen el virus y un reconocimiento rápido de aquellos que están infectados y necesitan tratamiento. Sin embargo, debido a que las tasas de cobertura de la prevención de la transmisión de la madre al hijo son muy bajas en muchos países con una incidencia elevada de VIH, administrar pruebas de detección solamente a los hijos de las madres que se sabe que tienen el VIH podría llevar a que se pase por alto a la mayoría de niños que viven con VIH. En esas circunstancias, las pruebas de detección iniciadas por los prestadores de atención en las unidades para la rehabilitación de casos de desnutrición o en pabellones pediátricos, incluidos los pabellones para pacientes tuberculosos, podría mejorar la identificación de los niños infectados. La OMS ha pedido que se aumenten las pruebas de detección y el asesoramiento iniciados por los prestadores de atención en los países donde las tasas de cobertura de la prevención de la transmisión de la madre al hijo son todavía bajas y la prevalencia del VIH es elevada.

### Establecer un sistema nacional por medio de asociaciones: servicios pediátricos en Camboya

El sistema nacional de Camboya para servicios pediátricos del VIH proporciona atención y tratamiento a alrededor de un 70% de los niños necesitados.

El sistema comenzó en 2003 como proyecto piloto en Phnom Penh y en 2005 había incorporado una amplia gama de prestadores y asociados bajo la dirección del Centro Nacional para el VIH/SIDA y las enfermedades dermatológicas y transmitidas sexualmente.

El Centro Nacional coordina una red de 150 establecimientos que ofrecen pruebas de detección del VIH para niños mayores de 18 meses, y un establecimiento de salud de Phnom Penh ofrece pruebas de la polimerasa. Hasta la fecha, los responsables han renovado o construido 11 pabellones pediátricos en hospitales de remisión de casos, han adquirido materiales básicos y están construyendo otros seis pabellones pediátricos. El tratamiento está destinado a los niños necesitados, y los medicamentos antirretrovirales y el cotrimoxazol se adquieren a precios negociados por la Iniciativa sobre el VIH/SIDA de la Fundación Clinton. Los datos relacionados con el acceso de los niños a la atención pediátrica del VIH se recopilan y desagregan por género y grupo de edad, y luego se analizan y se presentan sistemáticamente junto a los datos referidos a los adultos.

Otros asociados en el sistema son CARE International, la Unión Europea, Family Health International, el Fondo Mundial, la Reproductive and Child Health Alliance, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, UNICEF, el Gobierno de los Estados Unidos (por medio de University Research Co. LLC), la OMS y Visión Mundial de Camboya.

### Mejora de la calidad de la atención en materia de VIH

Una infraestructura para la gestión de la calidad puede resultar fundamental para guiar las decisiones en materia de planificación, supervisar la atención por medio de procesos y resultados que midan la atención de la salud, e informar y educar al personal y a la comunidad. En estos momentos los expertos

están adaptando HIVQUAL, un marco para la gestión de la calidad, con el fin de que se utilice en los sistemas de salud de todo el mundo. Permite a los trabajadores de salud generar datos en curso sobre el rendimiento de los establecimientos de salud para detectar los problemas y resolverlos, y mejorar constantemente los servicios. HIVQUAL es especialmente apropiado para los países que tratan de ampliar la escala de los servicios y cumplir con las normas nacionales de atención.

Las clínicas o los ministerios de salud determinan primeramente los indicadores para medir el rendimiento, como la proporción de pacientes que reciben pruebas CD4, o conteo de las células T; la proporción de niños expuestos al VIH que reciben pruebas virológicas del VIH durante las primeras seis semanas después del nacimiento; o la proporción de niños que reciben las vacunaciones recomendadas según el calendario. Se alienta al personal a que integre las actividades básicas de gestión de la calidad en sus labores habituales y determine cuáles son las esferas prioritarias que se van a medir que sean pertinentes a su sistema de atención. Unos programas informáticos simples permiten a los trabajadores de salud generar rápidamente informes sobre datos que se pueden utilizar para mejorar los servicios y enviar a los ministerios de salud que registran los datos agregados.

En colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, el Gobierno de Tailandia realizó en 2003 un proyecto piloto del sistema HIVQUAL en 12 hospitales, y en la actualidad se ha convertido en el método más generalizado para supervisar la calidad de la atención del VIH en todo el sistema de salud, incluido el tratamiento pediátrico. HIVQUAL se ha puesto también en práctica en Mozambique, Namibia y Nigeria, y en Uganda, donde se lleva a cabo un proyecto piloto para la atención pediátrica del VIH.

### El enfoque del VIH centrado en la familia

Un número cada vez mayor de programas están adoptando el enfoque del VIH centrado en la familia, mediante el cual ofrecen pruebas de detección, tratamiento y otros servicios a todos los miembros de un solo hogar en un determinado lugar. En Uganda, la AIDS Support Organisation (TASO) reconoce que la manera más fácil y barata de proporcionar atención es hacerlo en los propios hogares de la gente. Con el apoyo de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos, TASO emplea trabajadores comunitarios de la salud con motocicletas para proporcionar el tratamiento del VIH, además de un conjunto de otros servicios de salud ambulatorios y preventivos, como por ejemplo mosquiteros, tabletas para la depuración del agua, tratamiento de la tuberculosis y la distribución del antibiótico cotrimoxazol como tratamiento preventivo.

Un motivo de preocupación que se menciona a menudo es que el considerable aumento en la financiación para la lucha contra el SIDA puede desviar recursos y conocimientos técnicos de otros programas como la supervivencia infantil y la salud de la maternidad. Por el contrario, el programa de TASO y otros similares muestran que el enfoque del tratamiento del VIH centrado en la familia puede fortalecer otros servicios debido a que ayuda a los planificadores de programas a reconocer que el tratamiento pediátrico del VIH es más eficaz en el contexto de una serie de programas sólidos de supervivencia infantil y salud de la maternidad.

## Cooperación Sur-Sur en la atención y el tratamiento del VIH

El Gobierno del Brasil ha establecido un mecanismo para prestar asistencia y orientación a otros países en desarrollo. Laços Sul-Sul (Lazos Sur-Sur) es un programa para promover el acceso universal al tratamiento del VIH de primera línea en siete países con baja incidencia del virus: Bolivia, Cabo Verde, Guinea-Bissau, Nicaragua, Paraguay, Santo Tomé y Príncipe, y Timor-Leste. UNICEF y ONUSIDA prestan apoyo al programa.

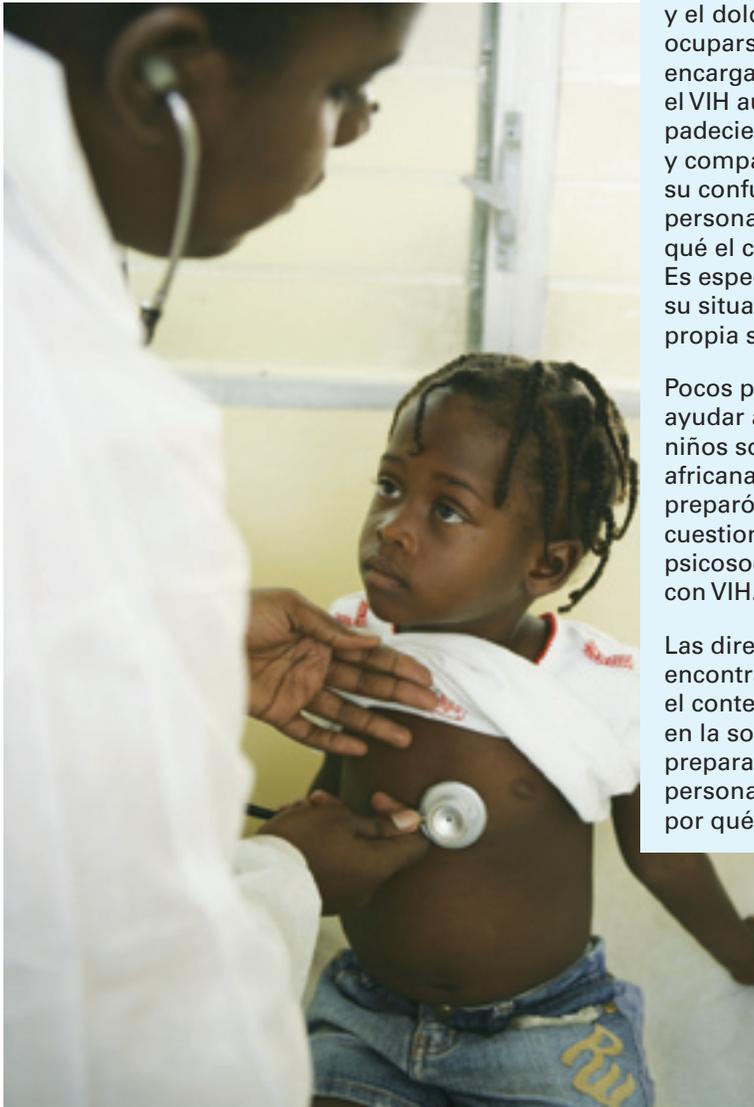
El Brasil fue uno de los primeros países en desarrollo en ampliar la escala del tratamiento del VIH y los servicios de prevención, y su industria farmacéutica local produce medicamentos antirretrovirales. En el marco del programa Laços Sul-Sul, personal de la salud brasileño proporciona medicamentos, asistencia técnica para el fomento de la capacidad y la supervisión, y apoyo para la movilización de los grupos de la sociedad civil en torno a la reducción de la discriminación y la prevención y atención del VIH<sup>19</sup>. En todos los países donde se ha iniciado el programa se ha producido un rápido aumento de la escala de los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo y los servicios de tratamiento del VIH para niños y adultos.

### Como decirle a un niño o niña que tiene VIH

El VIH no solamente causa un sufrimiento físico. Los niños con VIH hacen frente a la soledad, el temor, la depresión y el dolor, así como el trauma que representa tener que ocuparse de sus progenitores enfermos. Muchas personas encargadas de los niños temen que decirles que tienen el VIH aumentará la tensión y la angustia que ya están padeciendo. Pero si se informa a los niños con honestidad y compasión, conocer su estado serológico puede reducir su confusión y ansiedad, fortalecer sus relaciones con las personas que les cuidan, y ayudarles a comprender por qué el cumplimiento del tratamiento es tan importante. Es especialmente fundamental para los niños conocer su situación antes de que comiencen a explorar su propia sexualidad.

Pocos países en desarrollo disponen de directrices para ayudar a la gente a decidir cuándo y cómo deben hablar a los niños sobre su situación serológica. Sin embargo, la Red africana para el cuidado de los niños afectados por VIH/SIDA preparó recientemente un plan de estudios que aborda cuestiones como la revelación en el marco del cuidado psicosocial y la orientación para los niños y adolescentes con VIH.

Las directrices locales pueden ayudar a la gente a encontrar la forma de hablar a los niños sobre el SIDA en el contexto de las costumbres y las normas prevalecientes en la sociedad. En Tailandia, Médecins Sans Frontières ha preparado cuentos de hadas y muñecas para ayudar a las personas encargadas del cuidado de los niños a explicarles por qué tienen que tomar sus medicinas<sup>20</sup>.



© UNICEF/HQ05-0879/Shehzad Noorani

## MENSAJES ESENCIALES DEL CAPÍTULO 3

1. Es necesario recopilar una mejor información basada en pruebas empíricas sobre el comportamiento de los adolescentes y los jóvenes, especialmente aquellos que se encuentran en una mayor situación de riesgo, a fin de mejorar las actividades de prevención del VIH y seleccionar a sus beneficiarios. También es necesario que los datos de las encuestas se desagreguen por edad y género, y por estado civil si es posible.
2. Como parte de los marcos nacionales sobre el VIH, es necesario promover, apoyar y supervisar respuestas amplias para prevenir el VIH entre los adolescentes y los jóvenes que cuenten con una participación auténtica de los interesados.
3. Es preciso establecer prioridades nacionales y subnacionales para la prevención del VIH según los diferentes tipos de epidemias y las diferentes vulnerabilidades y riesgos que sufren los adolescentes y los jóvenes.
4. En entornos con una alta prevalencia del VIH y una gran población de adolescentes en la escuela, el sector educativo tiene que abordar la prevención del VIH –lo que incluye los riesgos que representan las relaciones sexuales complejas (múltiples compañeros al mismo tiempo y relaciones sexuales intergeneracionales)– por medio de los planes oficiales de estudio y otros mecanismos.
5. Los jóvenes de todo el mundo necesitan información precisa y pertinente sobre la salud sexual y de la reproducción y la transmisión del VIH, así como la posibilidad de aprender enseñanzas para la reducción de riesgos. También necesitan acceso a servicios apropiados de prevención del VIH, como por ejemplo pruebas de detección del VIH y orientación voluntarias, la reducción de daños, los servicios de salud sexual y de la reproducción, la prevención de la transmisión de la madre al hijo y la circuncisión masculina, y a productos como los preservativos.



## CAPÍTULO 3

# PREVENIR LA INFECCIÓN ENTRE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES

La ampliación de los servicios de tratamiento del VIH no se puede mantener si no se hace un mayor hincapié en la prevención del VIH. Un 40% de las nuevas infecciones por VIH registradas en 2007 entre personas de más de 15 años se produjeron entre jóvenes de 15 a 24 años<sup>21</sup> y hay 5,4 millones de hombres y mujeres jóvenes que viven actualmente con VIH (véase la Tabla 2, más abajo).

**TABLA 2: Jóvenes de 15 a 24 años que viven con VIH (2007)**

Región	Mujeres	Hombres	Total
África subsahariana	2.500.000	780.000	3.280.000
Asia meridional	270.000	440.000	710.000
América Latina y el Caribe	140.000	280.000	420.000
Asia oriental y el Pacífico	110.000	450.000	560.000
ECE/CEI	100.000	240.000	340.000
Oriente Medio y África del Norte	47.000	35.000	82.000
<b>Total</b>	<b>3.100.000</b>	<b>2.200.000</b>	<b>5.400.000</b>

Fuente: Cálculos no publicados de ONUSIDA/OMS, 2007.

## PROGRESOS Y LOGROS

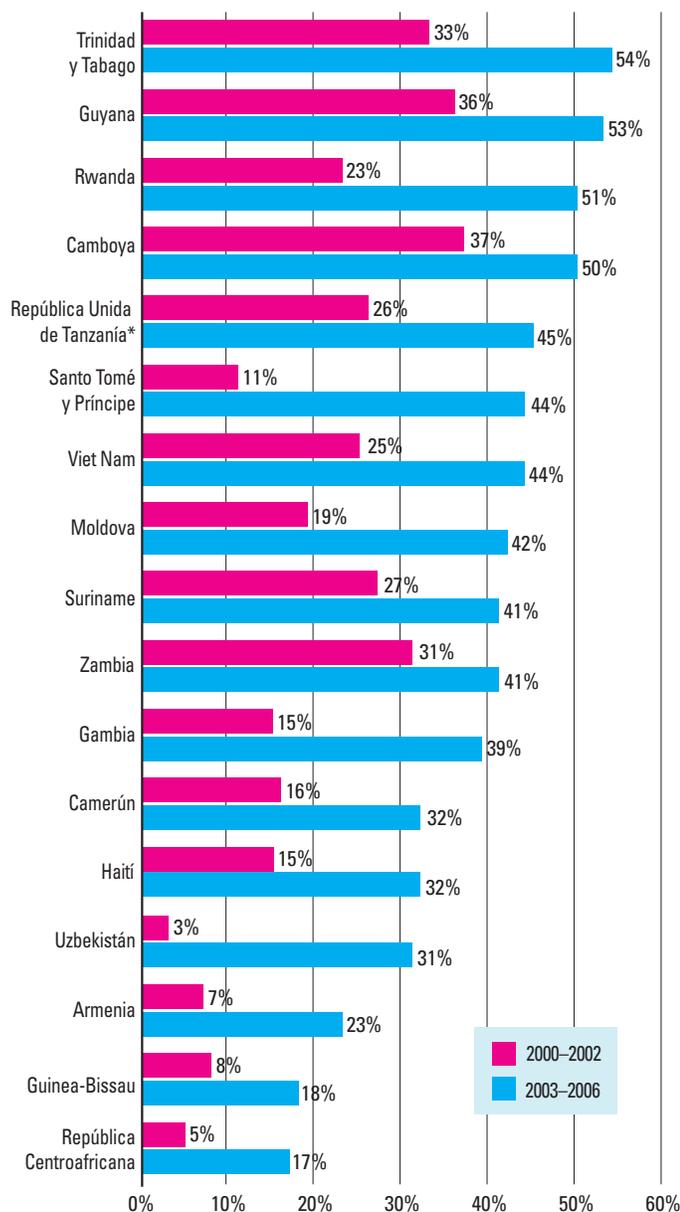
Se han registrado algunos progresos en el logro de los ODM y de las metas para un conocimiento amplio y correcto del VIH fijadas durante el Período Extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (véanse los gráficos 5 y 6, página 18), y aunque los datos son escasos en muchos países, se informa que la utilización de preservativos durante las actividades sexuales de alto riesgo ha aumentado entre los jóvenes en algunos países (véanse los gráficos 7 y 8, página 19).

## ELEMENTOS ESENCIALES PARA EL PROGRESO

La *Actualización sobre la epidemia del SIDA* de 2007, una publicación de ONUSIDA y la OMS, indica que la prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes embarazadas de 15 a 24 años que acuden a las clínicas prenatales se ha reducido desde 2000–2001 en 11 de los 15 países con suficientes datos<sup>22</sup>. Entre ellos cabe destacar 11 países de África oriental y meridional, la región con los mayores niveles de prevalencia del VIH entre los adultos y los jóvenes. En algunos países, las reducciones parecen ir a la par con el aumento en la utilización de preservativos por los jóvenes durante actividades sexuales con compañeros no habituales. Además, en algunos países hay pruebas que indican un descenso en las cifras de hombres y mujeres jóvenes que informaron haber tenido relaciones sexuales con más de un compañero durante los últimos 12 meses (véase los gráficos 9 y 10, página 20).

En algunas zonas de Kenya, Uganda, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe, donde las tasas de infección por VIH entre los adultos han disminuido, se han producido notables reducciones en las relaciones sexuales con múltiples compañeros en todos los grupos de edad, así como cambios considerables en las normas sexuales y sociales que incluyen mejores relaciones entre los compañeros sexuales<sup>23</sup>. Un estudio realizado en 2004 descubrió que la promoción de preservativos ha dado menos resultados en los países con alta prevalencia de África subsahariana, donde la mayor parte de las transmisiones del VIH se producen entre personas que tienen una relación de varios años, en las cuales raras veces se utilizan preservativos<sup>24</sup>. Cada vez está más claro que en esta

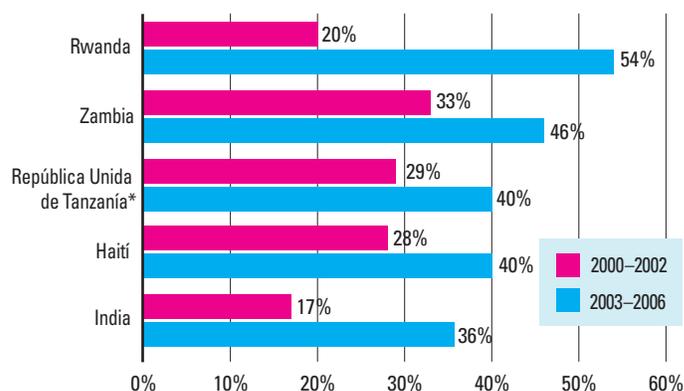
**GRÁFICO 5: Niveles de conocimiento amplio sobre el VIH entre las mujeres de 15 a 24 años (2000–2006)**



**Nota:** El conocimiento amplio incluye identificar claramente dos maneras importantes de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y limitar las relaciones sexuales a un compañero fiel y que no esté afectado); rechazar los errores locales más frecuentes sobre la transmisión del VIH; y saber que una persona que parece sana puede transmitir el VIH. Los países que aparecen en la lista son aquellos en los cuales los niveles de conocimiento han aumentado por lo menos en 10 puntos porcentuales. El asterisco (\*) indica que los datos de la barra para 2000–2002 corresponden a años anteriores o diferentes de 2000–2002.

**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006.

**GRÁFICO 6: Niveles de Conocimiento amplio del VIH entre hombres de 15 a 24 años (2000–2006)**



**Nota:** El conocimiento amplio incluye identificar claramente dos maneras importantes de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y limitar las relaciones sexuales a un compañero fiel y que no esté afectado); rechazar los errores locales más frecuentes sobre la transmisión del VIH; y saber que una persona que parece sana puede transmitir el VIH. Los países que aparecen en la lista son aquellos en los cuales los niveles de conocimiento han aumentado por lo menos en 10 puntos porcentuales. El asterisco (\*) indica que los datos de la barra para 2000–2002 corresponden a años anteriores o diferentes de 2000–2002.

**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006.

región se necesitan más intervenciones de prevención del VIH que reduzcan los factores de riesgo –como las relaciones sexuales múltiples al mismo tiempo y la falta de circuncisión masculina– e intensifiquen los factores de protección vinculados con los factores sociales, económicos y culturales que agravan la epidemia.

## ES PRECISO AVANZAR

### Conocimiento del VIH entre los jóvenes

Como parte de una respuesta amplia de prevención del VIH, los adolescentes y los jóvenes necesitan disponer de información precisa y pertinente sobre la transmisión del VIH y un entorno protector y favorable en sus comunidades, en el que puedan hablar abiertamente sobre los comportamientos arriesgados.

La red Y-PEER del Fondo de Población de las Naciones Unidas, que se inició en 2001 para contrarrestar la propagación del VIH, se ha ampliado a 34 países. Más de 150.000 jóvenes han recibido capacitación como educadores entre pares y defensores de políticas en favor de la salud sexual y de la reproducción para los adolescentes, y a su vez se han comunicado con más de 12 millones de jóvenes con mensajes sobre la prevención del VIH apropiados para su edad y pertinentes en el marco de sus culturas. Los gobiernos recurren cada vez más a Y-PEER para que les orienten y para promover nuevas políticas y programas destinados a los jóvenes, y para que les incorporen en las estrategias nacionales sobre el SIDA.

Los medios de difusión pueden desempeñar una importante labor en la difusión de información sobre el VIH entre los jóvenes y se ha demostrado que aumentan el diálogo interpersonal sobre el VIH y los comportamientos de prevención. En América Latina y el Caribe, MTV ha colaborado con UNICEF en la producción de *Sexpress Yourself*, un especial de una hora de duración en el que grupos

de jóvenes hablan franca y honestamente sobre el sexo, la sexualidad, las funciones de los géneros y el VIH. En 2007, un grupo de aliados entre los que se encontraban la Coalición Mundial Juvenil sobre VIH/SIDA y TakingITGlobal, se unieron a UNICEF para explorar cómo las comunicaciones sociales y las plataformas basadas en la tecnología wiki pueden utilizarse para educar, movilizar e involucrar a los jóvenes en la respuesta a los efectos del VIH.

### Fortalecer las aptitudes para influir en los factores de riesgo y protección

Para evitar la transmisión del VIH entre los adolescentes y los jóvenes es necesario combinar una serie de intervenciones, entre las cuales hay que destacar las oportunidades para recibir información sobre la reducción de riesgos. Más de 70 países y territorios en desarrollo han decidido que la educación basada en aptitudes para la vida práctica, con un componente sobre la prevención del VIH, sea obligatoria en los planes nacionales de estudios<sup>25</sup>.

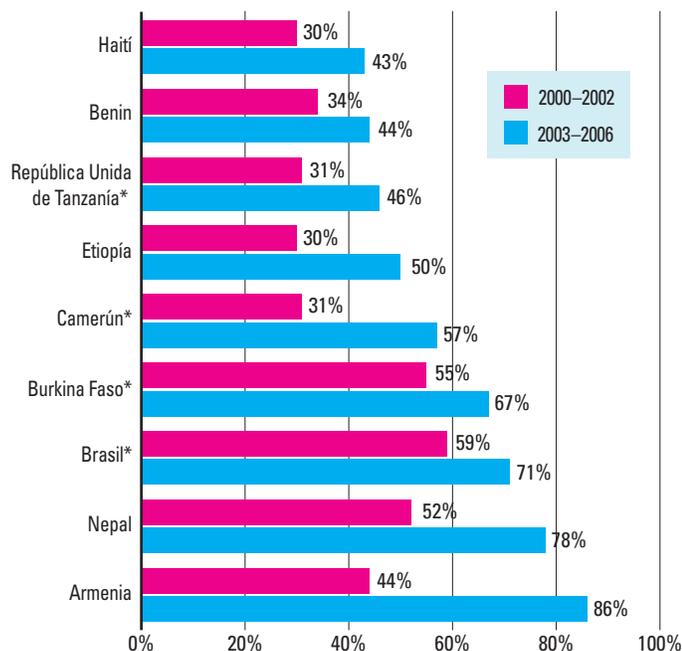
Dado que en el Caribe se registra un nivel relativamente elevado de participación en la escuela primaria, con una ligera disparidad en

favor de las niñas, las actividades de prevención del VIH basadas en la escuela tienen el potencial de llegar a un amplio número de adolescentes. El Comité Permanente de Ministros de Educación de la Comunidad del Caribe revisó recientemente un marco común de planes de estudio para la educación sobre la salud y la vida familiar basada en aptitudes para la vida práctica desde la enseñanza preprimaria hasta la secundaria, con el fin de incluir más datos sobre la prevención del VIH.

Casi todos los países de África occidental y central disponen en los planes de estudios de algún tipo de educación basada en aptitudes para la vida práctica, que incluye elementos sobre el VIH y la igualdad entre los géneros. La educación basada en aptitudes para la vida práctica forma una parte obligatoria de los planes de estudio oficiales en más de la mitad de los países de la región. Una serie de países disponen también de planes del sector educativo sobre el VIH y el SIDA. En esta región se registran las tasas más bajas de participación en la escuela en el nivel primario y las tasas más bajas, después de las de África oriental y meridional, en el nivel secundario<sup>26</sup>, por lo que está claro que es preciso reforzar las actividades para llegar a los adolescentes y a los jóvenes que no asisten a la escuela.

La educación basada en aptitudes para la vida práctica se ofrece también fuera de los planes oficiales de estudio. En Namibia se inició en 1997 una intervención extracurricular basada en aptitudes para la vida práctica, por medio de la cual se ha capacitado a más de 170.000 adolescentes por medio de un programa dirigido a otros jóvenes de la misma edad y que se centra en la salud sexual y de la reproducción y la prevención del VIH. En Bangladesh, la

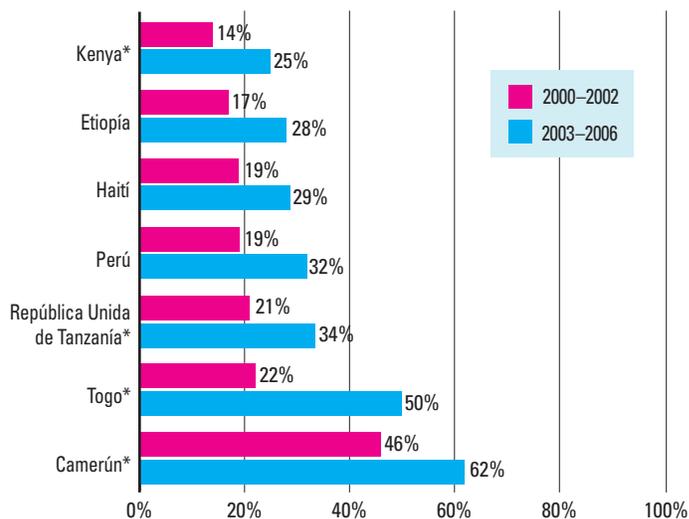
**GRÁFICO 7: Utilización de preservativos durante la última relación sexual de alto riesgo entre los jóvenes de 15 a 24 años (2000–2006)**



**Nota:** Se define alto riesgo como relaciones sexuales con un compañero con el que no se está casado ni se cohabita con él, o relaciones sexuales con múltiples compañeros. La utilización de preservativos durante las relaciones sexuales de alto riesgo es una señal que revela prácticas sexuales más seguras. Los países que aparecen en la lista son aquellos en los cuales el nivel de utilización de preservativos ha aumentado por lo menos en 10 puntos porcentuales. El asterisco (\*) indica que los datos de la barra para 2000–2002 corresponden a años anteriores o diferentes de 2000–2002.

**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006.

**GRÁFICO 8: Utilización de preservativos durante la última relación sexual de alto riesgo entre mujeres de 15 a 24 años (2000–2006)**



**Nota:** Se define alto riesgo como relaciones sexuales con un compañero con el que no se está casado ni se cohabita con él, o relaciones sexuales con múltiples compañeros. La utilización de preservativos durante las relaciones sexuales de alto riesgo es una señal que revela prácticas sexuales más seguras. Los países que aparecen en la lista son aquellos en los cuales el nivel de utilización de preservativos ha aumentado por lo menos en 10 puntos porcentuales. El asterisco (\*) indica que los datos de la barra para 2000–2002 corresponden a años anteriores o diferentes de 2000–2002.

**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006

educación sobre el VIH y basada en aptitudes para la vida práctica forma parte de la educación básica no estructurada para los niños que trabajan en las zonas urbanas.

### Acceso a los servicios sociales y de la salud

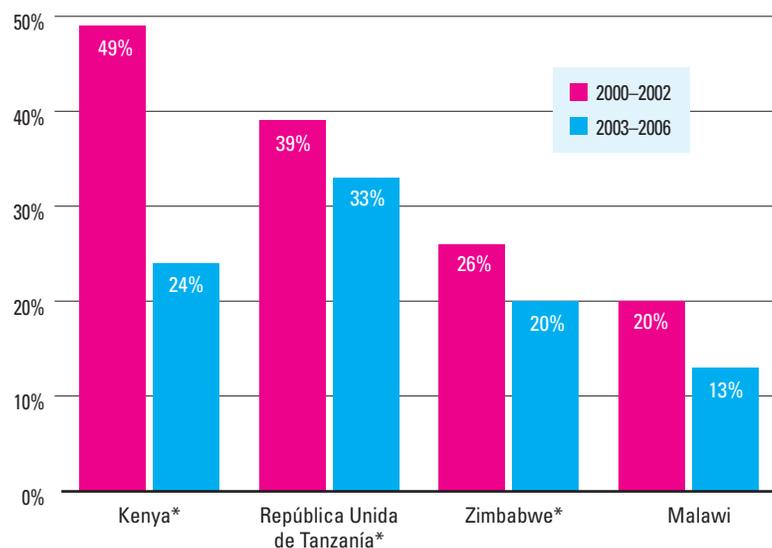
Un amplio programa para la prevención del VIH dirigido a los jóvenes incluye servicios privados y confidenciales para promover la salud sexual y de la reproducción, la orientación y las pruebas de detección del VIH de carácter voluntario, el tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente, la distribución de preservativos, la circuncisión masculina voluntaria, los servicios de prevención de la transmisión de la madre al hijo y la reducción de daños. Estos servicios se integrarían en los mecanismos existentes de prestación de servicios.

Un ejemplo de un programa integrado son los servicios de salud acogedores para los jóvenes que se ofrecen en las clínicas de atención primaria de Uzbekistán, donde se capacita al personal en técnicas para el tratamiento de los adolescentes y la protección de su intimidad. El programa, una actividad en la que colaboran UNICEF, los Servicios Internacionales de Población, las autoridades locales de la salud y Tarikat, un programa de salud local, es el primero que vincula en Uzbekistán los servicios de difusión con las clínicas, a fin de llegar a los adolescentes que corren un mayor riesgo de contraer la infección por VIH<sup>27</sup>.

La ampliación de la escala de las intervenciones en Uganda durante los últimos años incluye campañas de concienciación, programación sobre preservativos, servicios voluntarios de orientación y pruebas de detección, servicios para el tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente y educación sobre la prevención del VIH y la enseñanza basada en las aptitudes para la vida práctica, dirigidas a adolescentes y jóvenes dentro y fuera de la escuela, todo lo cual resulta fundamental para que el enfoque sea lo más amplio posible.

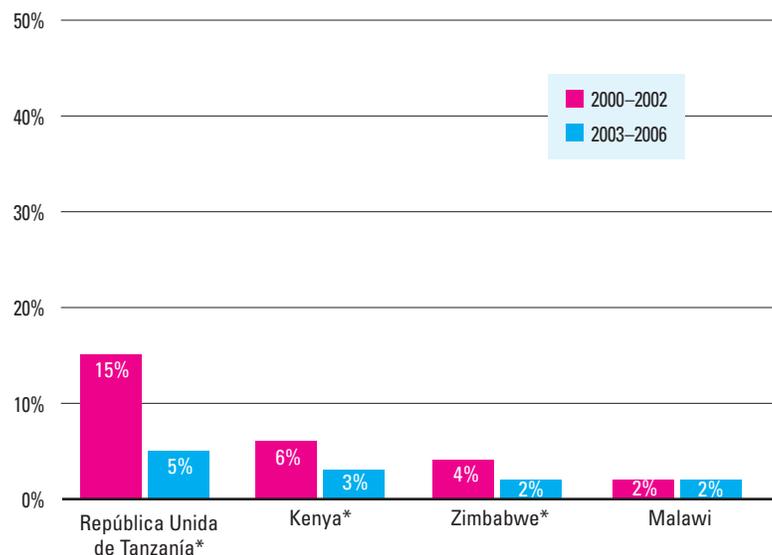
Los adolescentes y los jóvenes son en sí mismos un recurso poderoso para la prevención. En Jamaica, los Bashy Bus (buses de fiesta) sirven como clínicas móviles que proporcionan a los jóvenes de las comunidades rurales servicios rápidos y confidenciales de orientación y pruebas de detección del VIH; moderadores jóvenes y

**GRÁFICO 9: Porcentaje de hombres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales con más de una compañera durante los últimos 12 meses (2000–2006)**



**Nota:** El asterisco (\*) indica que los datos de la barra para 2000–2002 corresponden a años anteriores o diferentes de 2000–2002.  
**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006.

**GRÁFICO 10: Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales con más de un compañero durante los últimos 12 meses (2000–2006)**



**Nota:** El asterisco (\*) indica que los datos de la barra para 2000–2002 corresponden a años anteriores o diferentes de 2000–2002.  
**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006.

educadores de la misma edad difunden mensajes de prevención del VIH por medio de la música y el teatro. El grupo en Internet Living Positively, que recibe apoyo de la OMS y está coordinado por los miembros de la Coalición Juvenil Mundial sobre el VIH/SIDA, es un espacio en el que los jóvenes que viven con VIH pueden encontrar información y compartir ideas y experiencias entre ellos mismos y con los prestadores de servicios.

La OMS ha proporcionado apoyo técnico a los Ministerios de Salud de una serie de países de África –entre ellos Burkina Faso, Eritrea, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Santo Tomé y Príncipe, Togo y la República Unida de Tanzania– para la elaboración de un enfoque sistemático destinado a fortalecer la respuesta del sector de la salud a la prevención del VIH y la promoción de la salud sexual y de la reproducción de los adolescentes, que incluye la preparación de normas dirigidas a los servicios de salud acogedores para los adolescentes, la adaptación de materiales de capacitación para los trabajadores de salud y la ejecución de sistemas para supervisar normas a escala de distrito.

En situaciones de conflicto armado, desastres naturales y de otras situaciones de emergencia, el acceso a los servicios sociales y de la salud, entre ellos la profilaxis después de la exposición al VIH, es una parte esencial de una estrategia amplia para abordar el género, la violencia y la prevención del VIH, especialmente en la respuesta médica a las violaciones y en las situaciones de emergencia.

### **Prevención del VIH en el caso de epidemias concentradas y de baja prevalencia**

La prevención del VIH en los lugares donde la prevalencia es baja o la epidemia está concentrada en poblaciones específicas resulta problemática porque la propagación del VIH se debe a un comportamiento de alto riesgo y típicamente estigmatizado. Aunque se sabe mucho sobre cómo prevenir la infección por VIH entre los adolescentes y los jóvenes que se encuentran en mayor situación de riesgo, en general no se ha ampliado la escala de este tipo de programas.

La República Islámica del Irán es una excepción, y desde 2000 dispone a escala nacional de Centros de orientación para las enfermedades del comportamiento, cuya misión es reducir los niveles de riesgo entre los usuarios de drogas inyectables. Como complemento a estas clínicas, el Ministerio de Salud inauguró en 2005 centros de servicio acogedores para los adolescentes en siete ciudades, donde jóvenes ex usuarios de drogas, hombres jóvenes que tienen relaciones con otros hombres y adolescentes especialmente vulnerables, reciben capacitación como educadores entre pares para hablar con los jóvenes sobre los riesgos del VIH. Un desafío importante en el caso de este programa, como el de muchos otros, es

garantizar que los jóvenes en mayor situación de riesgo utilicen los servicios disponibles.

El Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y el Ministerio de Salud del Pakistán han elaborado una estrategia específica para la prevención del VIH entre los jóvenes que se centra en los comportamientos de alto riesgo. El plan prevé que diferentes sectores se unan en las actividades de prevención dirigidas por el Ministerio de Justicia y Asuntos Internos y el Ministerio de la Juventud. La estrategia define el desempleo y la pobreza como factores importantes que aumentan la vulnerabilidad y defiende una mejor formación profesional y otras oportunidades educativas para los jóvenes.

En Bulgaria y Serbia, el proyecto Poder de la Prevención utiliza la red Y-PEER del Fondo de Población de las Naciones Unidas para difundir información sobre la prevención del VIH y servicios a los jóvenes que trabajan en la industria sexual. En la India, los programas de divulgación dirigidos a los jóvenes, los servicios de salud acogedores para los jóvenes y las actividades de comunicación que se llevan a cabo en 43 distritos de alta prevalencia están ayudando a llegar a los adolescentes, los jóvenes y especialmente a las niñas en situación de alto riesgo.

### **Marcar la diferencia con los adolescentes y los jóvenes**

El cambio de comportamiento entre los adolescentes y los jóvenes sigue siendo un instrumento fundamental contra el VIH. De conformidad con las recomendaciones de ONUSIDA, los planificadores nacionales tienen que mejorar su comprensión de la epidemia local del VIH, examinar su respuesta y garantizar que esté basada en las mejores pruebas sobre las nuevas infecciones y que la cobertura sea amplia y uniforme. Mientras lo hacen, deben determinar y comprender los comportamientos de riesgo y los contextos sociales y culturales que intensifican la vulnerabilidad de los jóvenes a la infección por VIH, así como los factores estructurales y sociales que favorecen la epidemia, como la pobreza y la desigualdad entre los géneros.

Aunque la comprensión de las necesidades de los adolescentes y los jóvenes en materia de prevención del VIH es ahora mayor que hace una década, sigue existiendo la necesidad urgente de recopilar datos sobre estos grupos, desagregarlos por edad y género y, cuando sea posible, por estado civil. Es urgente disponer de investigaciones más cualitativas sobre los determinantes del cambio de comportamiento entre los adolescentes y los jóvenes, así como la movilización social necesaria para apoyar estos cambios.

Es necesario adoptar más medidas para garantizar que los adolescentes y los jóvenes, incluidos quienes viven con VIH, participen sistemáticamente en el diseño, ejecución y supervisión de los programas de prevención del VIH.

## MENSAJES ESENCIALES DEL CAPÍTULO 4

1. El estigma y la discriminación contra los niños afectados por el SIDA siguen siendo obstáculos importantes y es preciso tenerlos en cuenta en todos los aspectos de la respuesta a la epidemia.
2. Las leyes, las políticas y los servicios que apoyen a las familias y a las comunidades en la tarea de ocuparse de los huérfanos mejorará considerablemente el bienestar de estos niños.
3. El apoyo a los niños afectados con el SIDA no debe excluir el acceso de otros niños igualmente vulnerables a servicios esenciales; no se debe seleccionar a los beneficiarios de los programas únicamente por su condición de huérfanos.
4. Las transferencias de efectivo y otros programas de protección social facilita el que las familias pobres ofrezcan una mejor atención a los niños afectados por el SIDA.
5. Ampliar los servicios de salud básica y de educación de calidad a todos los niños por medio de la eliminación de los costos de la enseñanza y de otros mecanismos podría contribuir a reducir las disparidades entre los huérfanos y los demás niños.



## CAPÍTULO 4

# PROTEGER Y AYUDAR A LOS NIÑOS Y NIÑAS AFECTADOS POR EL SIDA

Hasta 2005, 133 millones de niños y niñas de todo el mundo habían perdido a uno o a ambos progenitores debido a todas las causas, incluido el SIDA<sup>28</sup>, y el número de huérfanos sigue aumentando. África subsahariana es la región más afectada por la epidemia (véase el gráfico 11, más abajo).

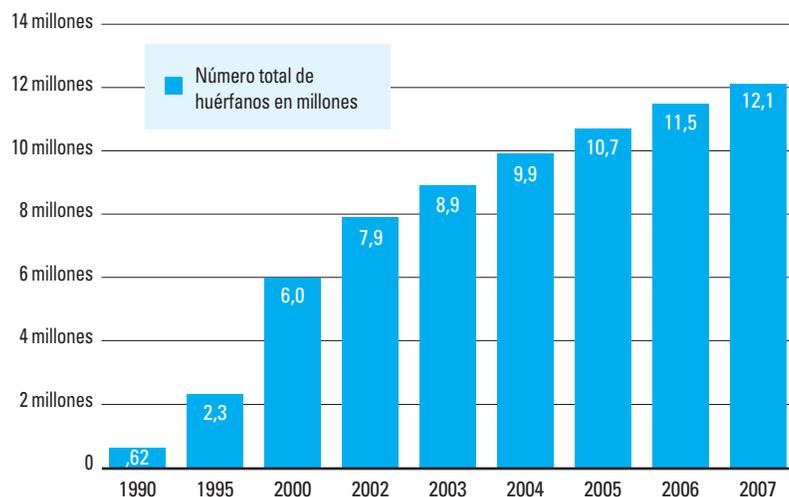
En las zonas de baja prevalencia y una epidemia concentrada, la proporción de niños afectados por el SIDA es bastante reducida. Pero en estos lugares hay grandes posibilidades de que estos niños y sus familias sean víctimas de la discriminación, especialmente cuando ya se estigmatiza a los padres debido a las percepciones sobre su comportamiento. Investigaciones recientes realizadas en Bangladesh, la India, Nepal y el Pakistán muestran cómo el estigma y la discriminación derivados del VIH impiden que los niños reciban servicios sociales básicos y a veces dan lugar a institucionalizaciones a largo plazo y a la denegación del cuidado de los progenitores<sup>29</sup>.

Muchas mujeres que viven en comunidades donde el punto de vista dominante es que las mujeres con VIH no pueden ocuparse apropiadamente de sus familias, aceptan voluntariamente que el estado se ocupe de sus hijos. Esta situación se produce sobre todo en lugares donde el gobierno ha proporcionado tradicionalmente la atención, como por ejemplo en los países del antiguo bloque soviético. Se calcula, por ejemplo, que entre el 10% y 20% de los niños nacidos de mujeres con VIH en la Federación de Rusia han sido entregados al nacer a las instituciones estatales, como por ejemplo los hospitales<sup>30</sup>. Pero estas instituciones no pueden proporcionar el calor físico y emocional o los estímulos intelectuales necesarios para el desarrollo sano de todos los niños.

## PROGRESOS Y LOGROS

Un indicador fundamental de la situación de los niños afectados por el SIDA es la tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos, que compara la asistencia a la escuela de los niños de 10 a 14 años que han perdido a ambos progenitores con la de los niños cuyos padres y madres están todavía vivos y que viven con uno de ellos o

**GRÁFICO 11: Número estimado de niños menores de 18 años huérfanos por el SIDA en África subsahariana (1990–2007)**



Fuente: Estimaciones inéditas de ONUSIDA/OMS, 2007.

con ambos (véase el gráfico 12). En la mayoría de los países, los niños que han perdido a sus dos progenitores tienen menos posibilidades de ir a la escuela que los niños cuyos padres y madres están vivos, pero esta disparidad parece estar en retroceso en muchos países.

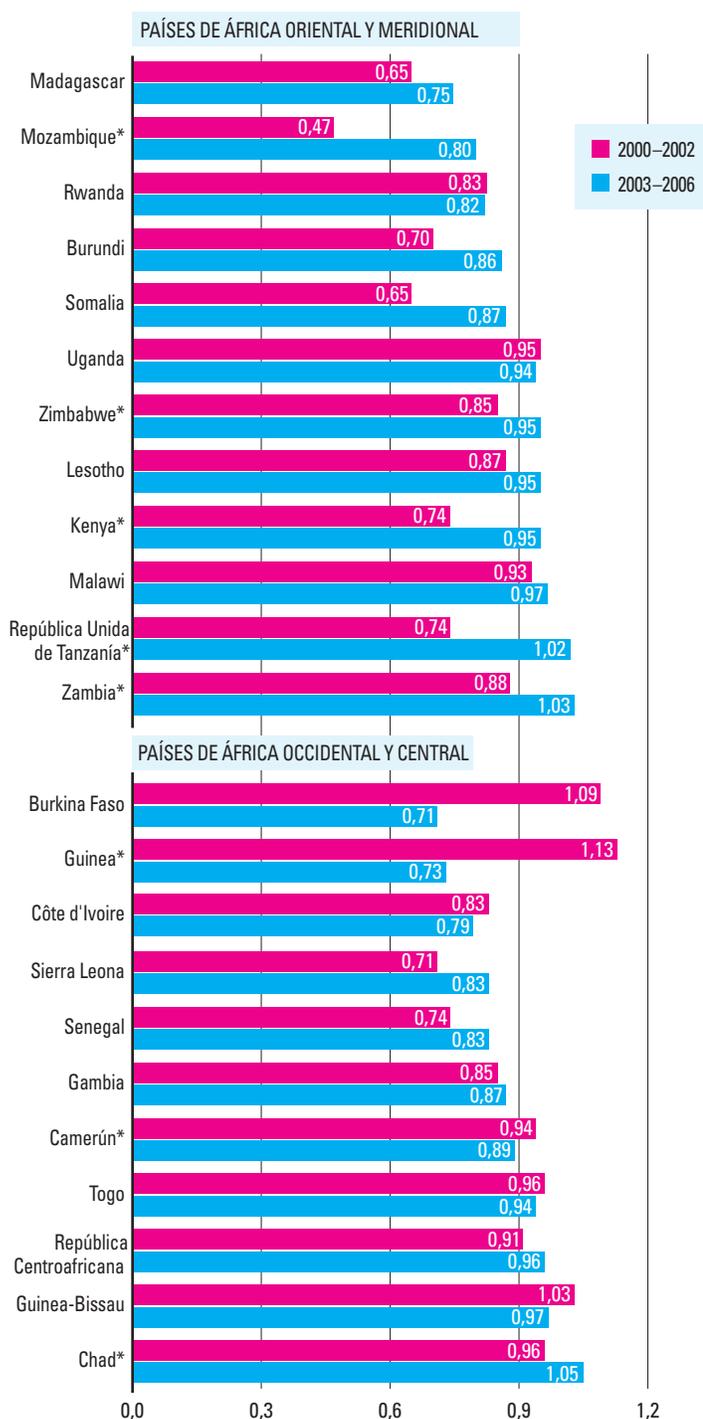
Un número cada vez mayor de países han elaborado planes nacionales de acción dedicados específicamente a los huérfanos y los niños vulnerables. En 2007, 24 países, entre ellos 21 de África subsahariana, habían finalizado estos planes, y 10 países, entre ellos 9 de África subsahariana, se encontraban en proceso de elaboración<sup>31</sup>. Muchos países están integrando políticas para los niños afectados por el SIDA en sus planes nacionales de desarrollo, en los planes nacionales de acción para la infancia y en los planes programáticos de ministerios como los de educación y salud.

El nuevo Marco Estratégico Regional para la Protección, Atención y Apoyo de los Niños afectados por el VIH/SIDA ofrece orientación a los ocho miembros de la Asociación del Asia Meridional para la Cooperación Regional sobre la protección y el apoyo a los niños y niñas afectados por el SIDA y dispone medidas específicas para abordar el estigma relacionado con el SIDA. El marco sitúa a los niños afectados por el SIDA en un grupo más amplio de niños en circunstancias difíciles y promueve el acceso universal a los servicios básicos sin señalar concretamente si son niños afectados por el SIDA. Como seguimiento, la India ha formulado un marco nacional de política para los niños y el SIDA, que incluye estrategias, objetivos y metas en las esferas de la prevención del VIH y de la transmisión de la madre al hijo, el tratamiento pediátrico y la protección para los niños afectados por el SIDA.

## ELEMENTOS ESENCIALES PARA EL PROGRESO

Varias investigaciones realizadas sobre los efectos del SIDA en África han generado un cambio de pensamiento sobre lo que significa la vulnerabilidad en el contexto de una epidemia generalizada. Los niños afectados por el SIDA tienen más posibilidades que otros niños de retrasarse en la escuela, y suelen vivir en hogares más pobres. Los encargados de adoptar políticas están descubriendo que a menudo tiene más sentido prestar apoyo a las comunidades afectadas por el SIDA mediante una mejora de los servicios para todos los niños vulnerables—incluidos

**GRÁFICO 12: Tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos (2000–2006)**



**Nota:** El asterisco (\*) indica que los datos de la barra para 2000–2002 corresponden a años anteriores o diferentes de 2000–2002.  
**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006.

aquellos que están mal de salud, que no van a la escuela, que realizan trabajos excesivos, que son extremadamente pobres o sufren estigmatización—independientemente de si son huérfanos o tienen el VIH.

Muy a menudo, las propias comunidades afectadas por el SIDA deciden ellas mismas cuáles son las necesidades de la comunidad en materia de protección y apoyo. Muchas familias, grupos afiliados a una iglesia y otras organizaciones pequeñas, entre ellas asociaciones de ahorros, cooperativas y grupos de apoyo de mujeres, han prestado asistencia a los niños vulnerables en las comunidades. Aunque su sostenibilidad no está siempre garantizada, muchos grupos y organizaciones pequeños ofrecen apoyo esencial y desempeñan una excelente labor.

Aunque los gobiernos y los organismos internacionales de mayor envergadura respondieron inicialmente con lentitud a los

desafíos que sufren los niños afectados por el SIDA, esta situación ha comenzado a cambiar. Pero los gobiernos deben adoptar más medidas para apoyar un acceso más equitativo de las comunidades afectadas por el SIDA a servicios como la educación, la atención de la salud, la inscripción del nacimiento, y a servicios jurídicos para abordar las violaciones, el abuso infantil y los derechos de sucesión. Cada vez con mayor frecuencia, los gobiernos donantes están explorando las posibilidades de establecer estructuras oficiales de seguridad, como por ejemplo mecanismos de transferencia de efectivo para las familias más pobres (*véase el recuadro, más abajo*).

Una de las maneras de abordar las disparidades generadas por el SIDA es que los gobiernos implanten la enseñanza universal por medio de la eliminación de los costos de escolarización, y que garanticen la protección, brinden oportunidades de aprendizaje pertinentes y ofrezcan atención y apoyo esenciales en los entornos escolares. Este enfoque guarda relación con las metas más amplias articuladas en los ODM y en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, cuyo fin es abordar aquellos factores que hacen que la gente sea vulnerable a la infección, al mismo tiempo que se protegen su salud y sus derechos humanos.

### Las transferencias de efectivo contribuyen a mitigar las repercusiones del SIDA sobre la infancia

En 2007, UNICEF evaluó los mecanismos de transferencia de efectivo en Malawi, Sudáfrica y Zambia. Los programas emplean un enfoque participativo y basado en la comunidad para determinar cuáles son los hogares extremadamente pobres que están afectados por el SIDA y proporcionarles un estipendio mensual—alrededor de 7,50 a 10 dólares en Zambia—, cuyo monto es más o menos el doble de sus ingresos totales. Los investigadores estiman que los mecanismos llegaron a aproximadamente el 80% de los hogares necesitados<sup>32</sup>. En la actualidad se está ampliando la escala del esquema piloto de Malawi con el objetivo de llegar a alrededor de 25.000 hogares, donde viven 74.000 huérfanos y niños vulnerables, para finales de 2008.

En Zambia, la evaluación descubrió que el consumo de alimentos había aumentado—incluso a pesar de la sequía que imperaba poco antes de que se llevara a cabo el estudio—y la incidencia de enfermedades se redujo tanto entre los niños como entre adultos. Las tasas de matriculación en la escuela aumentaron sólo ligeramente, sin embargo, probablemente debido a que hay muy pocas escuelas en la zona y la sequía, la enfermedad y otras calamidades que sufren los hogares retuvieron en casa a la mayoría de los niños vulnerables.

En 2004, el Ministerio de Asuntos Internos de Kenya inició un programa piloto de transferencia de efectivo para huérfanos y niños vulnerables. El programa, que ha llegado a 5.000 hogares y tiene por objetivo llegar a 100.000 en 2012, se concentra en las zonas donde hay una elevada tasa de pobreza y de prevalencia del VIH. Al principio se lleva a cabo una encuesta comunitaria para determinar cuáles son los hogares más pobres, y, posteriormente, un sistema de gestión de la información verifica los criterios y clasifica los hogares. La clasificación se debate en una reunión comunitaria para establecer cuáles son los hogares que participarán en el mecanismo. También se ha contratado a la Oficina Nacional de Correos para determinar quiénes pueden ser los proveedores de los servicios de efectivo.

Ampliar la escala de las transferencias de efectivo al 10% de los hogares más pobres de los países más gravemente afectados por el SIDA puede ser viable. El estudio de UNICEF estima que costaría alrededor de 42 millones en Malawi<sup>33</sup>, y un estudio de la Organización Internacional del Trabajo en siete países de África subsahariana calcula que el costo sería de menos de un 1% del producto interno bruto de cada país<sup>34</sup>. Las transferencias de efectivo no son una panacea, pero pueden cambiar la situación, especialmente si forman parte de un programa más amplio de protección social dirigido por el gobierno y la sociedad civil.

## Ejemplos de programas basados en la comunidad para niños vulnerables

En Swazilandia hay 665 puntos de atención en los vecindarios que proporcionan servicios básicos como alimentos, apoyo social y un lugar seguro para jugar, dirigidos a 30.000 niños vulnerables en todo el país. Estas organizaciones son los oídos y los ojos de la comunidad, ya que establece la identidad de los niños que no van a la escuela, que están mal de salud o que son víctimas de malos tratos, y los remiten a instancias superiores.

Un programa piloto llevado a cabo en la República Democrática del Congo prestó asistencia alrededor de 50.000 huérfanos y niños vulnerables en 2006. Utiliza una red ya existente de voluntarios, organizada principalmente por medio de la Iglesia Católica, para determinar cuáles son los niños que se pueden integrar en las escuelas primarias y proporcionarles servicios de salud, sin costo alguno para sus familias. Con apoyo de UNICEF desde 2004, el programa ha prestado asistencia a familias mediante actividades de generación de ingresos para las personas encargadas de los niños y formación profesional para los niños y niñas de mayor edad.

La Asociación François-Xavier Bagnoud ha estado llevando a cabo programas para prestar apoyo a familias vulnerables en Uganda desde 1990 y en Rwanda desde 1995. Las familias reciben un apoyo integral durante tres años, que incluye atención de la salud, tratamientos antirretrovirales si lo necesitan, dinero para los gastos escolares, formación profesional, financiación para pequeñas empresas y orientación psicosocial. Después de terminar el programa, alrededor del 80% de las familias pueden mantenerse ellas mismas. Todos los niños de las familias beneficiadas acuden actualmente la escuela.



© UNICEF/HQ06-0410/Giacomo Prozzi

## ES PRECISO AVANZAR

### Resolver las necesidades psicosociales de los niños afectados por el SIDA

El apoyo psicosocial es esencial y quienes mejor lo pueden prestar son los parientes u otras personas que tienen una relación estable y a largo plazo con el niño. En la mayoría de los casos, las intervenciones externas psicosociales no son necesarias. Los programas deben tener por objetivo fortalecer a las familias para que se ocupen de los huérfanos y los niños vulnerables, reestablecer los hábitos domésticos, y promover un sentimiento de dignidad y respeto por los niños y los cuidadores. Estos programas deben tratar de establecer un entorno protector en el cual los niños se sientan lo suficientemente seguros como para poder expresar sus necesidades y hablar voluntariamente sobre lo sus sentimientos en el contexto de un sistema de apoyo a largo plazo.

Las organizaciones religiosas y comunitarias pueden apoyar a las familias y a las comunidades por medio de capacitación o de centros de acogida basados en la comunidad, donde los niños vulnerables pueden encontrar alimentos, otras necesidades y un lugar seguro donde jugar. Los centros pueden también proporcionar apoyo en casos de malos tratos y abandono, y la existencia de adultos que estén dispuestos a negociar en favor de los niños con las escuelas, los servicios sociales y otras instituciones.

# CAPÍTULO 5

## SEGUIMIENTO DE LOS PROGRESOS Y DISPONIBILIDAD DE DATOS

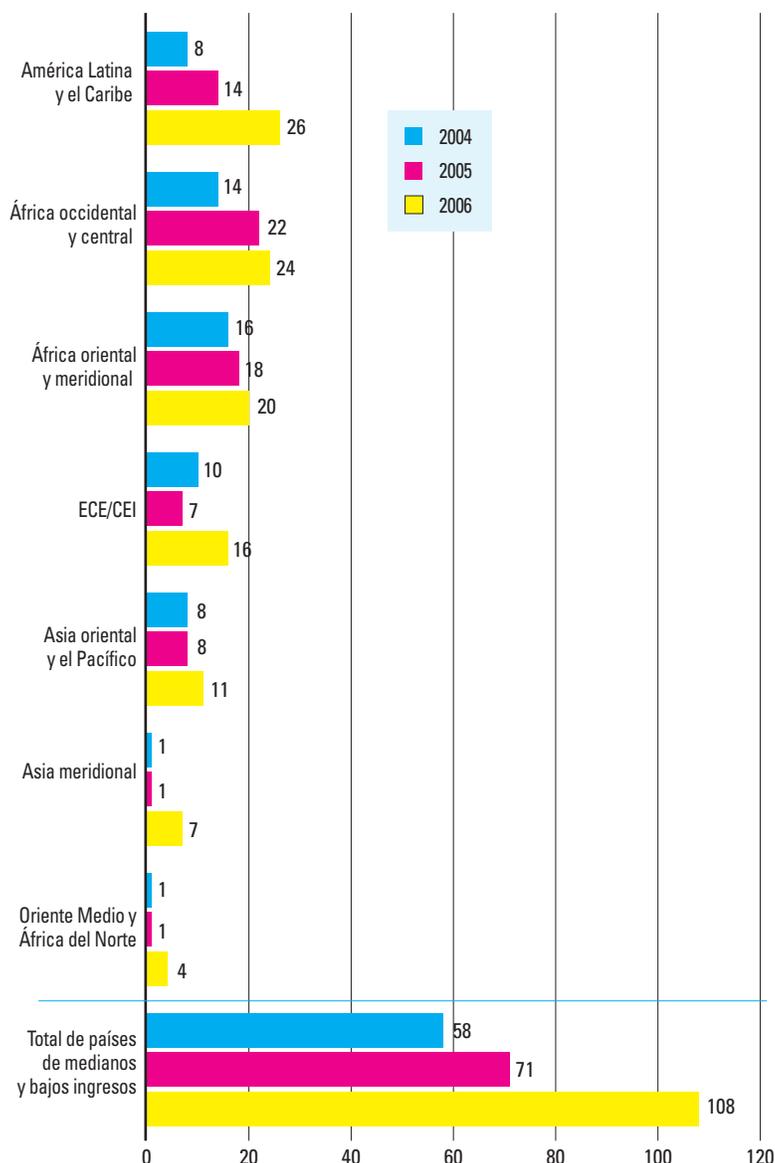
*“Uno de los mayores problemas en la respuesta al SIDA en favor de los niños es la falta de datos sobre la infancia, que son esenciales para elaborar programas eficaces. Para poder responder mejor a sus necesidades, necesitamos con urgencia saber más sobre la forma en que el SIDA afecta a los diferentes niños en diferentes etapas de su infancia.”*

**— Michel Sidibe, Director Ejecutivo Adjunto de ONUSIDA a cargo de Programas, durante el Segundo Foro Panafricano sobre la Infancia, El Cairo, 30 de octubre de 2007**

*Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* consiste fundamentalmente en reducir la infección por VIH entre los niños y los jóvenes y mitigar las consecuencias del SIDA. Para garantizar que las actividades a las que se presta apoyo sean de alta calidad y estén basadas en las mejores pruebas empíricas disponibles, es esencial contar con sistemas nacionales de seguimiento. Como indica el Gráfico 13, más abajo, el número de países que han presentado datos sobre la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH ha aumentado considerablemente desde 2004 a 2006.

Sin embargo, la escala y la fiabilidad de los datos son todavía limitadas. Pocos países recopilan sistemáticamente información sobre las pruebas CD4, la profilaxis con cotrimoxazol o el

**GRÁFICO 13: Número de países que presentan datos sobre la terapia antirretroviral para prevenir la transmisión de la madre al hijo (2004–2006)**



Fuente: Base mundial de datos de UNICEF, 2004–2006.

diagnóstico temprano de los recién nacidos, por lo que no disponemos de cifras mundiales sólidas. La OMS, UNICEF, ONUSIDA y otros aliados están trabajando juntos para fortalecer la capacidad de seguimiento y evaluación a escala nacional.

Cada vez hay más datos disponibles sobre la prevención del VIH entre los jóvenes. Se recopilan sobre todo por medio de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados,

que reciben apoyo de UNICEF, las Encuestas de Demografía y Salud, y las Encuestas para la vigilancia del comportamiento. Sin embargo, los datos son todavía escasos. Es preciso realizar esfuerzos concertados para apoyar a los países en la recopilación de datos entre las poblaciones marginadas y de difícil acceso. La Tabla 3, más abajo, revela el número de países con datos disponibles sobre indicadores relativos al conocimiento que los jóvenes tienen del VIH y su comportamiento sexual.

Debido a que no se ha estandarizado aún la definición de vulnerabilidad y todavía no se ha determinado cuál debe ser el

**TABLA 3: Número de países de medianos y bajos ingresos con datos disponibles sobre indicadores relativos al conocimiento del VIH y el comportamiento sexual entre los jóvenes (2000–2006)**

Indicador: Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años con un conocimiento amplio y correcto del VIH					
Región	Número de países en la región	Mujeres		Hombres	
		Número de países con:			
		por lo menos un punto en los datos	por lo menos dos puntos en los datos	por lo menos un punto en los datos	por lo menos dos puntos en los datos
África oriental y meridional	21	19	10	13	5
África occidental y central	24	20	13	13	1
América Latina y el Caribe	35	9	5	3	1
Asia oriental y el Pacífico	27	6	4	3	0
Asia meridional	8	3	1	2	1
Oriente Medio y África del Norte	20	7	1	1	0
ECE/CEI	21	17	6	5	1
Países de bajos y medianos ingresos	156	81	40	40	9

Indicador: Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo en su última relación sexual de alto riesgo					
Región	Número de países en la región	Mujeres		Hombres	
		Número de países con:			
		por lo menos un punto en los datos	por lo menos dos puntos en los datos	at least one data point	at least two data points
África oriental y meridional	21	15	6	14	6
África occidental y central	24	19	6	13	2
América Latina y el Caribe	35	10	3	5	1
Asia oriental y el Pacífico	27	1	0	3	0
Asia meridional	8	1	1	2	2
Oriente Medio y África del Norte	20	1	0	1	0
ECE/CEI	21	9	0	5	1
Países de bajos y medianos ingresos	156	56	16	43	12

Indicador: Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años					
Región	Número de países en la región	Mujeres		Hombres	
		Número de países con:			
		por lo menos un punto en los datos	por lo menos dos puntos en los datos	por lo menos un punto en los datos	por lo menos dos puntos en los datos
África oriental y meridional	21	14	6	12	6
África occidental y central	24	20	4	15	1
América Latina y el Caribe	35	10	3	5	1
Asia oriental y el Pacífico	27	3	1	3	0
Asia meridional	8	2	1	2	1
Oriente Medio y África del Norte	20	0	0	0	0
ECE/CEI	21	11	1	2	1
Países de bajos y medianos ingresos	156	60	16	39	10

**Nota:** Sólo se han incluido en el análisis los países de medianos y bajos ingresos donde UNICEF está presente. Los datos se refieren a cualquier tipo de dato recopilado de 2000 a 2006.

**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006.

conjunto mínimo de servicios, resulta difícil establecer indicadores sistemáticos de seguimiento e instrumentos para recopilar datos sobre los huérfanos y los niños vulnerables. Una mala coordinación de servicios significa que hay grandes posibilidades de que los niños reciban múltiples servicios y se les cuente más de una vez. UNICEF puede desempeñar una función directriz definiendo los servicios óptimos y los beneficiarios, así como fortaleciendo la presentación de informes sobre las repercusiones de una mayor atención a los niños y niñas vulnerables. Véase la Tabla 4, más abajo, para conocer el número de países que informan sobre la asistencia de los huérfanos a la escuela.

**TABLA 4: Número de países de medianos y bajos ingresos con datos disponibles sobre la asistencia de los huérfanos a la escuela (2000–2006)**

**Indicador: Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela**

Región	Número de países en la región	Número de países con por lo menos un punto en los datos	Número de países con por lo menos dos puntos en los datos
África oriental y meridional	21	19	12
África occidental y central	24	21	10
América Latina y el Caribe	35	11	3
Asia oriental y el Pacífico	27	5	1
Asia meridional	8	1	0
Oriente Medio y África del Norte	20	5	0
ECE/CEI	21	11	1
Países de bajos y medianos ingresos	156	73	27

**Nota:** Sólo se han incluido en el análisis los países de medianos y bajos ingresos donde UNICEF está presente. Los datos se refieren a cualquier tipo de dato recopilado de 2000 a 2006.

**Fuente:** Base mundial de datos de UNICEF, 2000–2006.



## CAPÍTULO 6

# MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

En septiembre de 2000 se celebró en las Naciones Unidas la mayor reunión de dirigentes mundiales de la historia. Los presentes aprobaron la Declaración del Milenio, que muy pronto dio lugar a una serie de objetivos y metas de desarrollo. Entre ellos se encontraba el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, y la meta correspondiente, detener para 2015 y comenzar a reducir la propagación del VIH y el SIDA.

Desde que se produjeron estos acontecimientos sin precedentes, el compromiso financiero mundial en favor de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en materia de VIH ha aumentado impresionantemente (véase el gráfico 14, página 31), y las cuestiones relacionadas con la infancia adquieren cada vez más importancia en el temario mundial y en los presupuestos dedicados al VIH y el SIDA. El compromiso de la Fundación Bill y Melinda Gates, del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, del PEPFAR y de ONUSIDA, entre otros, han convertido la meta del acceso universal en un objetivo que se puede realizar, y han creado por tanto una oportunidad sin precedentes para la adopción de medidas por la comunidad mundial.

Durante la Cumbre del G-8 celebrada en julio de 2005 en Gleneagles, el “Grupo de los Ocho”, compuesto por los principales países industrializados, exhortó a las organizaciones internacionales a “preparar y aplicar un conjunto para la prevención, el tratamiento y el cuidado relativo al VIH, con el objetivo de avanzar lo más cerca posible al acceso universal al tratamiento para aquellos que lo necesitan hacia 2010”. La Asamblea General de las Naciones Unidas apoyó este objetivo en la Cumbre Mundial de septiembre de 2005, y la tarea de proporcionar acceso universal se ha asumido a escala local y nacional. Muchas comunidades se han convertido en importantes ejemplos de cómo la sociedad civil y los gobiernos nacionales pueden trabajar juntos para alcanzar el acceso universal por medio de la ampliación de la escala de los programas y las intervenciones.

Hoy en día, los programas en las esferas de las “Cuatro P” —prevenir la transmisión de la madre al hijo, proporcionar atención y tratamiento pediátricos, prevenir el VIH y el SIDA entre los adolescentes y los jóvenes, y proteger y apoyar a los niños afectados por el SIDA— se benefician del apoyo financiero combinado del gasto público dedicado a esta tarea en cada país y la asistencia para el desarrollo procedente del exterior.

ONUSIDA calcula que en 2006 hubo disponibles 9.000 millones de dólares, y 10.000 millones en 2007, para combatir el SIDA<sup>35</sup>. Los flujos bilaterales y multilaterales alcanzaron los 6.200 millones de dólares de este total, o un 70%. La financiación procedente de fuentes domésticas en los países de bajos y medianos ingresos alcanzó los 2.800 millones de dólares en 2006, lo que representa aproximadamente el 30% del total del gasto para VIH y SIDA. La financiación doméstica ha aumentado todos los años desde 2005.

Las tendencias en el gasto difieren considerablemente de un país a otro, dependiendo de la cobertura del servicio y la disponibilidad de fondos. Todos los países de África subsahariana, excepto algunos, tienen bajos ingresos y dependen extraordinariamente

de la financiación externa para su respuesta contra el SIDA.

Desde su creación en 2002, el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo ha proporcionado 8.600 millones para programas; más de la mitad de estos fondos están dedicados a iniciativas sobre el VIH y cerca de dos terceras partes se utilizan en países de bajos ingresos, especialmente en África subsahariana. Los compromisos de 9.700 millones para el período de 2008 a 2010, que se realizaron en la reunión de donantes del Fondo Mundial en Berlín en octubre de 2007, harán que el tamaño del fondo se triplique.

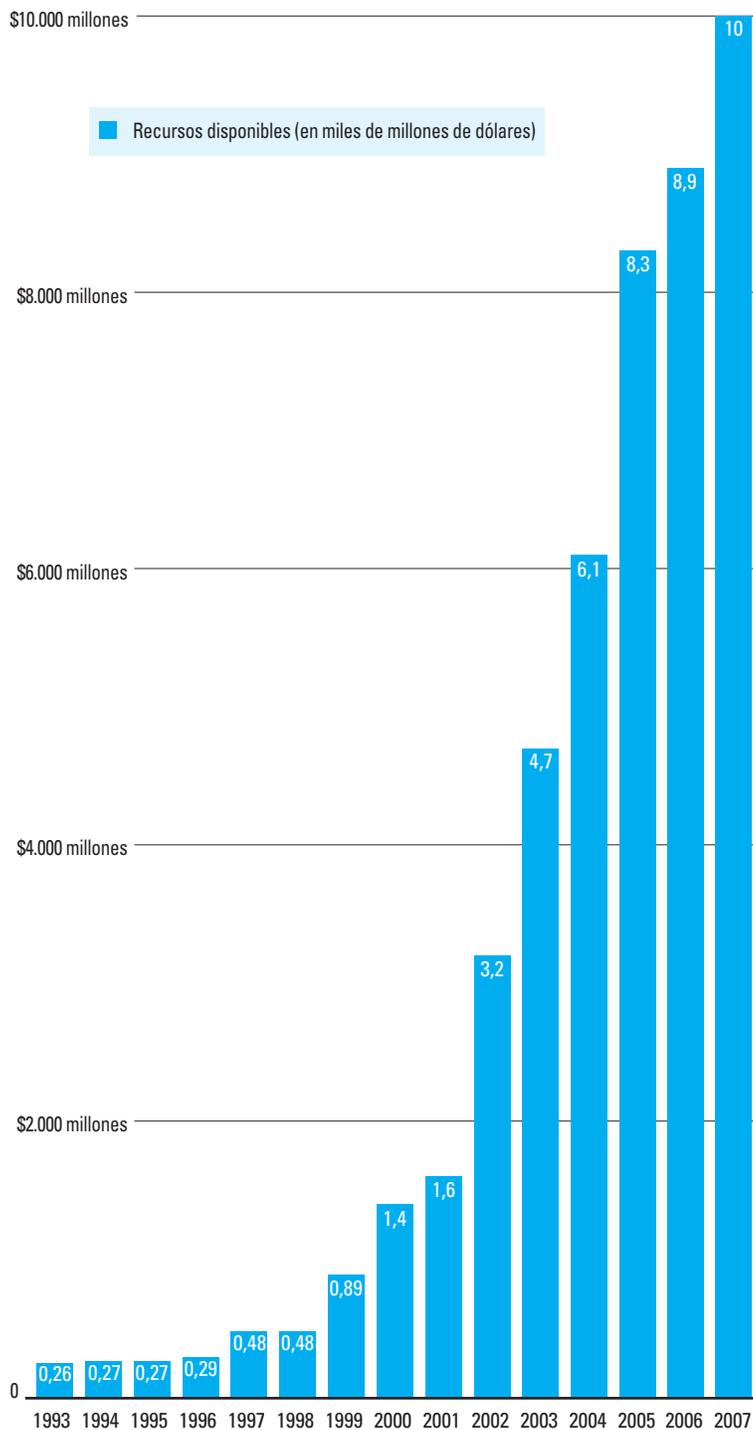
Entre los donantes multilaterales, el Fondo Mundial es el de mayor tamaño, y el Banco Mundial es el siguiente en términos de presupuesto relacionado con el VIH y el SIDA. Desde 1990 hasta 2006, el Banco Mundial ha donado 3.155 millones de dólares a la lucha contra el VIH y el SIDA, lo que incluye una considerable financiación para las actividades de las "Cuatro P"<sup>36</sup>.

El compromiso de PEPFAR con la prevención, el cuidado y el tratamiento relativos al VIH y el SIDA ha sido de 15.000 millones para el período de 2004 a 2008<sup>37</sup>, y si el Congreso de los Estados Unidos ratifica los planes, esta cifra se duplicará en el presupuesto de 2009 a 2013. Las directivas de financiación del PEPFAR asignan un 10% de su presupuesto a los huérfanos y los niños vulnerables, un 20% a las actividades de prevención, un 15% a la atención paliativa y un 55% al tratamiento.

El presupuesto de UNITAID superó los 320 millones de dólares en 2007 y podría ascender a 500 millones para 2009. Más del 90% de los fondos se dedicaron a programas nuevos y en marcha en 2007. UNITAID, un organismo internacional de adquisición de medicamentos, fue creado en 2006 para adquirir medicamentos y diagnósticos con recursos sostenibles y predecibles, como por ejemplo un impuesto en los billetes de avión recaudado únicamente para este objetivo.

Cada dos años, la Junta de Coordinación de Programas de ONUSIDA aprueba un presupuesto unificado y un plan de trabajo que asigna fondos para determinadas actividades y determina cuál es el organismo o programa responsable de cada actividad. El elemento básico del presupuesto unificado para 2006–2007 fue 320,5 millones.

**GRÁFICO 14: Total anual de recursos disponibles para el SIDA (1993–2007)**



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, septiembre de 2007.

En resumen, las repercusiones del SIDA sobre la infancia han generado una poderosa respuesta emocional y un considerable aumento en la financiación durante los últimos años. Aunque este aporte monetario es muy satisfactorio, representa una "respuesta de emergencia" a una epidemia que podría permanecer con nosotros por varias generaciones. Los gobiernos y los donantes tendrán que apoyar una perspectiva de desarrollo a largo plazo que aporte al mismo tiempo las necesidades inmediatas de los niños y trate de mejorar sus condiciones de crecimiento.

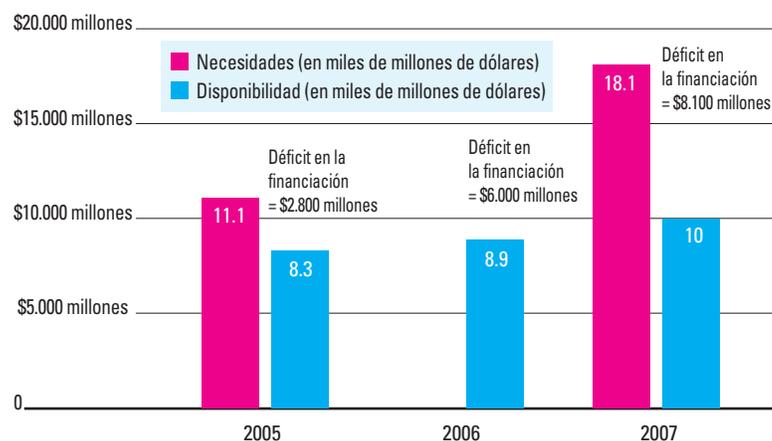
### Seguimiento de los gastos mundiales en las "Cuatro P"

Dos de las metas iniciales de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* consistían en aprovechar al máximo los recursos necesarios para ampliar la escala de los programas en las esferas de las "Cuatro P" mediante la movilización de 30.000 millones de dólares entre 2005 y 2010, y garantizar que los donantes comprometan por lo menos un 10% de sus fondos relacionados con el VIH y el SIDA a la infancia. La cantidad y la calidad de los recursos dedicados a programas para la infancia han aumentado considerablemente, y la financiación es ahora más oportuna, predecible y flexible, y aborda mejor las necesidades programáticas específicas de los niños y las mujeres.

Pero obtener cifras sobre los gastos necesarios para informar sobre la proporción exacta del presupuesto mundial del VIH y el SIDA que se dedica a la infancia sigue siendo problemático. Resulta fundamental obtener datos desagregados por edad y género más fiables a fin de determinar la cantidad de los recursos presupuestarios que se asignan a las necesidades de los niños de corta edad, los niños y las niñas adolescentes, y aquellos que se ocupan de ellos, y para ayudar a los países a dirigir mejor sus gastos dedicados a la infancia hacia las intervenciones que resulten más necesarias.

ONUSIDA ha ampliado su Evaluación del gasto nacional en el SIDA, un recurso para rastrear los recursos, y podría utilizarse para supervisar la aplicación de los planes estratégicos nacionales de los países y sus progresos hacia el logro de los objetivos internacional o nacionalmente aprobados. La metodología que se utiliza en la Evaluación del gasto nacional en el SIDA puede desglosar con precisión los

**GRÁFICO 15: Déficit en la financiación entre los recursos necesarios y los recursos disponibles (2005–2007)**



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, septiembre de 2007.

gastos por edad y género, y proporcionar una información y un análisis minuciosos sobre cada una de las esferas programáticas de las "Cuatro P". En 2007, la cobertura por país de la Evaluación del gasto nacional en el SIDA era todavía muy reducida para calcular el gasto mundial total en las "Cuatro P"; pero su ampliación podría facilitar estos cálculos mundiales durante los próximos años.

El Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) realiza también un seguimiento de los gastos relativos al VIH y al SIDA dirigido a los donantes. La información, basada en datos precisos y recopilados con rigor, se divide por fuentes multilaterales y bilaterales y resulta muy útil para un análisis a largo plazo y para la presentación de informes sobre tendencias históricas en el gasto. Después de la creación del Fondo Mundial en 2002 se registró un aumento en los recursos multilaterales.

Importantes donantes como el PEPFAR y el Fondo Mundial ofrecen útiles datos financieros relacionados con las "Cuatro P". PEPFAR informa ahora sobre el número de mujeres que reciben servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo, el número de niños menores de 15 años que reciben tratamiento antirretroviral, el número de huérfanos y niños vulnerables a quienes se ofrecen servicios y los costos programáticos relacionados. Las propuestas del Fondo Mundial se reflejan sobre todo en la asignación de recursos financieros a las tres esferas problemáticas vinculadas con la infancia: prevenir la transmisión de la madre al hijo, el tratamiento pediátrico y la prevención.

Las contribuciones realizadas por los gobiernos y las organizaciones mencionados anteriormente son fundamentales para los logros alcanzados hasta la fecha y esenciales para poder alcanzar en 2015 las metas mundiales relacionadas con la infancia y el VIH y el SIDA.

## El déficit en la financiación y las estimaciones sobre necesidades de recursos para las “Cuatro P”

Para determinar la cantidad de recursos que se necesitan en favor de la infancia, las metas en materia de financiación de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* se rigen en la actualidad por los cálculos bienales de necesidades de recursos de ONUSIDA. En septiembre de 2007, ONUSIDA publicó un nuevo informe, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, que pronostica los recursos necesarios para las esferas de las “Cuatro P” desde 2008 hasta 2010. A pesar del considerable aumento de fondos disponibles, en 2006 se produjo un déficit de 6.000 millones entre las estimaciones de recursos necesarios de ONUSIDA y el total de recursos disponibles (véase el gráfico 15, página 32). ONUSIDA proyectó que durante los próximos años, el déficit podría ampliarse si se mantienen las tendencias actuales en la financiación<sup>38</sup>.

En este informe, ONUSIDA presenta escenarios para la ampliación de la escala y listas de costos de los numerosos elementos vinculados con el logro del acceso universal. En la Tabla 5 aparecen los requisitos financieros relacionados directamente con la infancia en dos escenarios. El primero incluye cálculos de fondos necesarios para alcanzar el acceso universal en 2010. El segundo está basado en las tendencias de la ampliación de la escala durante los últimos años; el acceso universal para este escenario se alcanzaría en 2015.

Las decisiones sobre la asignación de recursos deben estar basadas en evaluaciones internas de las circunstancias y necesidades únicas del país. Por ejemplo, aunque las cifras mundiales sugieren que el 12% del total de los fondos debería dedicarse a prestar apoyo a los huérfanos y niños vulnerables, las nueve décimas partes del 12% son para África subsahariana. También resulta fundamental reconocer que cualquier estimación tiene sus límites debido a las dificultades en la disponibilidad de datos sobre niños y adolescentes.



© UNICEF/H005-0921/Shehzed Noorani

**TABLA 5: Estimaciones de las necesidades de recursos de ONUSIDA para actividades relacionadas directamente con la infancia (millones de dólares)**

Escenario 1: Acceso universal para 2010	2008	2009	2010
Jóvenes en la escuela	103	124	145
Jóvenes no escolarizados	237	434	633
Prevención de la transmisión de la madre al hijo	342	494	662
Medicamentos antirretrovirales de primera línea para los niños	50	77	110
Recursos financieros necesarios para los huérfanos y los niños vulnerables*	1.313	2.386	4.383
Educación y formación para la sensibilización de los adolescentes (violencia contra la mujer)	68	259	574

Escenario 2: Ampliación paulatina de la escala hacia el acceso universal	2008	2009	2010
Jóvenes en la escuela	91	99	108
Jóvenes no escolarizados	116	192	269
Prevención de la transmisión de la madre al hijo	342	494	662
Medicamentos antirretrovirales de primera línea para los niños	40	53	66
Recursos financieros necesarios para los huérfanos y los niños vulnerables*	1.258	1.764	2.540
Educación y formación para la sensibilización de los adolescentes (violencia contra la mujer)	20	70	152

**Nota:** Los cálculos para los huérfanos y los niños vulnerables incluyen todos los huérfanos dobles y la mitad de los huérfanos de un solo progenitor que viven por debajo de la línea de la pobreza en África subsahariana y solamente a los niños huérfanos a causa del SIDA en otras partes. “Huérfanos dobles” se refiere a los niños que han perdido a ambos progenitores.

**Fuente:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, ONUSIDA, Ginebra, septiembre de 2007, págs. 22–24, 26.

## CAPÍTULO 7

### CONCLUSIONES

Más de dos años después desde que se realizara por primera vez el llamamiento de la campaña *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*, ha comenzado a surgir una tendencia. Aquellos que tienen la capacidad de cumplir con sus compromisos en las esferas prioritarias encapsuladas en las "Cuatro P" lo están haciendo. Los niños han dejado de ser invisibles para los gobiernos nacionales, los donantes y las organizaciones internacionales. Es posible mantener los enormes esfuerzos iniciales para lograr progresos sobre el terreno siempre que reciban el apoyo local, se adapten a las realidades locales y fortalezcan las estructuras locales de prestación de servicios.

Tal como ha tratado de demostrar este inventario de la situación, fortalecer a las comunidades y a las familias es una parte fundamental de la respuesta a las necesidades de los niños y los adolescentes que sufren los efectos de la epidemia. El hincapié en las intervenciones con grandes efectos que consiguen resultados mesurables debe servir para beneficiar no solamente a los niños y a los adolescentes vulnerables a causa del VIH y el SIDA, sino también a otros niños cuyas necesidades podrían ser igualmente graves, aunque sea por otras causas.

Este informe llama también la atención sobre la importancia de continuar y mejorar las actividades vigentes para establecer las normas, reglamentos y directrices que garanticen una aplicación apropiada y eficaz de las iniciativas dedicadas a intensificar los progresos en el logro de las metas definidas por cada una de las "Cuatro P". Todos aquellos que trabajan para mitigar las consecuencias del SIDA sobre la infancia deben seguir recopilando las pruebas necesarias para ayudar a todos los agentes a "conocer la epidemia" y alcanzar la capacidad para responder a los diversos problemas que presentan epidemias que difieren en su naturaleza no solamente a lo largo de las regiones, sino también dentro de los países.

El informe presenta otras conclusiones más específicas:

- La ampliación de la escala de los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo es posible en los países de medianos y bajos ingresos. Un punto importante de este informe es el progreso constante que se ha observado en África oriental y meridional durante los últimos tres años. El tratamiento antirretroviral combinado para las mujeres embarazadas podría reducir considerablemente el número de niños infectados y mejorar en general el bienestar y la supervivencia infantiles, a medida que aumente el número de países que adoptan este enfoque.
- La prestación de servicios de atención y tratamiento sobre el VIH dirigida a los niños se ha beneficiado enormemente de la aceleración en el programa de tratamiento de los adultos, la utilización de enfoques centrados en la familia para la prestación de servicios y el impulso en favor de regímenes antirretrovirales apropiados para los niños de corta edad. En la actualidad se está haciendo un mayor hincapié en el diagnóstico temprano del lactante, dada la excesiva mortalidad que se registra en este grupo de edad, pero todavía se necesita una orientación operativa en materia de consentimiento, revelación y apoyo psicosocial para los niños que viven con VIH.

- Aunque se han logrado importantes progresos en la prevención del VIH entre los adolescentes y los jóvenes, todavía queda mucho por hacer. La prevención del VIH en los países de alta prevalencia exige no solamente un amplio conocimiento individual, aptitudes para la reducción de riesgos y acceso a servicios y productos como los preservativos, sino también cambios en las normas y las actitudes de toda la comunidad, sobre todo las que rodean las funciones de los géneros y la violencia doméstica. Es urgente ampliar los programas destinados a reducir los riesgos y cambiar los comportamientos de los adolescentes y los jóvenes que se encuentran en mayor situación de riesgo, especialmente allí donde la propagación de la epidemia está relacionada con el trabajo sexual, con el consumo de drogas inyectables y con la práctica de relaciones sexuales de alto riesgo entre hombres. También es necesario mejorar la calidad de las encuestas de población y de comportamiento que recaban información sobre comportamientos de alto riesgo.
- Los datos procedentes de las tareas de seguimiento indican que la diferencia entre las tasas de matriculación en la escuela de los niños que han perdido a ambos progenitores y las de otros niños se están reduciendo en muchos países. Un número cada vez mayor de niños vulnerables tienen acceso a servicios gratuitos, entre ellos la salud, la educación y la protección social. Se necesitan leyes, políticas y servicios que ayuden a las familias y a las comunidades a ocuparse de los huérfanos. Se han logrado considerables avances en la cobertura, pero los servicios siguen llegando solamente a un porcentaje muy pequeño de niños y de familias necesitados. En muchas zonas predominan el estigma y la discriminación. La ampliación a escala nacional de los programas que han demostrado su eficacia sigue siendo problemática pero, si se realizan con éxito, podría ser el legado más importante de la campaña *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*.
- Recientemente se ha intensificado el apoyo a las transferencias de efectivo como medio para mitigar las repercusiones del SIDA. Hay cada vez mayores pruebas que indican que estas transferencias podrían contribuir considerablemente a la ampliación del



© UNICEF/H004-1205/Ann Vitale

acceso a la educación y la mejora de la situación en materia de salud y nutrición de los niños más vulnerables. El problema radica ahora en supervisar y evaluar los resultados y ampliar su escala siempre que sea posible.

Los niños y los adolescentes de hoy en día no han conocido nunca un mundo sin SIDA. Ellos son los más vulnerables a la infección por VIH, los menos preparados para protegerse contra la epidemia y quienes tienen el mayor interés en detenerla. En los países más afectados, a medida que los niños y las niñas crecen y se desarrollan desde la primera infancia hasta los años que pasan en la escuela y posteriormente hasta la pubertad, la adolescencia y la edad adulta, tienen que hacer frente a decisiones difíciles al mismo tiempo que mantienen una conducta segura y responsable en sus relaciones sexuales y de género. Muy pronto heredarán el desafío de detener la propagación del VIH y de tratar de conseguir una generación libre del SIDA. Es preciso prestarles apoyo, escucharles, permitir que influyan en la dirección de la respuesta del VIH y el SIDA, y ofrecerles los instrumentos que necesitan para crear esta generación libre del SIDA. Según este informe, aunque se han logrado progresos alentadores en esta dirección, todavía queda mucho camino por recorrer.

## REFERENCIAS

- 1 Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-infected Mothers in Africa: A pooled analysis', *The Lancet*, vol. 364, octubre de 2004, págs. 1236-1243.
- 2 ONUSIDA, UNICEF y OMS, 'Towards Universal Access: Scaling up HIV Treatment, Care and Prevention interventions in the health sector' (de próxima aparición).
- 3 Creek, Tracy, et al., 'Early Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus in Infants Using Polymerase Chain Reaction on Dried Blood Spots in Botswana's National Program for Prevention of Mother-to-Child Transmission', *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 27, no. 1, enero de 2008, págs. 22-26.
- 4 Plipat, Tanarak, et al., 'Reduction in Mother-to-Child Transmission of HIV in Thailand, 2001-2003: Results from population-based surveillance in six provinces', *AIDS*, vol. 21, no. 2, enero de 2007, págs. 145-151.
- 5 Potter, Dara, et al., 'Do Targeted HIV Programs Improve Overall Care for Pregnant Women?: Antenatal syphilis management in Zambia before and after implementation of prevention and mother-to-child HIV transmission programs', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, no. 1, enero de 2008, págs. 79-85.
- 6 Druce, Nel, y Anne Nolan, 'Seizing the Big Missed Opportunity: Linking HIV and maternity care services in sub-Saharan Africa', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, noviembre de 2007, págs. 190-201.
- 7 Kominami, Mayumi, et al., 'Factors Determining Prenatal HIV Testing for Prevention of Mother to Child Transmission in Dar Es Salaam, Tanzania', *Pediatrics International*, vol. 49, no. 2, abril de 2007, pág. 286; Okonkwo, Kingsley C., et al., 'An Evaluation of Awareness: Attitudes and beliefs of pregnant Nigerian women toward voluntary counseling and testing for HIV', *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 21, no. 4, abril de 2007, págs. 252-260; Homsy, Jaco, et al., 'The Need for Partner Consent Is a Main Reason for Opting Out of Routine HIV Testing for Prevention of Mother-to-Child Transmission in a Rural Ugandan Hospital', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 44, no. 3, marzo de 2007, págs. 366-369.
- 8 Kakimoto, Kazuhiro, et al., 'Influence of the Involvement of Partners in the Mother Class with Voluntary Confidential Counselling and Testing Acceptance for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV Programme (PTMC Programme) in Cambodia', *AIDS Care*, vol. 19, no. 3, marzo de 2007, págs. 381-384.
- 9 Makokha, Jacqueline T., 'Report of the Baseline Study of the Male Plus PTMC Champions Project in Mombasa and Kisumu Districts', presentado a UNICEF, Oficina Regional de África oriental y meridional, Nairobi, junio de 2007.
- 10 Epstein, Helen, et al., *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Settings*, The Population Council and United Nations Population Fund, Nueva York, 2002, pág. 21; and Semrau, Katherine, et al., 'Women in Couples Antenatal HIV Counseling and Testing Are Not More Likely to Report Adverse Social Events', *AIDS*, vol. 19, no. 6, abril de 2005, págs. 603-609.
- 11 Thior, Ibou, et al., 'Breastfeeding Plus Infant Zidovudine Prophylaxis for 6 Months vs Formula Feeding Plus Infant Zidovudine for 1 Month to Reduce Mother-to-Child HIV Transmission in Botswana: A Randomized Trial -The Mashi Study', *Journal of the American Medical Association*, vol. 296, no. 7, págs. 794-805.
- 12 Organización Mundial de la Salud, 'HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-Agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants', Declaración de Consenso, OMS, Ginebra, 25-27 de octubre de 2006.

- 13 Doherty, Tanya, et al., 'Effect of the HIV Epidemic on Infant Feeding in South Africa: "When they see me coming with the tins they laugh at me"', *Boletín of the Organización Mundial de la Salud*, vol. 84, no. 2, febrero de 2006, págs. 90–96.
- 14 Coovadia, Hoosen, et al. 'Mother-to-child-transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study', *The Lancet*, vol. 369, 31 de marzo de 2007, pág. 1107–1116.
- 15 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *AIDS Epidemic Update: December 2007*, ONUSIDA y OMS, Ginebra, 2007, pág. 1.
- 16 Ibid.
- 17 Violar, Avy, 'Antiretroviral therapy initiated before 12 weeks of age reduces early mortality in young HIV-infected infants: Evidence from the Children with HIV Early Antiretroviral Therapy (CHER) Study,' documento presentado en la Cuarta Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA sobre Patogénesis del VIH, Sydney, 22–25 de julio de 2007.
- 18 ONUSIDA, UNICEF y OMS, 'Towards Universal Access: Scaling up HIV Treatment, Care and Prevention interventions in the health sector' (de próxima aparición).
- 19 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Laços Sul-Sul (LSS) Supporting the Response to HIV through South-South Cooperation', *LSS Initiative: 2007 Update*, UNICEF, Nueva York, 2007, pág. 4.
- 20 Doctors Without Borders/Médecins sans frontières USA, 'Children Neglected in AIDS Fight', *Alert*, vol. 8, no. 3, pág. 12.
- 21 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, diapositivas y gráficos relacionados con el *AIDS Epidemic Update: December 2007*, ONUSIDA y OMS, Ginebra, 2007, pág. 10.
- 22 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *AIDS Epidemic Update: December 2007*, ONUSIDA y OMS, Ginebra, 2007, pág. 12–13.
- 23 Emmelin, Maria, et al., 'HIV-1 Infection Prevalence and Incidence Trends in Areas of Contrasting Levels of Infection in the Kagera Region, Tanzania, 1987–2000', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 40, no. 5, diciembre de 2005, págs. 585–591; Stoneburner, Rand, et al., 'Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda', *Science*, vol. 304, no. 5671, abril de 2004, págs. 714–718; Cheluget, B., et al., 'Evidence for population level declines in adult HIV prevalence in Kenya', *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, abril de 2006, págs. 121–126; Gregson, Simon, et al., 'HIV Decline Associated with Behavior Change in Eastern Zimbabwe', *Science*, vol. 311, no. 5761, págs. 664–666.
- 24 Hearst, Norman, y Sanny Chen, 'Condom Promotion for AIDS Prevention in the Developing World: Is it working?', *Studies in Family Planning*, vol. 35, no. 1, marzo de 2004, pág. 39.
- 25 UNICEF, 'Stocktaking of Life Skills-Based Education', Documento ocasional, borrador con fecha de 31 de diciembre de 2007, pág. 9.
- 26 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para los niños*, Número 6, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, págs. 12–15.
- 27 Akhmedov, Komiljon, et al., 'Introduction of Youth Friendly Health Services for Most at Risk Adolescents in Uzbekistan: An emergency response to the fastest growing HIV epidemic in Central Asia', Resumen 970, presentado en la 2007 HIV/AIDS Implementers Meeting, 'Scaling Up Through Partnerships', Kigali, 16–19 de junio de 2007, págs. 94–95.
- 28 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, y Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children affected by AIDS*, UNICEF, Nueva York, agosto de 2006, pág. 35.
- 29 Oficina Regional de UNICEF para Asia meridional, 'Children Affected by HIV/AIDS in Asia meridional: A synthesis of current global, regional and national thinking and research', Oficina Regional de UNICEF para Asia meridional, Kathmandú, abril de 2007, pág. 6.
- 30 Human Rights Watch, 'Positively Abandoned: Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia', *Human Rights Watch*, vol. 17, no. 4(D), junio de 2005, pág. 12; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA: Eastern Europe and Central Asia*, UNICEF, Nueva York, junio de 2006, pág. 12.
- 31 Análisis de UNICEF de la base de datos de los Planes Nacionales de Acción para niños huérfanos y vulnerables, febrero de 2008.
- 32 Schubert, Bernd, *The Impact of Social Cash Transfers on Children Affected by HIV and AIDS: Evidence from Zambia, Malawi and South Africa*, Oficina Regional de UNICEF para África oriental y Meridional, Nairobi, mayo de 2007, pág. 6.
- 33 Ibid., pág. 21.
- 34 Pal, Karuna, et al., 'Can low-income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise', *Issues in Social Protection, Discussion Paper 13*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, junio de 2005, pág. 33.
- 35 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, ONUSIDA, Ginebra, septiembre de 2007, pág. 4.
- 36 Banco Mundial, 'HIV/AIDS Funding: Commitments and disbursements, 1990–2007', Banco Mundial, Washington, D.C., 2007.
- 37 Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA, *The Power of Partnerships: The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2008 Report to Congress*, PEPFAR, Washington, D.C., enero de 2008, pág. 9; y Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA, *Action Today, A Foundation for Tomorrow: The President's Emergency Plan for AIDS Relief*, Segundo Informe Anual al Congreso, PEPFAR, Washington, D.C., 2006, pág. 9.
- 38 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, ONUSIDA, Ginebra, septiembre de 2007, págs. 1–2.

## ANEXO

# NOTA SOBRE LOS DATOS

### FUENTES Y COMPILACIÓN DE LOS DATOS

Los datos y los análisis que se presentan en este inventario de la situación se derivan de las bases de datos mundiales de UNICEF y se han compilado recurriendo a varias fuentes, entre ellas las que proceden de datos nacionales representativos recopilados de encuestas en hogares, como las Encuestas Demográficas y de Salud, las Encuestas Múltiples de Indicadores por Conglomerados, las Encuestas sobre la salud de la reproducción, estadísticas de los servicios nacionales de programas y la aplicación de la información recopilada anualmente por UNICEF y la OMS por medio de un cuestionario genérico sobre la prevención de la transmisión de la madre al hijo y la atención y el tratamiento pediátricos del VIH, en nombre del Equipo de Tareas Interinstitucional para prevenir la transmisión de la madre al hijo; las estimaciones de las necesidades de atención y tratamiento del VIH en los países según los modelos de ONUSIDA y la OMS; y las estimaciones sobre el número de nacimientos anuales de la División de Población de las Naciones Unidas.

Para obtener información más minuciosa sobre las encuestas en los hogares, visite <[www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)> y <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>. Las descripciones técnicas sobre la metodología epidemiológica utilizada para estimar las necesidades de atención y tratamiento del VIH están disponibles en <[www.unaids.org](http://www.unaids.org)>.

Estos datos facilitan la realización de una evaluación amplia de los progresos en el logro de los objetivos internacionales sobre el acceso universal a la atención, el tratamiento y el apoyo en materia de VIH para todos los niños y niñas.

La OMS, ONUSIDA y UNICEF emplearon datos sobre la prevención de la transmisión de la madre al hijo y la atención y el tratamiento pediátricos del VIH para proyectar las tasas de cobertura de 2006 en *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report, April 2007*. Esto se debe a que los datos disponibles cuando se publicó el informe *Towards Universal Access* de 2007 no abarcaban todo el período de enero a diciembre de 2006. Debido a la necesidad de disponer de un período de 12 meses para el informe, se emplearon datos de 2005 y, parcialmente, de 2006, con el fin de proyectar la cobertura para el período anual de enero a diciembre de 2006. Ya que muchos países están ampliando rápidamente la escala de la prevención de la transmisión de la madre al hijo y de los servicios de atención y tratamiento pediátricos del VIH, los datos presentados en este inventario son ligeramente diferentes de los datos que aparecen en la edición de 2007 de *Towards Universal Access*. Este informe utiliza las cifras reales de cobertura de servicios según los informes de la mayoría de los países para el período de 12 meses de enero a diciembre de 2006.

### ESTIMACIONES SOBRE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO EN MATERIA DE VIH DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LOS NIÑOS

El 20 de noviembre de 2007, ONUSIDA y la OMS publicaron nuevas estimaciones mundiales del número de personas que viven con VIH, de las nuevas infecciones y de las muertes por SIDA. En 2007, ONUSIDA refinó su metodología para estimar los casos de VIH y de SIDA a fin de que reflejaran datos más válidos obtenidos de encuestas basadas en la población y de sistemas nacionales ampliados de vigilancia centinela en diversos países. Como resultado, ONUSIDA ha generado retrospectivamente nuevas estimaciones para los últimos años, sobre la base de esta metodología refinada. Para mantener la uniformidad y establecer una medición comparativa del progreso, es preciso recalcular los análisis de la tendencia utilizando solamente las estimaciones generadas recientemente.

De igual modo, se han refinado las estimaciones mundiales del número de mujeres que necesitan servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo, y las tasas de cobertura registradas para 2004 y 2005 se han recalculado utilizando las estimaciones generadas recientemente. Los cálculos sobre las necesidades de atención y tratamiento en materia de VIH de los niños menores de cinco años no estaban disponibles en el momento de la publicación. Como resultado, en este informe se presentan solamente las cifras reales de niños que según se informa están recibiendo intervenciones específicas relacionadas con el VIH.

Las nuevas estimaciones de ONUSIDA para 2006 son inferiores a las estimaciones utilizadas previamente en el informe sobre la cobertura de la prevención de la transmisión de la madre al hijo y la atención y el tratamiento pediátrico del VIH. Las diferencias en las estimaciones de 2006 y 2007 no están relacionadas con las tendencias a lo largo del tiempo y por tanto no son comparables. Por ejemplo, es una equivocación llegar a la conclusión de que el número estimado de niños que viven con VIH ha descendido de 2,3 millones en 2006 a 2,1 millones en 2007, dado que estas estimaciones no se derivan de las tendencias del SIDA a lo largo del tiempo, sino de procedimientos de modelos epidemiológicos más refinados. Para obtener más información sobre la metodología para las estimaciones sobre el VIH, visite <[www.unaids.org](http://www.unaids.org)>.

**OBJETIVO 1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo en los países de bajos y medianos ingresos**

	Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (15 a 49 años), 2005	Cobertura de la atención prenatal (%), 2000-2006*	Cifra anual de nacimientos, 2006 (miles)	Cifra de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2006z			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2006	% estimado de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2006**		
				Estimado	Bajo estimado			Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
					Alto estimado					
Afganistán	<0,1	16	1.272	<100	–	–	0	0	–	–
Albania	–	97	52	–	–	–	–	–	–	–
Angola	3,7	66	792	14.094	8.948	19.080	1.923	14	10	21
Antigua y Barbuda	–	100	0	–	–	–	4	–	–	–
Arabia Saudita	–	90 x	612	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	0,1	89	694	<500	<500	783	–	–	–	–
Argentina	0,6	99	690	1.654	1.153	2.255	2.120	>95	94	>95
Armenia	0,1	93	36	<100	<100	<100	5 d	–	–	–
Azerbaiyán	0,1	70	129	<100	<100	<200	1	–	–	–
Bahamas	3,3	–	6	<100	<100	<200	–	–	–	–
Bahrein	–	97 x	13	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,1	48	4.013	<200	<100	<500	5 a	–	–	–
Barbados	1,5	100	3	<100	<100	<100	37	–	–	–
Belarús	0,3	99	91	<100	<100	<200	158	–	–	–
Belice	2,5	96 x	7	<200	<100	<500	57	–	–	–
Benín	1,2 h	88	358	4.497	3.882	5.278	2.378	53	45	61
Bhután	<0,1	51	12	<100	<100	<100	3	–	–	–
Bolivia	0,1	79	264	<200	<200	<500	–	–	–	–
Bosnia y Herzegovina	<0,1	99	35	–	–	–	0	–	–	–
Botswana	25,2 h	97	47	11.370	10.526	12.286	12.994	>95	–	–
Brasil	0,5	97	3.720	9.222	5.829	13.361	6.510	71	49	>95
Brunei Darussalam	<0,1	100 x	8	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	<0,1	–	69	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	1,8 h	85	641	3.029	2.014	4.221	1.615	53	38	80
Burundi	3,6 h	92	381	8.208	5.462	10.743	1.112	14	10	20
Cabo Verde	–	99 x	15	–	–	–	43	–	–	–
Camboya	0,6 h	69	377	1.502	1.170	1.858	312	21	17	27
Camerún	5,5 h	82	649	35.127	25.363	41.913	7.588	22	18	30
Chad	3,3 h	39	482	17.231	11.000	21.586	254	1	1	2
Chile	0,3	95 x	249	<500	<500	548	–	–	–	–
China	0,1	90	17.309	6.899	4.255	10.777	650	9	6	15
Colombia	0,6	94	884	2.452	1.488	4.363	112	5	3	8
Comoras	<0,1	75	28	<100	<100	<100	0	–	–	–
Congo	5,3	86	132	4.523	3.707	5.457	325	7	6	9
Congo, República Democrática del	3,2	68	3.026	90.077	70.480	112.999	3.422	4	3	5
Corea, República de	<0,1	–	455	<100	<100	<500	–	–	–	–
Corea, República Popular Democrática de	–	–	321	<100	<100	<200	–	–	–	–
Costa Rica	0,3	92	80	<200	<100	<500	21	–	–	–
Côte d'Ivoire	4,7 h	85	684	30.412	24.278	36.289	2.773	9	8	11
Croacia	<0,1	–	41	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,1	100	121	<100	<100	<200	34	–	–	–
Djibouti	3,1	67	24	828	626	1.035	52	6	5	8
Dominica	–	100	0	–	–	–	1	–	–	–
Ecuador	0,3	84	285	<500	<500	759	213	–	–	–
Egipto	<0,1	70	1.828	<200	<100	<500	–	–	–	–
El Salvador	0,9	86	159	629	<500	1.057	193	31	18	53
Emiratos Árabes Unidos	–	97 x	69	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	2,4	70	186	2.433	1.624	3.592	75	3	2	5
Etiopía	1,4 h	28	3.159	65.585	57.912	74.324	2.330	4	3	4
Ex República Yugoslava de Macedonia	<0,1	81	23	–	–	–	–	–	–	–
Federación de Rusia	1,1	–	1.506	7.223	3.525	15.697	6.224	86	40	>95
Fiji	0,1	–	18	<100	<100	<100	5	–	–	–
Filipinas	<0,1	88	2.295	<500	<200	<500	–	–	–	–
Gabón	7,9	94	34	2.300	1.651	3.316	89	4	3	5
Gambia	2,4	98	60	500	<500	780	103	21	13	44
Georgia	0,2	94	48	<100	<100	<100	15	–	–	–
Ghana	2,2 h	92	700	15.183	13.146	17.450	1.239	8	7	9
Granada	–	100	2	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	0,9	84	445	1.925	1.185	3.472	167	9	5	14
Guinea	1,5 h	82	374	6.074	4.905	8.036	486	8	6	10
Guinea-Bissau	3,8	78	82	1.454	1.020	2.082	195	13	9	19
Guinea Ecuatorial	3,2 h	86	19	712	527	953	103	14	11	20
Guyana	2,4	90	13	<500	<500	519	144	–	–	–
Haití	2,2 h	85	269	4.946	4.099	5.886	991	20	17	24
Honduras	1,5	92	199	656	<500	1.010	200	30	20	46
India	0,28 h	74	27.195	70.489	43.952	111.189	7.007	10	6	16

**OBJETIVO 1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo en los países de bajos y medianos ingresos**

	Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (15 a 49 años), 2005	Cobertura de la atención prenatal (%), 2000-2006*	Cifra anual de nacimientos, 2006 (miles)	Cifra de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2006z			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2006	% estimado de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2006**		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Indonesia	0,1	92	4.427	2.724	1.382	5.802	40	1	1	3
Irán (República Islámica de)	0,2	77 x	1.407	1.222	805	1.863	—	—	—	—
Iraq	—	84	937	—	—	—	—	—	—	—
Islas Cook	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—
Islas Marshall	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—
Islas Salomón	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	1,5	91	55	<500	<500	636	371	—	—	—
Jordania	—	99	152	—	—	—	0	—	—	—
Kazajstán	0,1	100	289	<500	<200	566	80	—	—	—
Kenya	6,7 h	88	1.447	77.799	66.593	88.223	37.130	48	42	56
Kirguistán	0,1	97	113	<100	<100	<200	9	—	—	—
Kiribati	—	88 x	0	—	—	—	—	—	—	—
Kuwait	—	95 x	50	—	—	—	—	—	—	—
Lao, República Popular Democrática	0,1	27	156	<200	<100	<500	—	—	—	—
Lesotho	23,5 h	90	59	11.985	10.902	13.292	2.005	17	15	18
Libano	0,1	96	74	<100	<100	<500	—	—	—	—
Liberia	—	85	184	2.830	2.188	3.481	76	3	2	3
Libia, Jamahiriya Árabe	—	81 x	144	—	—	—	—	—	—	—
Madagascar	0,5	80	714	<500	<500	904	7	—	—	—
Malasia	0,5	79	556	1.159	737	1.813	170	15	9	23
Malawi	12,7 h	92	566	67.316	58.121	76.957	9.231	14	12	16
Maldivas	—	81	7	<100	<100	<100	—	—	—	—
Malí	1,3 h	57	579	8.426	6.893	10.346	656	8	6	10
Marruecos	0,1	68	635	<500	<200	585	—	—	—	—
Mauricio	0,6	—	19	<200	<100	<500	—	—	—	—
Mauritania	0,7	64	102	<500	<500	787	12	—	—	—
México	0,3	86 x	2.109	3.073	1.663	5.835	146	5	3	9
Micronesia (Estados Federados de)	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Moldova	1,1	98	44	<100	<100	<200	62	—	—	—
Mongolia	<0,1	99	49	<100	<100	<100	1	—	—	—
Montenegro	—	97	8	—	—	—	0	—	—	—
Mozambique	16,1	85	856	95.482	79.656	112.694	12.150	13	11	15
Myanmar	1,3	76	897	2.907	2.077	3.952	993	34	25	48
Namibia	19,6	91	53	9.316	7.615	11.151	6.022	65	54	79
Nauru	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	0,5	44	791	1.738	919	3.083	35	2	1	4
Nicaragua	0,2	86	139	<200	<100	<500	26	—	—	—
Níger	0,7 h	46	683	3.132	2.153	4.515	214	7	5	10
Nigeria	3,9	58	5.909	187.544	133.734	231.696	6.168	3	3	5
Niue	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—
Omán	—	100	57	—	—	—	—	—	—	—
Pakistán	0,1	36	4.358	2.089	1.137	4.265	8	<1	<1	1
Palau	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	0,9	72 x	70	<500	<500	513	—	—	—	—
Papua Nueva Guinea	1,8	78 x	191	1.546	1.430	1.672	31 b	—	—	—
Paraguay	0,4	94	153	<500	<500	769	73	—	—	—
Perú	0,6	92	584	1.653	902	2.685	560	34	21	62
Qatar	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—
República Árabe Siria	—	84	529	—	—	—	—	—	—	—
República Centroafricana	6,2 h	69	157	10.913	9.791	12.218	1.943	18	16	20
República Dominicana	1,0 h	99 x	231	1.798	1.367	2.342	738	41	32	54
Rumania	<0,1	94	213	<500	<200	<500	75	—	—	—
Rwanda	3,0 h	94	420	14.107	12.522	16.777	7.768	55	46	62
Samoa	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—
San Kitts y Nevis	—	100	1	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	—	95	2	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	—	99	3	—	—	—	—	—	—	—
Sao Tomé y Príncipe	—	97	5	—	—	—	11	—	—	—
Senegal	0,7 h	87	435	3.818	2.806	5.025	—	—	—	—
Serbia	—	98	126	—	—	—	2	—	—	—
Seychelles	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leona	1,5 h	81	262	4.212	3.233	5.535	354	8	6	11
Singapur	0,3	—	37	—	—	—	—	—	—	—
Somalia	0,9	26	371	900	<500	1.915	5	1	<1	1
Sri Lanka	<0,1	95	295	<100	<100	<100	1	—	—	—
Sudáfrica	16,2 h	92	1.102	222.415	186.658	258.165	111.357	50	43	60

## OBJETIVO 1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo en los países de bajos y medianos ingresos

	Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (15 a 49 años), 2005	Cobertura de la atención prenatal (%), 2000-2006*	Cifra anual de nacimientos, 2006 (miles)	Cifra de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2006z			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2006	% estimado de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2006**		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Sudán	1,6	60	1.225	18.353	11.981	24.788	—	—	—	
Suriname	1,9	91	9	<100	<100	<200	35	—	—	
Swazilandia	25,9 h	90	33	13.209	11.976	14.546	8.221	62	57	69
Tailandia	1,4	98	936	5.796	4.118	7.983	4.305 c	74	54	>95
Tanzania, República Unida de	7,0 h	78	1.589	99.775	92.091	107.699	14.758	15	14	16
Tayikistán	0,1	77	185	<200	<100	<500	4	—	—	—
Territorio Palestino Ocupado	—	99	143	—	—	—	—	—	—	—
Timor-Leste	—	61	46	—	—	—	—	—	—	—
Togo	3,2	84	242	7.937	6.535	10.011	910	11	9	14
Tonga	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	2,6	96	20	<200	<100	<500	—	—	—	—
Túnez	0,1	92	172	<100	<100	<100	0	—	—	—
Turkmenistán	<0,1	99	108	—	—	—	0	—	—	—
Turquía	—	81	1.378	—	—	—	4	—	—	—
Tuvalu	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—
Ucrania	1,4	99	417	3.037	1.897	4.857	2.517	83	52	>95
Uganda	7,1 h	94	1.406	79.950	70.513	92.116	19.991	25	22	28
Uruguay	0,5	94 x	51	<200	<100	<500	53	—	—	—
Uzbekistán	0,2	99	619	<500	<200	1.041	22	—	—	—
Vanuatu	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela (República Bolivariana de)	0,7	94	595	2.173	1.242	4.086	310	14	8	25
Viet Nam	0,5	91	1.654	3.796	2.335	6.456	1.385	36	21	59
Yemen	—	41	839	—	—	—	—	—	—	—
Zambia	15,6 h	93	470	73.668	65.911	82.984	25.578	35	31	39
Zimbabwe	18,1 h	95	372	59.327	54.031	64.481	10.127	17	16	19

### RESUMEN DE INDICADORES

África subsahariana	6,1 †	69 †	29.889	—	—	—	—	—	—	—
África oriental y meridional	8,6 †	71 †	14.074	927.370	801.760	1.061.939	282.784	31	27	35
África occidental y central	3,5 †	67 †	15.815	440.319	329.761	543.974	30.957	7	6	9
Oriente Medio y África del Norte	0,2 †	72 †	9.617	869	650	1.105	52	6	5	8
Asia meridional	0,7 †	65 †	37.942	74.547	46.111	119.101	7.059	10	6	15
Asia oriental y el Pacífico	0,2 †	89 †	29.764	26.342	17.512	40.330	7.892	30	20	45
América Latina y el Caribe	0,6 †	94 †	11.418	33.061	21.508	51.115	13.117	40	26	61
ECE/CEI	0,6 †	90 †	5.529	11.578	6.128	23.554	9.173	79	39	>95
Países de bajos y medianos ingresos	—	—	—	1.514.086	1.223.431	1.841.120	351.034	23	19	29

### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos:** Porcentaje de adultos (de 15 a 49 años) que vivían con VIH hasta finales de 2005.

**Cobertura de la atención prenatal:** Porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años) que recibieron atención de personal de la salud capacitado (médicos, enfermeros o parteras) por lo menos una vez durante el embarazo.

**Cifra anual de nacimientos:** Número estimado de nacidos vivos en 2006.

**Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH:** Número estimado de mujeres embarazadas que vivían con VIH en 2006.

**Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH:** Número de mujeres cuyas pruebas de detección del VIH fueron positivas durante las visitas a las clínicas antenatales, y que recibieron terapia antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo.

**Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH:** Se calcula dividiendo la cifra de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, por la cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH en 2006. Las escalas en la cobertura de las estimaciones están basadas en límites de credibilidad (incertidumbre) en el denominador, como por ejemplo el número más elevado y más bajo de mujeres embarazadas con VIH. No se ha calculado ninguna cobertura en la que se estime que el número de mujeres embarazadas con VIH sea de menos de 500. Para estos países, los límites de credibilidad en el denominador son muy amplios y es muy posible que la cobertura con antirretroviral para prevenir la transmisión de la madre al hijo sea poco fiable.

### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos:** UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2008*. ONUSIDA, *AIDS Epidemic Update 2007*.

**Cobertura de la atención prenatal:** UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2008*.

**Cifra anual de nacimientos:** UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2008*.

**Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH:** ONUSIDA/OMS estimaciones inéditas, 2007.

**Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH:** UNICEF y OMS, 'A Report Card on Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV/AIDS and Paediatric HIV Care and Treatment in Low- and Middle-Income Countries, Progress on scaling up, 2004-2006' (de próxima aparición).

**Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH:** ONUSIDA, UNICEF y OMS, 'Towards Universal Access: Scaling up HIV Treatment, Care and Prevention interventions in the health sector' (de próxima aparición); estimaciones inéditas de ONUSIDA/OMS, 2007.

### NOTAS

— Datos no disponibles.

\* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

\*\* Indicador del Período Extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001).

a Datos proporcionados por una ONG que no son datos a escala nacional.

b Los datos se recopilaban solamente en el hospital Port Moresby. Por tanto, no se calculó la cobertura.

c El informe del país indicó que solamente se registraron el 80% de los datos.

d Oficina Regional para Europa de la OMS, *OMS/ Europe Survey on HIV/AIDS and Antiretroviral Therapy*, 31 de diciembre 2006.

h Prevalencia del VIH procedente de encuestas basadas en la población realizadas entre 2001 y 2006.

x Los datos se refieren a años o períodos diferentes de los que se especifican en el titular de la columna, o bien difieren de la definición estándar o se refieren sólo a una parte del país.

z Las estimaciones sobre las necesidades se basan en los métodos descritos en el anexo. Las estimaciones para los países individuales podrían diferir según los métodos que se utilizaron para realizar los cálculos.

† Los promedios regionales se calculan únicamente para la población que representa al 50% o más del total de la población de interés.

**OBJETIVO 2. Proporcionar tratamiento pediátrico en los países de bajos y medianos ingresos\***

	Número registrado de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole antes de cumplir 2 meses, 2006	Número de niños (de 0 a 14 años) que recibían ART, finales de 2006		Número registrado de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole antes de cumplir 2 meses, 2006	Número de niños (de 0 a 14 años) que recibían ART, finales de 2006
Afganistán	0	0	Filipinas	–	–
Albania	–	5 e	Gabón	–	362
Angola	–	361	Gambia	–	83
Antigua y Barbuda	4	7	Georgia	15	8
Arabia Saudita	–	–	Ghana	–	122
Argelia	–	–	Granada	–	–
Argentina	–	3.760	Guatemala	–	840
Armenia	–	2 e	Guinea	416	100
Azerbaiyán	0	0	Guinea-Bissau	–	24
Bahamas	–	–	Guinea Ecuatorial	–	–
Bahrein	–	–	Guyana	90	120
Bangladesh	5	1	Haití	–	867
Barbados	–	17	Honduras	–	672
Belarús	–	57	India	1.200	2.959
Belice	–	53	Indonesia	20	1 b
Benin	1.111	330	Irán (República Islámica de)	–	20 c
Bhután	0	0	Iraq	–	–
Bolivia	–	–	Islas Cook	–	–
Bosnia y Herzegovina	0	0	Islas Marshall	–	–
Botswana	8.830	6.831	Islas Salomón	–	–
Brasil	–	7.633	Jamaica	–	256
Brunei Darussalam	–	–	Jordania	0	3
Bulgaria	–	3 e	Kazajstán	85	25
Burkina Faso	–	534	Kenya	–	10.000
Burundi	814	524	Kirguistán	–	3
Cabo Verde	31	22	Kiribati	–	–
Camboya	86	1.787	Kuwait	–	–
Camerún	–	1.014	Lao, República Popular Democrática	–	3 b
Chad	63	129	Lesoto	–	1.143
Chile	–	–	Líbano	–	–
China	650	410	Liberia	–	–
Colombia	–	–	Libia, Jamahiriya Árabe	–	–
Comoras	0	0	Madagascar	2	0
Congo	–	264	Malasia	–	510
Congo, República Democrática del	170	124	Malawi	60	5.763
Corea, República de	–	–	Maldivas	–	–
Corea, República Popular Democrática de	–	–	Malí	–	691
Costa Rica	40	52	Marruecos	–	–
Côte d'Ivoire	–	1.348 a	Mauricio	–	–
Croacia	–	5 e	Mauritania	14	7
Cuba	1	17	México	–	176
Djibouti	52	52	Micronesia (Estados Federados de)	–	–
Dominica	2	2	Moldova	0	14
Ecuador	–	300	Mongolia	0	0
Egipto	–	–	Montenegro	–	2
El Salvador	122	297	Mozambique	–	3.443
Emiratos Árabes Unidos	–	–	Myanmar	–	287
Eritrea	–	84	Namibia	–	3.932
Etiopía	388	2.512	Nauru	–	–
Ex República Yugoslava de Macedonia	–	–	Nepal	9	12
Federación de Rusia	–	330 c	Nicaragua	26	26
Fiji	2	2	Níger	–	46

## OBJETIVO 2. Proporcionar tratamiento pediátrico en los países de bajos y medianos ingresos\*

	Número registrado de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole antes de cumplir 2 meses, 2006	Número de niños (de 0 a 14 años) que recibían ART, finales de 2006
Nigeria	–	5.279
Niue	–	–
Omán	–	25 c
Pakistán	0	10
Palau	–	–
Panamá	–	214
Papua Nueva Guinea	–	23 d
Paraguay	42	160
Perú	–	280
Qatar	–	–
República Árabe Siria	–	–
República Centroafricana	443	268
República Dominicana	–	377
Rumania	–	280
Rwanda	1.209	2.757
Samoa	–	–
San Kitts y Nevis	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–
Santa Lucía	–	–
Sao Tomé y Príncipe	3	3
Senegal	–	228
Serbia	0	14
Seychelles	–	–
Sierra Leona	60	12
Singapur	–	–
Somalia	–	–
Sri Lanka	1	0
Sudáfrica	–	23.369
Sudán	–	–
Suriname	–	61
Swazilandia	725	1.155
Tailandia	–	6.298 f
Tanzanía, República Unida de	–	3.576
Tayikistán	0	0
Territorio Palestino Ocupado	–	–
Timor-Leste	–	–
Togo	462	258
Tonga	–	–
Trinidad y Tabago	–	–
Túnez	0	3
Turkmenistán	–	0
Turquía	0	9
Tuvalu	–	–
Ucrania	800	650
Uganda	–	7.800
Uruguay	70	160
Uzbekistán	–	52
Vanuatu	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	611 g
Viet Nam	–	428
Yemen	–	–
Zambia	–	7.200
Zimbabue	6.780	4.367

	Número registrado de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole antes de cumplir 2 meses, 2006	Número de niños (de 0 a 14 años) que recibían ART, finales de 2006
<b>RESUMEN DE INDICADORES</b>		
África subsahariana	–	–
África oriental y meridional	18.808	84.817
África occidental y central	2.773	11.248
Oriente Medio y África del Norte	52	58
Asia meridional	1.215	2.982
Asia oriental y el Pacífico	758	9.749
América Latina y el Caribe	398	16.949
ECE/CEI	900	1.444
Países de bajos y medianos ingresos	24.904	127.247

### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Número registrado de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole:** Número de lactantes nacidos de mujeres con VIH a quienes se comenzó a tratar con profilaxis de cotrimoxazole antes de cumplir dos meses.

**Número registrado de niños que recibían ART:** Número de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y recibieron ART en 2006.

### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Número registrado de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole:** ONUSIDA, UNICEF y OMS, 'Towards Universal Access: Scaling up HIV Treatment, Care and Prevention interventions in the health sector' (de próxima aparición).

**Número de niños que recibían ART:** ONUSIDA, UNICEF y OMS, 'Towards Universal Access: Scaling up HIV Treatment, Care and Prevention interventions in the health sector' (de próxima aparición).

### NOTAS

- + Por regla general, esta tabla debería incluir las estimaciones siguientes: Número de niños que viven con VIH; número de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole; número de niños con VIH que recibían ART; porcentaje de niños que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole; y porcentaje de niños que necesitaban y recibían ART. Estas estimaciones estaban todavía bajo revisión y no se hallaban disponibles en el momento de la publicación de este informe.
- Datos no disponibles.
- a Los datos registrados aquí son solamente datos parciales de la Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation y ACONDA-VS, una ONG, y no son un reflejo de los datos a escala nacional.
- b Los datos disponibles más recientes proceden del Equipo de Tareas Interinstitucional sobre la Prevención de la Infección con VIH de las Mujeres Embarazadas, las Madres y sus Hijos, "A Report Card on Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care and Treatment in Low- and Middle-Income Countries, Scaling Up Progress from 2004 to 2005", Documento de trabajo, UNICEF, Nueva York, febrero de 2007.
- c Los datos más recientes disponibles son de ONUSIDA/UNICEF/OMS, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report*, abril de 2007.
- d Los datos se recopilaron solamente en el hospital Port Moresby y no son un reflejo de los datos a escala nacional.
- e Oficina Regional para Europa de la OMS, *OMS/Europe Survey on HIV/AIDS and Antiretroviral Therapy*, 31 de diciembre 2006.
- f Los datos son de 66 provincias de un total de 76.
- g Los datos registrados proceden de la Región de las Américas de la OMS.

### OBJETIVO 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes

	Conocimientos y comportamientos								
	Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años)**			% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2000–2006)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que utilizaron un preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo (2000–2006)**		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2000–2006)**	
	Hombre (2005)	Mujer (2005)	Mujeres embarazadas en la capital (2001–2005*)	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Afganistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Albania	–	–	–	–	6	–	–	–	–
Angola	0,9	2,5	2,8	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	–	–	–	–	13	–	–	–	–
Argentina	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	–	–	–	15	23	86	–	3	<1
Azerbaiyán	–	–	–	–	2	–	–	–	1
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	–	–	–	16	–	–	–	–
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	–	–	–	–	34	–	–	–	–
Belice	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Benin	0,4	1,1	1,7–2,1	35	16	44	17	12	13
Bhután	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bolivia	–	–	–	18	15	37	20	15	6
Bosnia y Herzegovina	–	–	–	–	48	–	71	–	1
Botswana	5,7	15,3	33,5	33	40	88	75	–	–
Brasil	–	–	–	–	–	71	58	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	15	17	70	57	–	–
Burkina Faso	0,5	1,4	1,8	23	19 r	67	64 r	5	7
Burundi	0,8	2,3	8,6	–	30	–	25	–	3
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Camboya	0,1 h	0,3 h	2,7	45	50	84	–	<1	1
Camerún	1,4 h	4,8 h	7	34	32 r	57	62 r	12	13 r
Chad	0,9	2,2	3,6	20	8	25	17	11	19
Chile	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	–	–	–	–	–	–	36	–	14
Comoras	<0,1	<0,1	–	–	18	–	–	–	–
Congo	1,2	3,7	3	22	10	36	16	25	24
Congo, República Democrática del	0,8	2,2	3,2	–	–	–	–	–	–
Corea, República de	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Corea, República Popular Democrática de	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	–	–	5,2	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	0,3 h	2,4 h	5,2	28	18	53	39	17	20
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	0,7	2,1	–	22	18 r	50	26	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	–	–	–	–	–	–	–	–	7
Egipto	–	–	–	–	4	–	–	–	–
El Salvador	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	0,6	1,6	–	–	37	–	–	–	9
Etiopía	0,3 h	1,2 h	11,5	33	21	50	28	2	11
Ex República Yugoslava de Macedonia	–	–	–	–	27	–	70	–	1
Federación de Rusia	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Filipinas	–	–	–	18	12	25	11	3	1
Gabón	1,8	5,4	–	22	24	48	33	48	24
Gambia	0,6	1,7	–	–	39	–	54	–	4
Georgia	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	0,1 h	1,2 h	3,9	44	25 r	52	42 r	4	7 r
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	–	–	–	–	–	–	15	7
Guinea	0,6 h	1,2 h	4,4	23	17	37	26	18	20
Guinea-Bissau	0,9	2,5	–	–	18	–	39	–	22
Guinea Ecuatorial	0,7	2,3	–	–	4	–	–	–	–

### OBJETIVO 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes

	Conocimientos y comportamientos								
	Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años)**			% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2000–2006*)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que utilizaron un preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo (2000–2006*)**		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2000–2006*)**	
	Hombre (2005)	Mujer (2005)	Mujeres embarazadas en la capital (2001–2005*)	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Guyana	–	–	–	47	53	68	62	–	–
Haití	0,6 h	1,5 h	3,7	40	32	43	29	42	15
Honduras	–	–	–	–	30	–	24	19	10 r
India	–	–	–	36	20	37	22	3	8
Indonesia	–	–	–	0	1	–	–	–	–
Irán (República Islámica de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	–	3	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	–	–	–	–	60	–	–	–	–
Jordania	–	–	–	–	3	–	–	–	–
Kazajstán	–	–	–	–	22	–	–	–	–
Kenya	1,3 h	5,9 h	–	47	34	47	25	31	15
Kirguistán	–	–	–	–	20	–	56	–	<1
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lao, República Popular Democrática	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	6,0 h	15,4 h	27,3	18	26	53	53	30	16
Líbano	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libia, Jamahiriya Árabe	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	0,6	0,3	–	16	19	12	5	20	32
Malasia	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	2,1 h	9,1 h	15,0	36	42 r	60	40	18	14 r
Maldivas	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	0,4	1,2	2,5	15	9	30	14	11	26
Marruecos	–	–	–	–	12	–	–	–	–
Mauricio	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	0,2	0,5	–	–	–	–	–	2	13
México	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldova	–	–	–	54	42	63	44	10	2
Mongolia	–	–	–	–	35	–	–	–	–
Montenegro	–	–	–	–	30	–	66	–	<1
Mozambique	3,6	10,7	14,7	33	20	33	29	31	28
Myanmar	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	4,4	13,4	7,5	41	31	69	48	31	10
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	–	–	–	44	28	78	–	3	6
Nicaragua	–	–	–	–	22	–	17	–	11
Níger	0,1 h	0,5 h	–	16	13	37	18	5	26
Nigeria	0,9	2,7	–	21	18	46	24	8	20
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Perú	–	–	–	–	–	–	32	–	5
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Centroafricana	2,5	7,3	14,0	–	17	–	41	–	29
República Dominicana	0,4 h	0,7 h	–	–	36	52	29	18	13
Rumania	–	–	–	3	6	–	–	–	–
Rwanda	0,4 h	1,5 h	10,3	54	51	40	26	15	5
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé y Príncipe	–	–	–	–	44	–	56	–	9

## OBJETIVO 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes

### Conocimientos y comportamientos

	Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años)**		Mujeres embarazadas en la capital (2001–2005*)	% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2000–2006*)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que utilizaron un preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo (2000–2006*)**		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2000–2006*)**	
	Hombre (2005)	Mujer (2005)		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	Senegal	0,2 h		0,6 h	0,9	24	19	52	36
Serbia	–	–	–	–	42	–	74	–	1
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	0,4	1,1	3,2	–	17	–	–	–	25
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	0,2	0,6	–	–	4	–	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	4,4 h	16,9 h	25,2	–	–	–	–	–	–
Sudán	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	–	–	–	–	41	–	–	–	–
Swazilandia	7,7	22,7	37,3	52	52	70	54	–	–
Tailandia	–	–	–	–	46	–	–	–	–
Tanzanía, República Unida de	3,0 h	4,0 h	8,2	40	45	46	34	13	11
Tayikistán	–	–	–	–	3	–	–	–	–
Territorio Palestino Ocupado	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	0,8	2,2	9,3	–	28	–	50	–	12
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	–	–	–	–	54	–	51	–	5
Túnez	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistán	–	–	–	–	5	–	–	–	<1
Turquía	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	–	–	–	–	28	–	–	–	–
Uganda	1,1 h	4,3 h	5,2	38	32	55	53	16	12
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	–	–	–	7	31 r	50	61 r	–	0
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	0,8 h	0,0 h	–	50	44 r	68	–	0,3	1
Yemen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	3,0 h	11,1 h	20,7	46	41	38	26	27	18
Zimbabwe	4,2 h	11,0 h	18,6	46	44	68	42	5	5

### RESUMEN DE INDICADORES

África subsahariana	1,4	4,3	9,7	31	25	47	31	13	17
África oriental y meridional	2,1	6,2	13,5	37	31	46	32	15	14
África occidental y central	0,7	2,3	4,0	24	19	47	31	12	19
Oriente Medio y África del Norte	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia meridional	–	–	–	43	23	38	22	3	8
Asia oriental y el Pacífico	–	–	–	–	–	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	–	–	–	–	–	–	47	–	–
ECE/CEI	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países de bajos y medianos ingresos	–	–	–	–	–	–	–	–	–

### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Prevalencia del VIH entre los jóvenes:** Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que vivían con VIH a finales de 2005.

**Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas jóvenes en la capital:** Porcentaje de muestras de sangre obtenidas de mujeres embarazadas (de 15 a 24 años) que dieron resultados positivos a las pruebas de detección del VIH durante la vigilancia centinela "anónima no vinculada" realizada en clínicas prenatales seleccionadas.

**Conocimiento amplio del VIH:** Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que responden correctamente cuando se les pregunta cuáles son las dos formas principales de evitar las transmisiones sexuales del VIH (utilizar preservativos y limitar las relaciones sexuales a un compañero fiel no infectado), que rechazan los dos errores locales más comunes sobre la transmisión del VIH, y que saben que una persona que parece sana puede transmitir el VIH.

**Uso de preservativos durante la última relación sexual de alto riesgo:** Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que dicen haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con un compañero con el que no están casados ni cohabitan, de aquellos que tuvieron relaciones sexuales con un compañero de este tipo en los últimos 12 meses.

**Relaciones sexuales antes de los 15 años:** Porcentaje de jóvenes (de 15 a 19 años) que dicen haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.

### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Prevalencia del VIH entre los jóvenes:** UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2008*.

**Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas jóvenes en la capital:** UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2008*.

**Conocimiento amplio del VIH:** Base mundial de datos de UNICEF, 2008.

**Uso de preservativos durante la última relación sexual de alto riesgo:** Base mundial de datos de UNICEF, 2008.

**Relaciones sexuales antes de los 15 años:** Base mundial de datos de UNICEF, 2008.

### NOTAS

– Datos no disponibles.

\* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

\*\* Indicador del Período Extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001).

h Los datos proceden de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y las Encuestas de Indicadores del SIDA (AIS), llevadas a cabo entre 2001 y 2006.

r El año de los datos sobre mujeres es más reciente que el de los datos sobre los hombres.

† Los promedios regionales se calculan únicamente para la población que representa al 50% o más del total de la población de interés.

**OBJETIVO 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA\***

	Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela (2000–2006*)**	% de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa (2004–2006*)**‡		Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela (2000–2006*)**	% de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa (2004–2006*)**‡
Afganistán	–	–	Filipinas	–	–
Albania	–	–	Gabón	98	–
Angola	90	–	Gambia	87	–
Antigua y Barbuda	–	–	Georgia	–	–
Arabia Saudita	–	–	Ghana	90	–
Argelia	99	–	Granada	–	–
Argentina	–	–	Guatemala	–	–
Armenia	–	–	Guinea	73	–
Azerbaiyán	–	–	Guinea-Bissau	97	–
Bahamas	–	–	Guinea Ecuatorial	95	–
Bahrein	–	–	Guyana	108	–
Bangladesh	84	–	Haití	86	–
Barbados	–	–	Honduras	108	–
Belarús	101	–	India	–	–
Belice	–	–	Indonesia	82	–
Benin	90	–	Irán (República Islámica de)	–	–
Bhután	–	–	Iraq	84	–
Bolivia	74	–	Islas Cook	–	–
Bosnia y Herzegovina	101	–	Islas Marshall	–	–
Botswana	99	–	Islas Salomón	–	–
Brasil	–	–	Jamaica	101	–
Brunei Darussalam	–	–	Jordania	–	–
Bulgaria	–	–	Kazajstán	98	–
Burkina Faso	71	–	Kenya	95	–
Burundi	86	–	Kirguistán	103	–
Cabo Verde	–	–	Kiribati	–	–
Camboya	83	–	Kuwait	–	–
Camerún	89	9	Lao, República Popular Democrática	–	–
Chad	105	–	Lesotho	95	–
Chile	–	–	Líbano	–	–
China	–	–	Liberia	–	–
Colombia	85	–	Libia, Jamahiriya Árabe	–	–
Comoras	59	–	Madagascar	75	–
Congo	88	2	Malasia	–	–
Congo, República Democrática del	72	–	Malawi	97	19
Corea, República de	–	–	Maldivas	–	–
Corea, República Popular Democrática de	–	–	Malí	104	–
Costa Rica	–	–	Marruecos	–	–
Côte d'Ivoire	79	9	Mauricio	–	–
Croacia	–	–	Mauritania	–	–
Cuba	–	–	México	–	–
Djibouti	82	–	Micronesia (Estados Federados de)	–	–
Dominica	–	–	Moldova	90	–
Ecuador	–	–	Mongolia	96	–
Egipto	–	–	Montenegro	100	–
El Salvador	–	–	Mozambique	80	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	Myanmar	–	–
Eritrea	83	–	Namibia	92	–
Etiopía	90	–	Nauru	–	–
Ex República Yugoslava de Macedonia	98	–	Nepal	–	–
Federación de Rusia	–	–	Nicaragua	106 p	–
Fiji	–	–	Níger	67	–

## OBJETIVO 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA\*

	Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela (2000–2006*)**	% de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa (2004–2006*)**‡
Nigeria	64 p	–
Niue	–	–
Omán	–	–
Pakistán	–	–
Palau	–	–
Panamá	–	–
Papua Nueva Guinea	–	–
Paraguay	–	–
Perú	–	–
Qatar	–	–
República Árabe Siria	106	–
República Centroafricana	96	7
República Dominicana	70	–
Rumania	–	–
Rwanda	82	–
Samoa	–	–
San Kitts y Nevis	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–
Santa Lucía	–	–
Sao Tomé y Príncipe	109	–
Senegal	83	–
Serbia	–	–
Seychelles	–	–
Sierra Leona	83	–
Singapur	–	–
Somalia	87	–
Sri Lanka	–	–
Sudáfrica	–	–
Sudán	96	–
Suriname	97	–
Swazilandia	91	41
Tailandia	99	–
Tanzanía, República Unida de	102	–
Tayikistán	92	–
Territorio Palestino Ocupado	–	–
Timor-Leste	–	–
Togo	94	–
Tonga	–	–
Trinidad y Tabago	101	–
Túnez	–	–
Turkmenistán	100	–
Turquía	–	–
Tuvalu	–	–
Ucrania	98	–
Uganda	94	11
Uruguay	–	–
Uzbekistán	95	–
Vanuatu	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–
Viet Nam	84	–
Yemen	–	–
Zambia	103	13
Zimbabwe	95	31

	Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela (2000–2006*)**	% de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa (2004–2006*)**‡
<b>RESUMEN DE INDICADORES†</b>		
África subsahariana	80	
África oriental y meridional	84	
África occidental y central	76	
Oriente Medio y África del Norte	–	
Asia meridional	84	
Asia oriental y el Pacífico	–	
América Latina y el Caribe	–	
ECE/CEI	–	
Países de bajos y medianos ingresos	–	

### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela:** Porcentaje de niños (de 10 a 14 años) que habían perdido a sus dos progenitores biológicos y que asisten actualmente a la escuela en comparación con el porcentaje de niños no huérfanos de la misma edad que viven con por lo menos un progenitor y que asisten a la escuela.

**Porcentaje de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa:** Porcentaje de niños huérfanos y vulnerables cuyos hogares reciben ayuda externa básica gratuita de atención a la infancia.

### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela:** UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2008*.

**Porcentaje de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa:** AIS, DHS y MICS (2004–2006).

### NOTAS

+ Generalmente esta tabla debería incluir las estimaciones siguientes: Niños que perdieron a uno o a ambos progenitores debido a todas las causas; niños que perdieron a uno o a ambos progenitores debido al SIDA; niños cuya madre/padre murió debido a cualquier causa; y niños cuyos progenitores murieron debido a cualquier causa. Estas estimaciones estaban todavía bajo revisión y no se hallaban disponibles en el momento de la publicación de este informe.

– Datos no disponibles.

\* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

\*\* Indicador del Período Extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001).

‡ Se presentan solamente datos de países con una prevalencia del VIH de un 5% y superior.

p Proporción de huérfanos (de 10 a 14 años) que asisten a la escuela en base a denominaciones pequeñas (generalmente, de 25 a 49 casos no ponderados).

† Los promedios regionales se calculan únicamente para la población que representa al 50% o más del total de la población de interés.



AIDS WALK  
WALK FOR THE WALK

otros • Cares •

HAPPY

Car

LA O

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
3 United Nations Plaza  
Nueva York, NY 10017, EEUU  
Tel.: (+1 212) 326-7000  
pubdoc@unicef.org  
www.unicef.org

Secretaría de ONUSIDA  
20, avenue Appia  
CH-1211 Ginebra 27  
Suiza  
Tel.: (+41 22) 791-3666  
Fax: (+41 22) 791-4187  
unaids@unaids.org  
www.unaids.org

Organización Mundial de la Salud  
20, avenue Appia  
CH-1211 Ginebra 27  
Suiza  
Tel.: (+ 41 22) 791-2111  
Fax: (+ 41 22) 791-3111  
info@who.int; publications@who.int  
www.who.int

Visite el sitio de *Únete por la niñez, Únete con la juventud,*  
*Únete para vencer al SIDA* en la Web:  
[www. Uniteforchildren.org](http://www.Uniteforchildren.org) o envíenos un correo electrónico a:  
[aidscampaign@unicef.org](mailto:aidscampaign@unicef.org)

© El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)  
Foto de portada: © UNICEF/HQ05-0862/Shehzad Noorani,  
© UNICEF/HQ06-1414/Giacomo Pirozzi

ISBN: 978-92-806-4268-1  
Número de venta: S.08.XX.14  
Precio: \$15

Abril de 2008