



# La infancia y el sida

Quinto inventario de la situación, 2010

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



# LA INFANCIA Y EL SIDA: QUINTO INVENTARIO DE LA SITUACIÓN, 2010

El presente informe sobre *la situación de la infancia y el sida* está dedicado en memoria de Thembi Ngubane.

**Fotografía de portada:** Thembi Ngubane, de 19 años, en compañía de su novio y su hija, de 16 meses, a la entrada de su hogar, en Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Cuando quedó embarazada a los 17 años, se practicó la prueba de detección del VIH tras enterarse de que un antiguo novio suyo había contraído el sida. Al descubrir que era VIH positiva, se inscribió en un programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. Su bebé nació libre del virus. Posteriormente se dedicó a promover entre las personas jóvenes el uso de los servicios de prevención de la transmisión. En 2006, la Radio Pública Nacional de los Estados Unidos realizó un documental sobre la vida de Themby y el diario en el cual relata su experiencia como víctima del sida. Murió en 2009, a los 24 años, a consecuencia de una tuberculosis inmune a los medicamentos.

© UNICEF/NYHQ2006-1376/Pirozzi

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) une los esfuerzos y los recursos de 10 organismos del sistema de las Naciones Unidas en la lucha mundial contra el sida. Entre los copatrocinadores se cuentan el ACNUR, UNICEF, el PMA, el PNUD, el UNFPA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la OIT, la UNESCO, la OMS y el Banco Mundial. Con sede en Ginebra, la Secretaría de ONUSIDA trabaja sobre el terreno en más de 75 países de todo el mundo.

Si desea ver las rectificaciones posteriores a la publicación, sírvase visitar nuestra página web <[www.unicef.org/publications](http://www.unicef.org/publications)>.

Si desea ver las actualizaciones posteriores a la publicación, tenga la amabilidad de visitar <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

ISBN: 978-92-806-4552-1

No. de ventas: E.10.XX.9

## CONTENIDO

Página 1	I. Introducción
Página 5	II. Prevención de la transmisión de madre a hijo
Página 11	III. Tratamiento y atención pediátrica
Página 17	IV. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes
Página 22	V. Protección, atención y apoyo para los niños y niñas afectados por el VIH y el sida
Página 28	VI. Llamamiento a la acción
Página 31	Referencias
Página 34	Anexo: Notas sobre los datos
Página 36	Objetivo 1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo en los países de bajos y medianos ingresos
Página 39	Objetivo 2. Proporcionar tratamiento pediátrico en los países de bajos y medianos ingresos
Página 43	Objetivo 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes
Página 46	Objetivo 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida



ACNUR  
UNICEF  
PMA  
PNUD  
UNFPA

ONUSIDA  
OFI  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA



Organización  
Mundial de la Salud



Organización  
de las Naciones Unidas  
para la Educación,  
la Ciencia y la Cultura

# I. INTRODUCCIÓN

Durante casi tres décadas, el VIH y el sida han tenido efectos devastadores en innumerables vidas y familias, ocasionando muertes prematuras y enormes cargas médicas, financieras y sociales. Aunque las necesidades de la infancia siempre se han tenido en cuenta en la lucha contra el VIH, hasta cierto punto han quedado relegadas a segundo término por la magnitud de la epidemia entre la población adulta.

Sin embargo, gracias a las nuevas evidencias y a la rápida adopción de medidas, la historia del sida y la infancia se está reescribiendo.

En la actualidad, los niños y las niñas constituyen el eje de las estrategias y las acciones destinadas a prevenir y hacer frente a las consecuencias de la epidemia. Según algunas estimaciones, todos los días nacen más de 1.000 bebés con el VIH, y muchos mueren antes de cumplir dos años si no reciben medicamentos<sup>1</sup>. Un alto número de madres siguen perdiendo la vida. Los adolescentes siguen infectándose con el VIH, bien porque carecen de los conocimientos necesarios para protegerse, o bien porque no tienen acceso a los servicios de prevención, y los que se infectaron al nacer luchan por conciliar su incipiente adultez con su condición de portadores del virus.

Pero las labores de promoción y las inversiones en favor de los niños han tenido repercusiones positivas, y el objetivo de eliminar prácticamente la transmisión de madre a hijo, para 2015, parece ser factible. En 2005, por ejemplo, solamente un 15% de las mujeres embarazadas seropositivas en los países de bajos y medianos ingresos recibieron medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión del VIH a sus hijos; en 2009, un 53% de las embarazadas seropositivas recibieron este tipo de medicamentos para evitar la transmisión materno-infantil<sup>2</sup>. En 2005, apenas 75.000 niños necesitados menores de 15 años recibieron tratamiento antirretroviral. Hoy, la cifra es de aproximadamente 356.400, es decir, alrededor del 28% de los niños y niñas que lo requieren<sup>3</sup>. En 2005 vivían con el VIH 5,2 millones de jóvenes entre los 15 y los 24 años; hoy en día, el número de jóvenes infectados se calcula en 5 millones<sup>4</sup>. Antes de 2005, los niños de muchos países de África subsahariana que habían perdido a sus dos progenitores a causa del sida tenían muchas menos probabilidades de asistir a



© UNICEF/NYHQ2009-0747/Nesbit

la escuela que los niños cuyos progenitores vivían. Hoy, en casi todos los lugares, estos niños y niñas tienen casi la misma probabilidad de estar escolarizados<sup>5</sup>.

Por supuesto, los esfuerzos para ayudar a los niños forman parte de la respuesta más amplia a la epidemia del sida. El trabajo en materia de prevención, tratamiento, atención y apoyo a los niños afectados por el sida ha contribuido a perfeccionar los métodos y a obtener resultados favorables en diversas esferas. Por ejemplo, mayor acceso al tratamiento por parte de las mujeres que lo necesitan; detección de nuevos casos de infección entre la población adulta por medio de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo; un papel más activo de los hombres y los padres en la prevención, el tratamiento y cuidados ante el VIH; actividades de divulgación dirigidas a las poblaciones excluidas socialmente; renovado interés en los sistemas de bienestar social y protección de la infancia; y mayor atención a la vulnerabilidad de las niñas y las mujeres jóvenes.

A pesar de lo anterior, cada avance o cada problema que se logra solucionar va acompañado de nuevas dificultades. Existen servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, pero no se utilizan plenamente. Se han registrado progresos hacia la consecución de las metas, pero no han sido equitativos. Más niños reciben el diagnóstico del VIH en sus primeros años, pero no todos los progenitores o tutores recogen los exámenes, por lo que muchos niños dejan de recibir tratamiento y corren el riesgo de morir. Todo esto confirma que la historia de la infancia y el sida tiene aspectos que hacen necesario reescribirla.

A medida que avanza la respuesta al sida, se deben resolver problemas nuevos y a menudo complejos para poder garantizar la calidad, la cobertura y la equidad, y para impulsar la demanda de servicios que conduzcan al acceso universal de los niños, las niñas y, en general, toda la población. Eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo requiere aplicar un enfoque integral basado en la plataforma sanitaria maternoinfantil existente y con capacidad de ejercer un impacto importante.

- Los sistemas de salud maternoinfantil deben ser operativos y ofrecer todos los servicios necesarios para el seguimiento efectivo de las mujeres seropositivas y sus bebés.
- Las familias deben poder sufragar el transporte de sus hijos a las clínicas para

**Tabla 1: Estadísticas esenciales, 2005 y 2009**

	2005		2009	
	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Mujeres embarazadas VIH positivas que necesitan tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos	15	1.500.000 (estimado)	53	1.400.000 (estimado)
Mujeres examinadas con el objeto de evaluar si reunían las condiciones para recibir tratamiento antirretroviral	–	–	51	457.000
Lactantes que recibieron un diagnóstico temprano	–	–	6	88.200
Lactantes que recibieron profilaxis antirretroviral	12	173.200	35	483.300
Niños y niñas menores de 15 años que recibieron terapia antirretroviral	7	75.000	28	356.400
Niños y niñas menores de 15 años que requerían terapia antirretroviral	–	1.000.000 (estimado)	–	1.270.000 (estimado)
Iniciación de la profilaxis con cotrimoxazol dentro de los primeros dos meses de vida	–	–	14	187.500
Jóvenes (15–24 años) que vivían con el VIH	–	5.200.000 (estimado)	–	5.000.000 (estimado)
Nuevos casos de infección entre los jóvenes (15–24 años)	–	–	–	890.000 (estimado)

**Nota:** Las estadísticas que se presentan en esta tabla corresponden a países de bajos y medianos ingresos, excepto el número de jóvenes (15–24 años) que vivían con el VIH, que corresponden al mundo entero. Todas las cifras provienen de informes, excepto cuando se aclara que se trata de estimaciones.

**Fuentes principales:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*, OMS, Ginebra, septiembre de 2010.

**Fuentes adicionales:** La cifra sobre mujeres embarazadas VIH positivas que recibieron terapia antirretroviral para prevenir la transmisión del virus a sus hijos proviene del documento de la OMS, ONUSIDA y UNICEF *Hacia el acceso universal: Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados*, abril de 2007, OMS, Ginebra, 2007. La cifra de lactantes que recibieron profilaxis antirretroviral proviene del documento de la OMS y UNICEF *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*, OMS, Ginebra, noviembre de 2007. Las cifras estimadas sobre los jóvenes que vivían con el VIH corresponden a ONUSIDA, 2010.

los controles de seguimiento. También deben poder cultivar o comprar alimentos para que sus hijos se mantengan saludables.

- A fin de que la labor de los trabajadores sanitarios sea más eficaz, conviene otorgarles incentivos y mandatos para integrar los servicios y delegar funciones en los lugares donde los sistemas sanitarios carecen de recursos suficientes.
- Para reducir la desproporcionada vulnerabilidad de las niñas y las mujeres a la infección del VIH, hay que abordar las cuestiones relativas al papel asignado a los hombres y las mujeres, las desigualdades y la violencia por razón de género, y los factores que obstaculizan el acceso a los servicios.
- Es importante entender –y, en algunos casos, modificar– las costumbres y creencias que influyen en la manera como se negocian las relaciones sexuales entre las mujeres y los hombres<sup>6</sup>. Además de las intervenciones biomédicas, se deben tomar en consideración los aspectos sociales y estructurales que propician la infección por el VIH, para que las labores de prevención se traduzcan en resultados positivos y duraderos.
- Hay que encontrar mecanismos sostenibles para la prestación permanente de asistencia y tratamiento a todos los niños. Toda una generación de adolescentes que viven con el VIH está llegando a la mayoría de edad, y sus necesidades especiales exigen nuevas estrategias de prevención, atención y ayuda.
- Es indispensable hacer todos los esfuerzos posibles para evitar la coinfección de la tuberculosis y el VIH entre los niños (y sus progenitores). Algunas medidas preventivas son la terapia con isoniazid y la expansión del tratamiento con antirretrovirales.

- Gracias a su valiosa función como agentes de cambio, los jóvenes deben participar activamente en la lucha contra el sida.

Estos son algunos ejemplos de que las iniciativas destinadas a salvar y mejorar las vidas de las mujeres y los niños pueden convertirse en políticas y programas centrados en aspectos fundamentales del desarrollo. También señalan el camino que se debe recorrer hasta lograr que la respuesta al sida se considere un componente necesario, y concreto, de los esfuerzos nacionales encaminados a conseguir tanto el ODM 6 – detener y comenzar a reducir la propagación de la epidemia del VIH–, como todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### Equidad: Acceso universal significa beneficiar a las personas a quienes es difícil contactar

Si bien la infancia, en general, se ha beneficiado inmensamente de los grandes progresos en la lucha contra el sida, las desigualdades por razón de género, la situación económica, la ubicación geográfica, el nivel educativo y la condición social han impedido que millones de mujeres y niños accedan a los servicios que tanto necesitan.

Las mujeres, los niños y los adolescentes pobres que viven en las zonas rurales o al margen de la sociedad deberían tener las mismas oportunidades de acceder a las intervenciones relativas al sida que quienes gozan de una situación económica más próspera, viven en las zonas urbanas y han recibido una educación formal. Las estrategias concebidas para las poblaciones más accesibles nunca son óptimas. Todo el mundo, y en todas partes, tiene derecho a disfrutar del nivel de salud más alto posible. Desgraciadamente, en el contexto de la respuesta al sida, como en otras esferas de los ODM, los progresos generales muchas veces encubren una serie de desigualdades.

Datos de todas las regiones del mundo revelan desigualdades entre las poblaciones rurales y urbanas, al igual que desigualdades relacionadas con los ingresos familiares y otros factores sociales, como la dependencia financiera de la mujer y la falta de acceso a los servicios por parte de los jóvenes. Entre los indicadores sobre salud que más posibilidades tienen de revelar disparidades están el número de mujeres que asisten a consultas prenatales con personal médico capacitado, los nacimientos que tienen lugar en el hogar

en relación con los nacimientos asistidos por personal calificado, y el grado en el cual las necesidades de las mujeres en materia de anticonceptivos están insatisfechas<sup>7</sup>. Otro importante indicador es la inscripción de los nacimientos. No obstante, los servicios de salud materna y reproductiva son la principal vía de acceso a la prevención, el tratamiento y cuidados ante el VIH.

Si se aspira a alcanzar los objetivos sobre acceso universal, es imperioso fortalecer los sistemas de salud para garantizar una respuesta más eficaz y sostenible, y ampliar de manera significativa tanto los servicios de pruebas de detección del VIH como los de orientación psicológica. Pero, desde luego, esto no basta para lograr el acceso y la igualdad. De hecho, hay pruebas de que simplemente agregar nuevos recursos a los sistemas sanitarios puede acentuar las disparidades que ya existen entre ricos y pobres en materia de salud<sup>8</sup>. Invertir en los sistemas de protección social puede mitigar estas disparidades, facilitando el acceso de las mujeres y los niños a los servicios.

### Las evidencias: Hoy sabemos mucho sobre la infancia y el sida

A pesar de las lagunas en los datos, los conocimientos sobre la niñez y el sida han mejorado extraordinariamente en pocos años. En la actualidad, las pruebas científicas y las evaluaciones de los programas están arrojando luz sobre la manera precisa en que los países pueden definir sus propios caminos hacia el acceso universal.

La acumulación de evidencias llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a revisar, en 2010, tanto las directrices sobre el uso de antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, como las que se refieren a la terapia antirretroviral para combatir la infección por el VIH en adultos, adolescentes, lactantes y niños<sup>9</sup>. Los criterios revisados constituyen un nuevo patrón de tratamiento basado en regímenes altamente eficaces. En el contexto del VIH, las nuevas pautas sobre alimentación infantil reflejan la recomendación de la OMS de amamantar durante 12 meses, como mínimo, a los lactantes expuestos al virus, junto con la profilaxis antirretroviral apropiada, en los países donde la lactancia materna es la opción alimentaria más segura para los bebés. Otra recomendación de la OMS es intensificar la detección de casos de tuberculosis y la administración de terapia preventiva con isoniazid para las personas VIH positivas<sup>10</sup>. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y otros organismos publicaron recientemente las primeras orientaciones técnicas sobre educación sexual dirigidas específicamente a los niños, las niñas y los jóvenes en contextos escolares y extraescolares<sup>11</sup>. Por su parte, UNICEF y sus asociados publicaron un documento de orientación actualizado sobre la atención, la protección y la ayuda a los niños afectados por el VIH y el sida<sup>12</sup>. En 2010, la OMS también publicó directrices sobre la prevención de la violencia por parte de la pareja y la violencia sexual contra las mujeres, incluyendo a las niñas y las adolescentes<sup>13</sup>.

Las orientaciones, sin embargo, son apenas una parte de la solución. Aún es difícil hablar acerca de la sexualidad con los niños en la escuela y el hogar, o sobre la violencia en la que el agresor es la pareja de la víctima. El limitado acceso de la mujer a las finanzas menoscaba su independencia. El estigma y la discriminación

contra las personas seropositivas (o contra quienes se involucran en comportamientos de riesgo de infección por el VIH) generan desprecio y criminalización, reduciendo sus posibilidades de beneficiarse de tratamientos de comprobada eficacia.

Las iniciativas tendientes a acelerar la consecución de los ODM sobre salud deben otorgar un lugar central al VIH, especialmente en las regiones más duramente golpeadas –como África, Asia meridional y el Caribe– y dondequiera que la epidemia esté concentrada y afecte, mayormente, a los miembros más marginados de la sociedad. Es importante demostrar que el éxito de la lucha contra el VIH depende y contribuye al mejoramiento de los sistemas destinados a las madres, los niños y las familias, y que repercute positivamente en todos los ODM.

En África subsahariana, un 9% de las defunciones maternas se deben al VIH y al sida<sup>14</sup> y, en algunos países, el sida contribuye significativamente a la mortalidad de niños menores de 5 años. En Europa Oriental, el estigma, la exclusión social y la criminalización agravan aun más los padecimientos de las mujeres y los niños que viven al margen de la sociedad, y aumentan su vulnerabilidad al VIH y al sida. En ese contexto, las intervenciones en materia de VIH son un medio para prestar asistencia a las personas más marginadas, en particular aquellas que no suelen beneficiarse de las campañas de salud que se realizan en las zonas urbanas<sup>15</sup>. Para que el acceso a las intervenciones sea equitativo, es vital impulsar la demanda a todos los niveles, sin excepción, promoviendo en las comunidades el uso de los medios de comunicación y haciendo frente a la estigmatización.

Sigue existiendo un desfase entre el nivel de financiación necesario para acelerar los progresos hacia el logro de los objetivos relacionados con el VIH y los recursos disponibles. Los Estados Unidos, el país que más recursos invierte en la lucha contra el sida, incorporó el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para Paliar los Efectos del Sida (PEPFAR) en su Iniciativa Mundial sobre Salud. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y el Paludismo también alienta las propuestas que buscan fortalecer los sistemas sanitarios y mejorar la condición de los pacientes que tienen estas enfermedades.



© UNICEF/INDA2010-00042/Fet

Incrementar la financiación para la salud de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños, así como para los servicios de salud reproductiva, tendrá positivos y considerables efectos en el ámbito del VIH/sida. Pero cuando los recursos generales son fijos y el número de personas admitidas por primera vez a tratamiento es limitado, las madres detectadas por medio de los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y sus bebés podrían resultar afectados de una manera desproporcionada; en otras palabras, son quienes deberían beneficiarse de servicios integrados de la más alta calidad. Integrar los servicios relativos al sida en la atención continua de la salud de la madre, el recién nacido y el niño pequeño requiere más dinero para ambas esferas.

Es posible evitar nuevos casos de infección infantil por el VIH y muertes de niños a causa del sida, pero se requiere visión, liderazgo y mejorar todo el sistema de atención de la salud, además de un profundo cambio social y una permanente aplicación de las mejores prácticas. Integrar en los sistemas existentes las intervenciones de las cuatro esferas prioritarias del programa *Únete por la niñez, únete con la juventud, únete para vencer al sida* –conocidas como las “cuatro P”: prevenir la transmisión de la madre al hijo, proporcionar tratamiento pediátrico, prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes, y proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/sida– sin perder la capacidad de hacer frente a las necesidades concretas de los niños afectados por el sida, sigue siendo problemático.

Prestar asistencia a los más pobres, marginados y desatendidos de la sociedad ha sido fundamental para el éxito de los programas de lucha contra el sida, y es aún más necesario en una época en la cual los recursos son fijos, y las prioridades, cada vez más complejas. La generación libre de sida a la cual aspiramos es una posibilidad real, siempre y cuando amplíemos rápidamente la escala de las medidas que han sido eficaces, y las consideremos un componente de los esfuerzos basados en los derechos humanos destinados a todas las personas necesitadas.

## II. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO

*La eliminación virtual de la transmisión del VIH de madre a hijo, o transmisión vertical, para 2015, ya es un objetivo alcanzable. Muchos países de África oriental y meridional, América Latina, Asia oriental, y Europa Central y Oriental están próximos a lograr la meta sobre acceso universal a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, fijada para 2010. Sin embargo, la alta cobertura no se ha reflejado, necesariamente, en bajas tasas de transmisión. El objetivo de erradicar prácticamente la transmisión vertical exige centrarse nuevamente en los resultados y las repercusiones.*

Desde que los primeros ensayos clínicos demostraron la eficacia de los medicamentos antirretrovirales en la reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH, las pruebas científicas y programáticas se han incrementado considerablemente. Sobre la base de esta evidencia, se han logrado notables avances en la prestación de servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH a las mujeres y los niños en países de bajos y medianos ingresos.

En 2010, la OMS revisó las directrices sobre prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, VIH y alimentación infantil, y terapia con antirretrovirales, e hizo un llamamiento para administrar regímenes antirretrovirales altamente eficaces para prevenir el contagio maternoinfantil –incluyendo terapia para las madres gestantes que la necesitan para preservar su salud– y, por primera vez, profilaxis a la madre o al bebé durante la etapa de amamantamiento, en los lugares donde la lactancia materna es la opción más segura<sup>16</sup>. Los lineamientos revisados permitirán mejorar sustancialmente las tasas de supervivencia y la salud de las madres y los bebés, y reducir de manera significativa los nuevos casos de infección por el VIH entre los lactantes.

De igual importancia es el hecho de que datos programáticos de varios países de África subsahariana, Asia y América Latina demuestran que el acceso universal a los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo es factible cuando hay compromiso y un fuerte liderazgo político, asociaciones sólidas y programas eficaces. En mayo de 2010, representantes de 20 países gravemente afectados por la epidemia asistieron, en Nairobi, a un seminario cuya finalidad era examinar las estrategias y metas de sus países en materia de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, adaptarlas a las pautas revisadas de la OMS y volver a programar los subsidios del Fondo Mundial, con miras a asignar recursos adicionales para la eliminación virtual de la transmisión<sup>17</sup>. El seminario fue copatrocinado por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y el Paludismo; el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); y la OMS.

A pesar de los evidentes avances en la cobertura y la aceptación de los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil, y del creciente interés en su virtual eliminación, el sida continúa siendo una de las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva del mundo entero, y de mortalidad materna en contextos con epidemia generalizada<sup>18</sup>. Las iniciativas mundiales para mejorar la salud de la madre y el niño relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6 –como la Estrategia Mundial del Secretario General para la Salud de las Mujeres y los Niños, puesta en marcha en septiembre de 2010; y el compromiso H4+ entre la OMS, UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial y ONUSIDA sobre reducción de las tasas de mortalidad maternoinfantil en los países más afectados– reflejan el carácter prioritario que se otorga actualmente a la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, sobre todo en los países donde la infección por el VIH constituye un verdadero flagelo.

Las pruebas voluntarias de diagnóstico del VIH y la asistencia psicológica a todas las mujeres embarazadas representan el punto de partida para la utilización de los servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño. La proporción de mujeres



©UNICEF/NVH/2009-0738/Mes/ht

embarazadas a quienes se hicieron pruebas de diagnóstico en los países de bajos y medianos ingresos se elevó del 7% en 2005 al 26% en 2009. Para fines de 2009, en 27 de todos los países de bajos y medianos ingresos se había alcanzado la meta del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, fijada para 2010, de lograr que el 80% de todas las madres gestantes se hicieran pruebas de diagnóstico del VIH y utilizaran los servicios de apoyo psicológico<sup>19</sup>.

En algunos países de África subsahariana con alta carga de morbilidad (Botswana, Namibia, Sudáfrica y Zambia), y en algunos países de Europa Central y del Este (la Federación de Rusia y Ucrania) y Asia oriental (Tailandia), más del 80% de las futuras madres se someten a pruebas de diagnóstico del VIH, lo que significa que se superó la meta. En América Latina y el Caribe, un 57% de las embarazadas se sometieron a pruebas de diagnóstico en 2009, en comparación con un 29% en 2005<sup>20</sup>.

En la mayoría de los países con epidemia concentrada y baja prevalencia se sigue buscando el mecanismo más eficaz para localizar al mayor número posible de mujeres embarazadas seropositivas. Con este propósito, convendría que los programas de esos países se enfocaran en los entornos con

mayor prevalencia del VIH y en las poblaciones clave, como los trabajadores sexuales y los consumidores de drogas inyectadas, en lugar de practicar pruebas a todas las mujeres que reciben atención prenatal.

En 2009, un 53% de las futuras madres que vivían con el VIH recibieron terapia antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos, en comparación con un 45% en 2008<sup>21</sup>. En África subsahariana se pasó del 45% en 2008 al 53% en 2009. Uno de los incrementos más significativos tuvo lugar en África oriental y meridional: del 58% en 2008 al 68% en 2009. En África occidental y central se pasó del 16% al 23% durante el mismo período<sup>22</sup>.

Cerca de un tercio de los bebés de madres VIH positivas reciben terapia con antirretrovirales para prevenir la transmisión. En los países de bajos y medianos ingresos, la cobertura ha aumentado poco: del 32% en 2008 al 35% en 2009<sup>23</sup>. Lograr una cobertura del 80% era la meta de muchos países en materia de acceso universal a la prueba de detección del VIH y a la terapia antirretroviral para prevenir la transmisión del virus de la madre al niño. El objetivo de eliminar la transmisión maternoinfantil requiere intensificar los esfuerzos –particularmente de los países con epidemia generalizada– tendientes a lograr la universalización de las pruebas de detección del VIH y una cobertura con terapias antirretrovirales para prevenir la transmisión de, al menos, un 95%.

ONUSIDA convirtió la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en una de sus esferas de resultados prioritarias, e hizo un llamamiento para eliminar virtualmente la transmisión, a más tardar en 2015 (“eliminación virtual” significa que menos del 5% de los hijos de madres VIH positivas están infectados). Para garantizar la rendición de cuentas y supervisar los progresos hacia este objetivo, los 10 copatrocinadores de ONUSIDA –bajo la dirección de UNICEF, la OMS y ONUSIDA– realizaron un análisis de rentabilidad de los programas de prevención de la transmisión, que establece la consecución, a más tardar en 2011, de tres ambiciosos resultados en 10 de los 22 países con el mayor número de embarazadas VIH positivas: lograr una cobertura mínima del 80% con terapias antirretrovirales eficaces para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH; brindar tratamiento antirretroviral para preservar la salud de, al menos, el 50% de las embarazadas seropositivas que cumplan los requisitos necesarios, en consonancia con las directrices de la OMS de 2010; y reducir en un 50% las actuales necesidades insatisfechas de planificación familiar de todas las mujeres<sup>24</sup>.

Para conquistar el nuevo objetivo de eliminar prácticamente la transmisión de madre a hijo será imprescindible aplicar plenamente el enfoque global de las Naciones Unidas, que incluye: la prevención primaria del VIH entre las mujeres en edad de procrear; la prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres portadoras del virus; la prevención de la transmisión del virus de las madres seropositivas a sus recién nacidos; y la prestación de apoyo, atención y tratamiento a las mujeres seropositivas, sus hijos y sus familias.

Evitar nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres en edad reproductiva y responder a las necesidades insatisfechas de planificación familiar de las mujeres que viven con el virus son dos componentes esenciales de los programas de prevención de

la transmisión de la madre al niño, aunque a menudo reciben poca atención debido a la falta de recursos apropiados y de una orientación operacional clara. Hasta ahora, la mayoría de los programas se han centrado, básicamente, en la administración de pruebas de detección del VIH, en el asesoramiento psicológico y en el tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión.

### Eliminar virtualmente la transmisión significa hacer mejor lo que ya sabemos hacer

Experiencias de diversos países demuestran que alcanzar el objetivo de eliminar prácticamente la transmisión del VIH de madre a hijo exige cerrar las brechas en la cobertura geográfica, en la eficacia, en la calidad y en la demanda de servicios de prevención de la transmisión. Todo esto requiere una mejor utilización de los recursos existentes, inversiones adicionales e innovaciones en la prestación de los servicios.

Factores como el nivel de los ingresos y la ubicación en zonas rurales pueden impedir el acceso a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Esta desigualdad de acceso constituye un estrangulamiento fundamental para el acceso universal en los países de bajos y medianos ingresos. Numerosos países con epidemia generalizada que inicialmente pusieron en marcha sus programas de prevención de la transmisión en instalaciones sanitarias que contaban con los recursos humanos y la infraestructura necesarios, en la actualidad lidian con el problema de ampliar esos servicios para integrarlos en los programas de asistencia primaria de la salud maternoinfantil, lo que les abrirá el camino hacia el acceso universal.

La descentralización de la prestación de los servicios debe ir acompañada de la delegación de responsabilidades y funciones a los equipos de gestión subnacionales. En Sudáfrica se inició recientemente el proceso nacional de descentralización, y se delegaron funciones a los establecimientos de atención primaria, como estrategia fundamental de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. En 2009, Côte d'Ivoire, con apoyo de UNICEF, calculó los costos de un plan nacional para ampliar el alcance de los servicios, con metas basadas en la población. Los 83 distritos de salud de las 19 regiones del país posteriormente elaboraron planes operacionales integrados, que incluyen prevención de la transmisión, atención y tratamiento pediátrico del VIH, y otras intervenciones de supervivencia infantil.

### Las intervenciones de calidad son la piedra angular de la eliminación virtual de la transmisión de madre a hijo

Las directrices revisadas de la OMS sobre prevención de la transmisión maternoinfantil, VIH y alimentación infantil, y terapia con antirretrovirales representan un llamamiento para mejorar la calidad de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. Prestar servicios de calidad que reduzcan las tasas de transmisión a menos del 5% exige mejorar la evaluación inmunológica de todas las embarazadas seropositivas –por medio del conteo de células CD4–, a fin de determinar si reúnen las condiciones para beneficiarse de la terapia antirretroviral. También requiere lo siguiente: ofrecer regímenes antirretrovirales eficaces para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño; promover prácticas más seguras de alimentación infantil; y apoyar el diagnóstico del VIH entre las seis y las ocho semanas de vida,



seguido de tratamiento con antirretrovirales para los lactantes infectados.

Aun cuando los países están modificando sus directrices nacionales para ajustarlas a los nuevos criterios internacionales, para algunos sigue siendo difícil adoptar regímenes antirretrovirales altamente eficaces. En 2009, por ejemplo, la India, la República Democrática del Congo y Zimbabwe seguían utilizando nevirapina de dosis única como medida profiláctica predominante para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH; sin embargo, ya están empezando a aplicar las nuevas directrices internacionales<sup>25</sup>.

Las madres gestantes que viven con el VIH y se hallan en una etapa avanzada de la enfermedad corren un mayor riesgo de transmitir el virus a sus bebés. Un estudio efectuado hace poco tiempo, en Zambia, encontró tasas más elevadas de transmisión de madre a hijo entre las mujeres consideradas aptas para recibir tratamiento para preservar su propia salud, según los nuevos criterios de la OMS (2010), que recomiendan el tratamiento para las mujeres embarazadas con enfermedad avanzada, o cuyo conteo de células CD4 haya sido de 350 células por milímetro cúbico o menos, independientemente de los síntomas (gráfico 1). El estudio también descubrió altas tasas de mortalidad materna; en efecto, el 88% de las madres que perdieron la vida en el transcurso de los 24 meses siguientes al parto habían sido consideradas aptas para acceder a tratamiento<sup>26</sup>.

De acuerdo con el estudio mencionado, iniciar la terapia con antirretrovirales para preservar la salud de las embarazadas que lo necesitan podría evitar un 92% de las muertes maternas y un 88% de las infecciones perinatales y posnatales<sup>27</sup>. Pero en los países de bajos y medianos ingresos, solamente alrededor de la mitad de las embarazadas con pruebas positivas de VIH fueron evaluadas, en 2009, para determinar si reunían las condiciones para someterse a tratamiento con antirretrovirales para preservar su propia salud<sup>28</sup>.

En los establecimientos de salud primaria, donde la mayoría de las madres gestantes son examinadas, muy pocas veces se hace recuento de linfocitos CD4. La tecnología de conteo CD4 exige personal capacitado y equipos costosos, además de gastos periódicos por concepto de reagentes y mantenimiento. Empero, ya se está empezando a disponer de equipos de bajo costo, y su utilización en los establecimientos de nivel inferior podría revolucionar la gestión

**Gráfico 1: Tasas de transmisión del VIH de madre a hijo entre mujeres con bajo conteo de células CD4, durante el embarazo, el parto y la lactancia**



Fuente: Adaptado de Kuhn, L., et al., 'Potential Impact of New WHO Criteria for Antiretroviral Treatment for Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission', *AIDS*, vol. 24, no. 9, 1 de junio de 2010, págs. 1374-1377.

de los casos de VIH. Todo esto hace necesaria la validación urgente sobre el terreno, además de tomar en consideración cuestiones clave como la supervisión de la gestión, el control de la calidad, el desarrollo de la capacidad y de los recursos humanos, y los gastos recurrentes por concepto de mantenimiento del equipo<sup>29</sup>.

Para erradicar prácticamente la transmisión del VIH de madre a hijo es indispensable que el acceso a los regímenes antirretrovirales más eficaces sea equitativo. Esto, a su vez, implica conectar las esferas programáticas: VIH y sida; salud sexual y reproductiva; servicios de supervivencia y salud de la madre, el recién nacido y el niño pequeño (incluyendo nutrición y vacunación); y prevención y tratamiento del paludismo y la tuberculosis.



Una innovación que, según se prevé, ampliará la utilización de regímenes más eficaces de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH es el "pack madre-bebé". Desarrollado por UNICEF y la OMS con apoyo de UNITAID –la entidad internacional de adquisición de

medicamentos– y otros asociados, el paquete contiene medicinas antirretrovirales para las mujeres, jarabe de nevirapina para los lactantes en cantidad suficiente para seis semanas, y el antibiótico cotrimoxazol para las madres y sus bebés. Está destinado a las comunidades donde los partos suelen tener lugar en los hogares o en sitios diferentes de los centros asistenciales. Su utilización puede reducir el problema de desabastecimiento y favorecer la participación del personal sanitario en los planes de asistencia a las embarazadas seropositivas, incluyendo lo siguiente: mayor adherencia al tratamiento y seguimiento de la atención; iniciación temprana de las consultas prenatales y aumento de su frecuencia; y atención posterior al parto. Los resultados de esta innovación –que se puso en práctica por primera vez en el Camerún, Kenya, Lesotho

y Zambia, en 2010– se evaluarán en 2011, con vistas a extender su utilización.

### **Prestar atención a las barreras económicas, sociales y culturales que impiden a las mujeres utilizar los servicios puede ayudar a incrementar la demanda**

La disponibilidad de servicios efectivos de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo no garantiza su utilización. A nivel mundial, una proporción significativa de las mujeres embarazadas (el 79%) asisten, al menos, a un control prenatal<sup>30</sup>. No obstante, esta proporción desciende en el contexto de la atención continuada, y menos mujeres acuden a las cuatro consultas prenatales recomendadas o dan a luz en centros de salud. Este patrón se reproduce en los programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. En consecuencia, una alta proporción de las madres gestantes seropositivas no se benefician de todos los servicios e intervenciones que les ayudarían a mantenerse saludables y a mantener a sus bebés libres del VIH.

En varios países con epidemia generalizada de VIH y con servicios de prevención de la transmisión de madres a hijos en la mayoría de sus establecimientos de atención prenatal y obstétrica (Botswana, Namibia, Sudáfrica y Swazilandia), la utilización de las pruebas del VIH es superior al 80%<sup>31</sup>. En otros países donde la cobertura con terapia antirretroviral para prevenir la transmisión de madre a hijo en los establecimientos de salud es relativamente alta, como Etiopía, no es posible entrar en contacto con la mayoría de las futuras madres que requieren tratamiento, pues solamente una baja proporción de ellas acuden a controles prenatales y tienen a sus hijos en centros de salud, lo que impide detectarlas.

Diversos factores sociales, culturales y económicos siguen entorpeciendo la utilización de los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil en entornos con recursos limitados. Entre esos factores figuran el alto costo de los servicios de atención prenatal y obstétrica, las largas esperas, los altos costos del transporte a los centros asistenciales, la falta de apoyo de la pareja, y el estigma y la discriminación que pesan sobre las personas infectadas con el VIH. Estudios efectuados en Camboya y Zambia revelaron que las tarifas a los usuarios, las grandes distancias, la falta de transporte y la deficiente calidad de la atención disuadieron a las mujeres de dar a luz en las clínicas<sup>32</sup>. En Malawi, las tarifas a los usuarios también han impedido que muchas

embarazadas utilicen los servicios de maternidad. Entre 2005 y 2007, los servicios de maternidad gratuitos en un hospital rural de este país registraron un incremento del 42% en las consultas prenatales, y un aumento en la proporción de partos en dicho hospital entre las madres que recibieron asistencia prenatal<sup>33</sup>. En la India y otros países se ha demostrado que el estigma social disuade a muchas mujeres de aprovechar los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo<sup>34</sup>.

Las mujeres que reciben información sobre la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en los centros asistenciales frecuentemente se ven forzadas a tomar decisiones rápidas sobre las pruebas de detección del virus y la terapia antirretroviral para prevenir la transmisión a sus hijos. Esta situación es aun más complicada para las adolescentes embarazadas, que muchas veces son víctimas del aislamiento y la discriminación, reciben un trato hostil en los centros sanitarios y afrontan obstáculos jurídicos para practicarse las pruebas o tomar decisiones sobre su salud. En el contexto de la prevención de la transmisión, las necesidades particulares de las adolescentes requieren especial atención en los establecimientos de salud, las escuelas y la comunidad, al igual que las necesidades de las futuras madres que utilizan drogas o se dedican al trabajo sexual. Algunas de las estrategias que ayudan a satisfacer las necesidades de las niñas adolescentes son retrasar la edad del matrimonio y de iniciación de la actividad sexual, los programas de prevención del embarazo y el VIH en la adolescencia, y la promoción de servicios de salud sensibles a su condición.

La participación de las comunidades –y especialmente las mujeres con VIH y a sus compañeros– es definitiva para propiciar la toma de conciencia, crear demanda, combatir el estigma y la discriminación, reforzar la observación estricta del tratamiento prescrito y ofrecer apoyo psicosocial. Es fundamental que los hombres participen en la prestación de todos los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo; que apoyen la demanda tanto de estos servicios como de atención, apoyo y tratamiento para los niños infectados con el VIH; y que promuevan la creación y la prestación de servicios de salud más completos para las madres, los recién nacidos y los niños pequeños. Como parte del asesoramiento y la atención a las parejas, es vital que los maridos o compañeros sexuales se sometan a pruebas de detección del VIH, para evitar que siga aumentando el número de nuevas infecciones entre las mujeres jóvenes. En Rwanda se ha intensificado la administración de pruebas de detección del virus y el asesoramiento a las parejas, dando por resultado una marcada reducción de los casos de infección entre las parejas serodiscordantes (solamente uno de los miembros de la pareja es VIH positivo)<sup>35</sup>, aunque esto es muy poco común en la mayoría de los países.

En la India, el Consorcio sobre el Sida del estado de Andhra Pradesh puso en marcha, en noviembre de 2007, un programa de asesoramiento entre pares, con el objeto de mejorar los servicios de salud materna e identificar y hacer seguimiento a las embarazadas seropositivas y a sus recién nacidos. Luego de recibir capacitación en prevención del VIH, asesoramiento, recopilación de datos y presentación de informes, quince personas seropositivas empezaron a trabajar en los centros integrales de apoyo psicológico y administración de pruebas de varias facultades de medicina privadas de 12 distritos de ese estado. En diciembre de 2009, el porcentaje de mujeres examinadas en los centros y luego remitidas a especialistas había aumentado notablemente (del 6% al 35%), así

como el porcentaje de mujeres VIH positivas que dieron a luz en esas facultades de medicina (del 36% al 87%)<sup>36</sup>.

En Zambia, una gran variedad de intervenciones (prestación de servicios, integración de la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño en las estructuras de salud maternoinfantil, movilización de los dirigentes comunitarios y promoción de la participación de los hombres) dieron lugar a una extraordinaria acogida de múltiples servicios de prevención de la transmisión: desde la aceptación de las pruebas de detección del virus, el asesoramiento, el interés en conocer los resultados y la profilaxis con medicamentos antirretrovirales, hasta la remisión de madres a centros especializados, cuando era necesario. El acceso equitativo a los servicios tanto en las zonas urbanas como rurales, y la integración de los servicios en todos los niveles de la salud maternoinfantil y a nivel de las comunidades, ha tenido un impacto positivo<sup>37</sup>.

Adoptar medidas novedosas –como el seguro social, las transferencias de dinero en efectivo y los vales– para mejorar el acceso a los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño pequeño (incluyendo la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo), también podría ser definitivo para impulsar la utilización de los servicios de prevención de la transmisión, incluyendo atención y seguimiento prenatal y posnatal.

### Comprender los costos de los programas de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo

Las directrices de la OMS de 2010, que instan a iniciar precozmente el tratamiento de las mujeres embarazadas que viven con el VIH y a administrar profilaxis antirretroviral durante todo el período de lactancia, tienen serias implicaciones financieras. Esto aplica, también, a los esfuerzos para ampliar la escala de los demás componentes de las intervenciones que buscan prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, como por ejemplo: la prevención primaria del virus entre las mujeres en edad reproductiva, la prevención de los embarazos no deseados, el mejoramiento de las condiciones de seguridad durante el parto, el mejoramiento de las prácticas de alimentación de los lactantes, y el tratamiento a largo plazo para preservar la salud de las madres.

La Fundación Clinton desarrolló un instrumento para determinar los costos de las diferentes opciones de terapia antirretroviral



<No intersecting link>

recomendadas por las nuevas directrices, y ONUSIDA, la OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) elaboraron modelos de costos de programas para poner en práctica dichas opciones. Otros estudios están examinando las implicaciones de los costos de los servicios integrales en materia de VIH y salud sexual y reproductiva. En Kenya, Malawi y Swazilandia se está realizando un estudio de esta índole, financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, en colaboración con la Federación Internacional de Planificación de la Familia, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Población.

En todas partes hay una apremiante necesidad de reforzar la eficacia y la efectividad del gasto en salud. Una manera de lograrlo es establecer mecanismos innovadores de financiación para las actividades subnacionales. La asignación de recursos cuantiosos a nivel local, complementada con financiación externa, es decisiva para mejorar el acceso y la calidad de los servicios relacionados con el VIH para las mujeres y los niños, e integrar los plenamente en los programas de salud sexual y reproductiva. En Côte d'Ivoire y Uganda se elaboraron planes nacionales para ampliar la escala de los servicios, así como planes operacionales a nivel de distritos; sin embargo, aún no existen sistemas nacionales que faciliten la asignación de fondos de los donantes y los asociados a estructuras subnacionales que posibiliten la aplicación de esos planes.

## EL CAMINO QUE FALTA POR RECORRER

Eliminar la transmisión vertical del VIH requiere medir el impacto de las intervenciones de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y no, sencillamente, las aportaciones y la cobertura, que han sido los principales indicadores hasta ahora. Abordar las necesidades de las madres, los niños y las familias exige integrar y vincular los servicios de salud sexual y reproductiva, los servicios de atención y supervivencia de la madre y el niño, las instalaciones mejoradas de saneamiento, los sistemas caseros de tratamiento del agua, el lavado de las manos con jabón y las intervenciones relativas al paludismo y la tuberculosis. La prestación efectiva de los servicios de prevención de la transmisión y la aplicación de los nuevos criterios de la OMS exigen que las madres gestantes empiecen a utilizar antes los servicios de salud maternoinfantil, y que recurran a ellos con mayor frecuencia. Brindar tratamiento a los progenitores que cumplen las condiciones –los que tienen más probabilidades de transmitir el virus– también disminuirá las enfermedades asociadas con el sida y prolongará la vida de los pacientes, reduciendo las tasas de orfandad y proporcionando una atención más eficaz a una nueva generación libre del sida.

### III. TRATAMIENTO Y ATENCIÓN PEDIÁTRICA

*Para que los niños, las niñas y los adolescentes infectados con el VIH no desarrollen sida y mueran, es necesario localizarlos pronto, proporcionarles acceso oportuno a la atención y el tratamiento, y documentar y hacer seguimiento de sus progresos. La ampliación de los servicios de diagnóstico infantil temprano ha demostrado cuán prometedor es el tratamiento pediátrico del VIH, a la vez que ha puesto de manifiesto las dificultades que conlleva.*

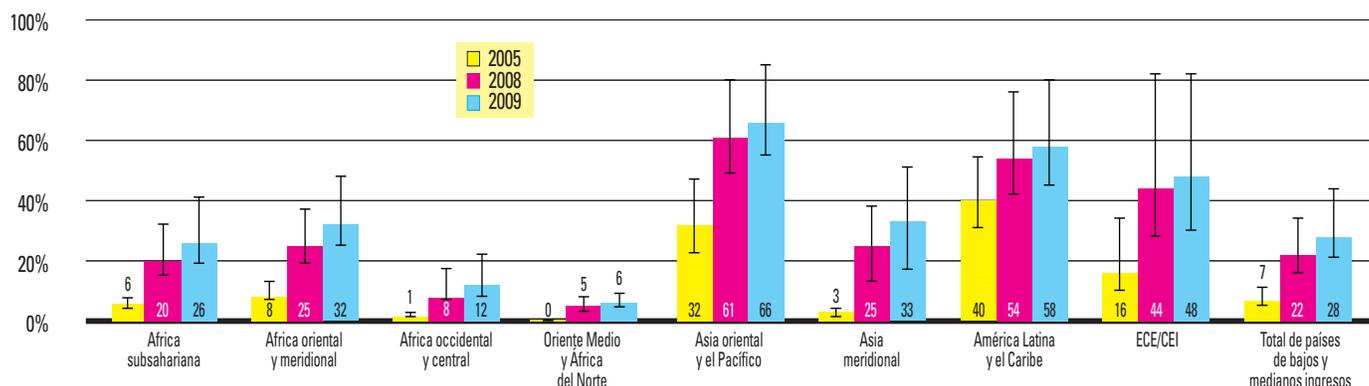
Nuevas recomendaciones de la OMS, formuladas en 2010, establecen que muchos más niños y niñas seropositivos – incluyendo a todos los menores de 2 años– serán considerados aptos para iniciar inmediatamente el tratamiento con medicamentos antirretrovirales. Al mismo tiempo, la toma sistemática de pruebas del VIH a los niños ha facilitado la detección de los que viven con el virus. Esto también ha sido posible gracias a los servicios de diagnóstico infantil temprano y a la nueva orientación normativa de 2010, que define los requisitos para las pruebas a los lactantes y a los niños pequeños en los establecimientos de salud<sup>38</sup>. Además, existe mayor conciencia sobre la rápida propagación de la epidemia del VIH entre los adolescentes, muchos de los cuales contrajeron la infección al nacer.

Nuevos lineamientos y mejores métodos para localizar a los niños seropositivos han hecho que muchos más niños y niñas comiencen el tratamiento que salvará sus vidas. Sin embargo, datos recientes indican que estos avances no están beneficiando a tantos niños como se esperaba. En 2009 vivían con el VIH 2,5 millones de niños menores de 15 años. Si bien el número de niños y niñas que recibían terapia con antirretrovirales en los países de bajos y medianos ingresos pasó de 275.300 en 2008 a 356.400 en 2009, se trata, apenas, del 28% de los aproximadamente 1,27 millones de niños que requieren tratamiento, según los nuevos criterios<sup>39</sup>. La cobertura de tratamiento entre los adultos es más alta (el 37%)<sup>40</sup>. Pero la diferencia entre los adultos y los niños es muchísimo mayor, pues, sin intervención, alrededor del 50% de los niños infectados mueren antes de su segundo cumpleaños. No cabe duda de que los países tienen que intensificar sus esfuerzos para hacer frente a esta disparidad.

#### Administrar pruebas de detección del VIH a los niños es la principal vía de acceso a la atención y el tratamiento

El primer paso para mejorar el acceso al tratamiento es ampliar, por todos los medios disponibles, la escala de los servicios de diagnóstico infantil del VIH. Debido a que los niños pequeños generalmente acuden a los centros asistenciales con más frecuencia que los adultos, debería ser más fácil determinar cuáles han contraído la infección, mediante el ofrecimiento sistemático de pruebas de detección del VIH. Por esto, administrar pruebas en los hospitales, en las clínicas de nivel inferior –como las que ofrecen

**Gráfico 2: Porcentaje de niños necesitados menores de 15 años que recibieron tratamiento antirretroviral, 2005–2009**



**Nota:** Las líneas en las barras indican los márgenes de incertidumbre de las estimaciones.

**Fuentes:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*, OMS, Ginebra, septiembre de 2010.

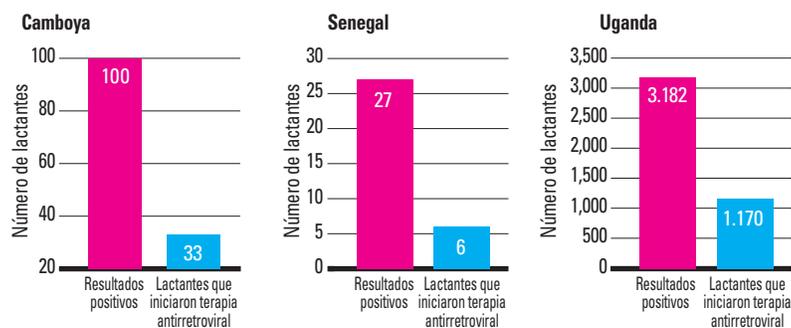
servicios de vacunación– y por medio de programas comunitarios de atención a niños con altos grados de malnutrición debería producir un incremento importante en el número de niños y niñas identificados como portadores del virus.

Otro mecanismo para detectar casos de infección por el VIH es promover la administración de las pruebas entre los hijos de los adultos que reciben atención y tratamiento, y entre los hermanos de los niños inscritos en programas de prevención de la transmisión de madre a hijo. Varios programas que se valen de este tipo de estrategias han registrado incrementos notables en el número de niños que se someten a tratamiento. Utilizar múltiples vías de acceso a las pruebas pediátricas del VIH servirá para detectar a muchos más niños seropositivos.

Los proveedores de servicios de salud a todos los niveles de la atención deben tomar conciencia sobre la urgencia de identificar a los niños que viven con el VIH, y deben contar con las herramientas para poder ofrecer las pruebas del VIH a los niños de manera habitual. Dada la grave escasez de enfermeras y otros profesionales de la salud en muchas unidades médicas, delegar funciones –o recurrir a asesores no profesionales para administrar las pruebas y ofrecer orientación psicológica– podría beneficiar a muchos más niños. En Malawi, los encargados de un programa recurrieron a asesores no especializados para aplicar sistemáticamente un algoritmo de pruebas diagnósticas de ocho sencillos pasos, gracias a lo cual la proporción de niños a los que se practicó la prueba pasó del 6% a cerca del 65%, y el número de niños que se inscribieron para recibir el tratamiento se elevó de un modo extraordinario<sup>41</sup>.

El diagnóstico temprano y la rápida iniciación del tratamiento son vitales para elevar las tasas de supervivencia infantil y reducir las deficiencias neurocognitivas y el retraso en el desarrollo, que pueden originarse en la replicación viral en el cerebro antes de comenzar el tratamiento. No obstante, la detección precoz de los lactantes seropositivos requiere pruebas virológicas que casi siempre deben ser procesadas ex situ. A pesar de que los servicios de diagnóstico temprano para los lactantes han aumentado considerablemente en muchos países, la cobertura en los países de bajos y medianos ingresos no ha pasado del 6%<sup>42</sup>.

**Gráfico 3: Iniciación de la terapia antirretroviral en lactantes con resultados positivos en las pruebas del VIH**



Fuente: Análisis de datos de los Ministerios de Salud, efectuado por UNICEF. Los datos se recopilaron entre agosto y diciembre de 2009.

Obtener buenos resultados exige fortalecer los mecanismos de seguimiento de los lactantes expuestos al VIH –por medio de la prevención de la transmisión de madre a hijo y los demás servicios de salud infantil–, para garantizar el diagnóstico y la atención tempranos. Datos de un examen multinacional señalan que entre un cuarto y un tercio de los lactantes con resultados positivos en las pruebas del VIH iniciaron la terapia antirretroviral (gráfico 3). Pero algunos nunca recibieron sus resultados, lo que demuestra la falta de mecanismos eficientes para poner a los lactantes en contacto con los centros de atención y tratamiento<sup>43</sup>.

Estos datos demuestran a las claras que las inversiones en el diagnóstico infantil precoz deben ir más allá del apoyo a los sistemas de laboratorio. Es indispensable redoblar los esfuerzos para que ningún niño quede sin seguimiento, mejorando la planificación de la atención, el asesoramiento, la gestión de los casos y el seguimiento de las madres y los bebés, en los lugares donde se prestan los servicios y en las comunidades vecinas. Hace falta un cambio de paradigma que permita integrar el diagnóstico infantil temprano y los servicios en iniciativas más amplias destinadas a mejorar la atención de los lactantes expuestos al VIH. Por ejemplo, se podría encargar a los trabajadores sanitarios de la comunidad que se aseguren de que se actúe en consonancia con los resultados de las pruebas, y que los pacientes sigan con seriedad sus tratamientos.

Algunos países, entre ellos Uganda, ya están tomando medidas para abordar estas cuestiones, y en muchos de sus centros asistenciales se han observado mejoras impresionantes en materia de remisión a especialistas e iniciación de la asistencia y el tratamiento<sup>44</sup>. El uso de mensajes de texto para agilizar la entrega de los resultados de laboratorio a los establecimientos de salud y a las madres también está resultando de gran utilidad, y ya se está trabajando en la creación de servicios de diagnóstico infantil inmediato, algunos de los cuales se pondrán a prueba sobre el terreno, en 2011. Acelerar la adopción de estas innovaciones complementará otras acciones que buscan disminuir el número de lactantes a los cuales no se hace seguimiento.

## Eliminar las barreras sistémicas, sociales y financieras podría mejorar el acceso al tratamiento y la salud de los niños

Para conseguir el acceso universal al tratamiento del VIH, los centros que ofrecen este servicio deben descentralizarse, y ubicarse en instalaciones de nivel inferior en las comunidades o cerca de ellas. Las clínicas maternoinfantiles son ideales para este propósito. El tratamiento pediátrico del VIH puede descentralizarse pero requiere personal sanitario capacitado. Desgraciadamente, la falta de personal idóneo sigue siendo uno de los problemas que limitan con más frecuencia el acceso de los niños al tratamiento.

El progreso en la descentralización del tratamiento pediátrico a centros de salud de nivel inferior, y el progreso en la capacitación del personal sanitario de todos los centros que ofrecen tratamiento a los lactantes, los niños pequeños y los adultos ha avanzado con una lentitud inaceptable. En muchos lugares, solamente establecimientos especializados en las zonas urbanas o en las comunidades con grandes poblaciones brindan tratamiento antirretroviral a los niños. Los encargados de los programas nacionales deben supervisar más cuidadosamente la proporción de niños y adultos inscritos en los centros de tratamiento, y tomar medidas drásticas para que los que reciben un número muy bajo de niños corrijan esta disparidad. Utilizar un modelo de atención basado en la familia, mediante el cual la prestación de los servicios se simplifique proporcionando asistencia a las madres, sus hijos y sus familias, podría mejorar la inscripción y la continuidad de la atención.

Un análisis reciente sobre la adherencia de los niños a la terapia antirretroviral en países de bajos y medianos ingresos encontró que era igual o mejor que en los países ricos<sup>45</sup>, lo que acaba con el argumento de que la expansión del tratamiento pediátrico con antirretrovirales debería limitarse en base a la adherencia. Empero, todavía hay grandes diferencias en las tasas de mortalidad y de seguimiento entre lugares y regiones. Por ejemplo, la peor situación se vive en algunos lugares de África occidental, donde un 9% de los niños mueren dentro de los primeros 18 meses de tratamiento, y donde no es posible hacer seguimiento a un 24% de los niños<sup>46</sup>. Un factor relacionado con los resultados deficientes es que algunos programas exigían que las familias pagaran por los exámenes de



© UNICEF/NYHD2009-0317/Nesbitt

laboratorio, lo que subraya la importancia de seguir trabajando para acabar con las tarifas a los usuarios en los centros asistenciales.

El pronóstico de los niños y las niñas infectados con el VIH y coinfectados con tuberculosis es particularmente sombrío. Sus tasas de mortalidad durante el tratamiento contra la tuberculosis son mucho mayores que las de los niños que sufren de tuberculosis, pero que no están infectados con el VIH. En lugar de iniciar la terapia con antirretrovirales después de finalizar el tratamiento contra la tuberculosis, la recomendación actual es seguir ambos tratamientos simultáneamente, puesto que se ha observado que se obtienen mejores resultados.

Las mujeres que sufren de tuberculosis tienen una alta probabilidad de transmitir a sus bebés esta enfermedad, lo que eleva el riesgo de muerte infantil, sobre todo entre los niños infectados con el VIH. Un estudio efectuado en Pune (India) reveló que la tuberculosis había aumentado 2,2 veces la probabilidad de muerte entre las mujeres VIH positivas y 3,4 veces la probabilidad de que sus hijos perdieran la vida, en comparación con las mujeres VIH positivas que no tenían tuberculosis<sup>47</sup>. Los bebés de mujeres que sufren de tuberculosis enfrentan la doble amenaza de la transmisión vertical y horizontal de esta enfermedad, y presentan tasas más altas de retardo en el crecimiento intrauterino, nacimientos prematuros y bajo peso al nacer. Los medicamentos antituberculosos no se formulan específicamente a los niños, lo que dificulta enormemente el tratamiento.

Se requieren urgentemente más investigaciones, a fin de encontrar maneras de mejorar la salud de los niños infectados tanto con el VIH como con el virus de la tuberculosis. Las nuevas directrices de la OMS sobre detección de casos de tuberculosis y administración de terapia preventiva con isoniazid para quienes viven con el VIH en entornos con recursos limitados, destacan la importancia de que los niños y los adultos –incluyendo a las mujeres embarazadas– se sometan a esta terapia, al menos durante seis meses<sup>48</sup>.

## Es fundamental brindar atención preventiva básica

Con el objeto de elevar las tasas de supervivencia de los niños que viven con el VIH, es esencial ampliar la escala de medidas de prevención sencillas y de

## Sostenibilidad de los servicios relacionados con el VIH en contextos de emergencia: Haití, 2010

La efectividad del tratamiento, la atención y los servicios de prevención y apoyo para quienes viven con el VIH depende de la fiabilidad en la prestación de los servicios y de la continuidad en el acceso. Esa continuidad se vio seriamente comprometida en Haití, como consecuencia del terremoto que azotó al país en enero de 2010.

En 2009, es decir, antes del terremoto, aproximadamente 120.000 personas vivían con el VIH en Haití. La prevalencia entre los adultos era del 1,9%, y el 61% de las personas VIH positivas mayores de 15 años eran mujeres. En 2009 vivían 12.000 niños con el VIH. Varias organizaciones se dedicaban activamente a prestar servicios a la población seropositiva.

El terremoto cobró cerca de 217.000 vidas, dejó 300.000 personas heridas y más de 1 millón de personas sin hogar. Devastó vidas y causó estragos en los servicios relacionados con el VIH. En 2009, alrededor de 26.000 personas estaban bajo tratamiento antirretroviral; sin embargo, después del terremoto, menos del 40% había podido acceder al tratamiento, según estimaciones del Ministerio de Salud dadas a conocer en un informe de ONUSIDA de 2010. En los tres departamentos más afectados, donde se prestaba más o menos la mitad de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, la mayoría de los trabajadores sanitarios resultaron gravemente afectados. Después del terremoto, el desplazamiento a gran escala acentuó aún más la vulnerabilidad a la infección por el VIH entre la población afectada.

Mientras que los dos principales proveedores de tratamiento en Haití, GHESKIO y la Red de Información sobre la Salud, hicieron un excelente trabajo al seguir prestando servicios en las clínicas –incluyendo terapia antirretroviral y prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo–, ninguna entidad se encargó de averiguar por los pacientes desaparecidos o de velar por la continuidad de las actividades comunitarias de prevención, apoyo a las familias, distribución de preservativos o información sobre el sida en los campamentos de desplazados. De acuerdo con un informe de ONUSIDA, la cuestión del sida no se había integrado plenamente en los grupos temáticos de las Naciones Unidas que orientaban la respuesta de emergencia, y existe acuerdo en el sentido de que la situación posterior a los desastres se debe gestionar de un modo distinto.

Fuentes: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), *Helping Haiti Rebuild Its AIDS Response*, ONUSIDA, Ginebra, febrero de 2010, págs. 6–7; ONUSIDA, 'Joint UNAIDS Mission to Haiti: Synthesis report', 20–28 de marzo de 2010 (documento interno). Datos adicionales corresponden al *Informe sobre la epidemia mundial del sida, 2010*, de ONUSIDA (de próxima aparición) y a la publicación de la OMS, ONUSIDA y UNICEF *Hacia el acceso universal: Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*, OMS, Ginebra, septiembre de 2010, pág. 115.

eficacia comprobada; por ejemplo, administración del antibiótico cotrimoxazol a todos los lactantes expuestos al VIH; gestión de casos de infecciones comunes, como neumonía; y aplicación de las nuevas pautas de la OMS sobre alimentación infantil. Según las últimas estimaciones mundiales, la cobertura con cotrimoxazol entre los lactantes expuestos al VIH fue de apenas el 14% en 2009<sup>49</sup>. Es mucho más fácil administrar este antibiótico que obtener un diagnóstico infantil precoz, además de que este

medicamento tiene la capacidad de salvar las vidas de niños que podrían carecer de acceso oportuno al diagnóstico o a la terapia antirretroviral. Por esto, aumentar la cobertura con esta sencilla y vital intervención debería ser prioritario.

Aparte de lo anterior, es crucial velar porque todos los lactantes expuestos al VIH tengan acceso periódicamente a servicios preventivos, como vacunación, además de acceso a mosquiteros y agua potable. En Lilongwe (Malawi), mujeres embarazadas y madres lactantes seropositivas recibieron, en octubre de 2008, el material necesario para el tratamiento casero del agua durante seis meses. Esta medida no solo redujo notablemente la incidencia de la diarrea entre sus bebés, sino que se relacionó con una mayor asistencia de las madres y niños a las consultas de control.

### Los niños deben tener acceso a los productos básicos esenciales

Las nuevas directrices de la OMS recomiendan que todos los niños VIH positivos menores de 24 meses inicien la terapia antirretroviral tan pronto como reciban el diagnóstico. Los criterios sobre la iniciación del tratamiento en niños mayores de 2 años son más estrictos. Estas recomendaciones ayudarán a que los niños se mantengan dentro del sistema a partir del momento en que son diagnosticados, pero también significa que muchos más niños y niñas requerirán tratamiento de forma inmediata.

Las directrices también instan a administrar inhibidores de la proteasa a los niños que se han expuesto a inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa, como nevirapina o efavirenz, por medio de intervenciones de prevención de la transmisión de madre a hijo. En los países de bajos ingresos, los inhibidores de la proteasa están fuera del alcance de muchas familias, debido a su alto costo, a que algunos requieren refrigeración y a que no se consiguen en tabletas que se puedan dividir y dar fácilmente a los niños. A pesar de que existen nuevos medicamentos –como raltegravir (Merck) y etravirina (Tibotec/ Johnson y Johnson)– que podrían ser más adecuados que los inhibidores de la proteasa para los niños seropositivos, no han sido suficientemente probados en lactantes, aunque la versión para adultos se aprobó ya hace algún tiempo.

Para aplicar los nuevos criterios se precisará de recursos financieros adicionales, no solo por el alto número de niños que deberán someterse a tratamiento, sino porque los medicamentos que se necesitan son más costosos, y su administración, más compleja. UNITAID y otros grandes donantes piensan reducir gradualmente su apoyo a la adquisición directa de antirretrovirales de uso pediátrico y otros productos básicos esenciales –como los que se emplean en las pruebas de diagnóstico infantil precoz–, razón por la cual los países tendrán que elaborar planes de transición acertados y tomar medidas para evitar la interrupción del suministro. Los donantes también deben tener en cuenta que la financiación de los productos pediátricos básicos deberá incrementarse más que la financiación dirigida a los pacientes que ya están bajo tratamiento, puesto que casi todos los niños que viven con el VIH solamente ahora empezarán su tratamiento.

Por desgracia, los niños y las niñas no se consideran prioritarios cuando de financiación y desarrollo de medicamentos se trata. Las medicinas pediátricas suelen probarse y autorizarse muchos años después que las mismas medicinas para los adultos (si es que esto ocurre). Los interesados deben responsabilizar a los gobiernos y a las compañías farmacéuticas por el desarrollo y la aprobación oportuna de medicamentos antirretrovirales para los niños que los necesitan. Esto implica desarrollar combinaciones de dosis fijas más eficaces para los niños seropositivos que han recibido nevirapina como parte de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

Adicionalmente, se haría bien en explorar métodos innovadores para financiar e incentivar el desarrollo acelerado de la próxima generación de regímenes antirretrovirales combinados para los niños; por ejemplo, patentes mancomunadas, créditos regulatorios rápidos, distribución de los riesgos financieros entre los sectores público y privado, y mayor ampliación de los términos de las patentes para las compañías que producen antirretrovirales de uso pediátrico.

### Los adolescentes que viven con el VIH, una “epidemia oculta”

Es posible ayudar a los adolescentes VIH positivos que se aproximan a la edad adulta, inician su vida sexual, contemplan la posibilidad de casarse e, incluso, piensan formar una familia. Trátese de muchachos y muchachas que sobrevivieron a la transmisión de madre a hijo y ahora son casi adultos, o de jóvenes que se han infectado a través de las relaciones sexuales o del uso de drogas inyectadas, esta “epidemia oculta” debe abordarse con carácter urgente, detectando a los adolescentes que viven con el VIH y ofreciéndoles atención, tratamiento y apoyo antes de que desarrollen enfermedades asociadas con el sida.

En Zimbabue, un estudio sobre los adolescentes hospitalizados encontró que casi el 50% estaban infectados con el VIH, y que cerca del 75% de todas las muertes correspondían a adolescentes que se habían infectado con este virus<sup>50</sup>. Se prevé que, sin tratamiento, solamente en Sudáfrica el número de muertes anuales de adolescentes infectados perinatalmente por el VIH aumentaría de 7.000 en 2008 a 23.000 en 2030<sup>51</sup>. En los países de bajos y medianos ingresos, la mortalidad entre las personas de 10 a 24 años se debe,

en gran medida, al sida y la tuberculosis (y, específicamente en las mujeres, a causas relacionadas con el embarazo y el parto)<sup>52</sup>.

Muchos adolescentes seropositivos carecen de acceso a tratamiento porque nunca se han sometido a pruebas de detección del VIH. En muchos países se exige el consentimiento del tutor o de un progenitor antes de que los jóvenes se hagan la prueba, lo que retrasa, y muchas veces impide, que se la realicen y reciban tratamiento oportuno. Reducir la edad de consentimiento para practicarse este análisis sin autorización del tutor o de un progenitor incrementaría el acceso a este servicio.

Por otra parte, para llegar a un alto número de adolescentes necesitados de tratamiento conviene establecer servicios adecuados a sus necesidades en diversos entornos, por ejemplo, en los centros asistenciales, las comunidades y las escuelas. Las pruebas del VIH para los adolescentes también deben vincularse más estrechamente con los servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño, el asesoramiento y la detección voluntaria del VIH/sida, el tratamiento del VIH, y los programas dirigidos a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables. No es raro que adolescentes seropositivos que participaron en programas para los huérfanos y otros niños vulnerables dejen de inscribirse en los programas de prevención primaria especiales para los jóvenes.

Una vez que los adolescentes VIH positivos son localizados y admitidos a tratamiento, hay que velar por satisfacer sus necesidades particulares, entre las cuales figura el apoyo psicosocial y comunitario que va más allá de los servicios clínicos. Varias iniciativas de escala reducida son buenos ejemplos: el programa para adolescentes de la Iniciativa Internacional de la Universidad de Baylor para el Tratamiento del Sida Infantil, que se ejecuta en Botswana, Malawi, Swazilandia y Uganda; el

programa Zvandiri de AfricAid, en Zimbabwe; el Centro Mildmay, en Uganda; y el Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira, en el Brasil. Con el propósito de lograr una cobertura más alta, conviene difundir y aplicar a gran escala las prácticas recomendadas por estos programas.

En una consulta mundial celebrada en Kampala (Uganda), en mayo de 2010, se analizaron algunos de los problemas que implica responder a las necesidades de los adolescentes. Por ejemplo: cómo ayudarles a revelar su condición con respecto al VIH; cómo facilitar su transición de la atención y el tratamiento pediátrico a los servicios de atención y tratamiento para los adultos; cómo lograr que accedan a una educación de calidad; cómo propiciar su adherencia al tratamiento; y cómo motivarlos a adoptar comportamientos sexuales que no conlleven riesgos<sup>53</sup>. Los interesados ahora deberán tomar medidas acordes con las recomendaciones emanadas de la consulta, incluso las que formularon jóvenes que viven con el VIH.

## EL CAMINO QUE FALTA POR RECORRER

Los lactantes y la mayoría de los niños pequeños y los adolescentes que viven con el VIH requieren tratamiento inmediato. Esto se suma al problema de localizarlos, desarrollar regímenes más adecuados para ellos y redoblar los esfuerzos para que se mantengan dentro del sistema después de ser diagnosticados. La expansión de la cobertura con terapia antirretroviral es una poderosa herramienta para disminuir la incidencia del VIH y la tuberculosis, así como la morbilidad conexas. Además, hoy en día existen sólidos conocimientos sobre el tratamiento infantil, y excelentes ejemplos programáticos sobre la forma más aconsejable de ampliar el acceso a las pruebas de detección del VIH y al tratamiento.

Las estrategias en materia de terapia antirretroviral que, debido a la falta de financiación, otorgan prelación a los pacientes que ya se encuentran bajo tratamiento, podrían perpetuar la marcada disparidad existente en la proporción de adultos y niños que reciben tratamiento, al dejar de lado los casos recientes de VIH infantil. Aun cuando, desde el punto de vista logístico, la necesidad de practicar pruebas virológicas dificulta el diagnóstico del VIH en niños menores de 2 años, el extraordinario efecto de brindar tratamiento a estos niños es conocido y está bien documentado. Por esta razón, es imperativo iniciar el tratamiento a los menores de 2 años, a los demás niños y niñas y a los adolescentes.

## IV. PREVENIR LA INFECCIÓN ENTRE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES

*Se han registrado progresos en materia de prevención de nuevos casos de infección por el VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años. La disminución de la prevalencia en algunos países se debe, en gran parte, al menor número de infecciones entre los jóvenes. Sin embargo, ninguna estrategia de prevención ha demostrado ser útil en todas las circunstancias, y la vulnerabilidad de la gente joven a la infección sigue siendo una realidad.*

Según algunas estimaciones, en 2001 vivían con el VIH 5,7 millones de jóvenes entre los 15 y los 24 años. Al finalizar 2009, esa cifra había descendido a 5 millones. También se ha calculado en 890.000 el número de jóvenes de 15 a 24 años que resultaron infectados en 2009<sup>54</sup>. La significativa disminución de la prevalencia del VIH entre la gente joven se relaciona con una clara tendencia a adoptar comportamientos y prácticas más seguros, como iniciación más tardía de la actividad sexual, menos parejas sexuales y mayor uso del preservativo.

En 2010, ONUSIDA informó que, entre 2001 y 2008, la prevalencia entre los jóvenes había descendido más del 25% en 22 países clave de África subsahariana. El número de nuevas infecciones por VIH está disminuyendo constantemente, o se está estabilizando, en la mayor parte del mundo<sup>55</sup>. Sin embargo, esta tendencia en materia de prevalencia entre los jóvenes no es universal.

Se calcula que el 80% de todos los casos de infección en personas jóvenes del mundo entero corresponden a 20 países a lo largo de varias regiones, y que representan una gran variedad de contextos epidémicos<sup>56</sup>. En nueve países de África meridional, al menos 1 de cada 20 jóvenes vive con el VIH; en Botswana, Lesotho y Swazilandia, más de 1 de cada 10 jóvenes está infectado con el virus<sup>57</sup>.

A nivel mundial, más de un 60% de todos los jóvenes que viven con el VIH son mujeres<sup>58</sup>. Las mujeres jóvenes siguen llevando la peor parte; en muchos países, el mayor riesgo de infección se presenta antes de que cumplan 25 años.

ONUSIDA copatrocina la elaboración de un estudio de viabilidad con miras a impulsar iniciativas de prevención entre los jóvenes, un aspecto central de su Marco de Resultados aprobado en 2009. Dicho estudio destaca la importancia de impartir conocimientos amplios sobre el VIH a la juventud, promoviendo simultáneamente el acceso a los preservativos, a la prueba del VIH, y a asesoramiento sobre reducción de los riesgos.

**Tabla 2: Jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH, 2009**

Región	Mujeres	Hombres	Total
África oriental y meridional	1.900.000	780.000	2.700.000
África occidental y central	800.000	340.000	1.100.000
Asia meridional	150.000	170.000	320.000
Asia oriental y el Pacífico	59.000	71.000	180.000
América Latina y el Caribe	120.000	130.000	250.000
ECE/CEI	52.000	29.000	81.000
Oriente Medio y África del Norte	62.000	32.000	94.000
<b>Total</b>	<b>3.200.000</b>	<b>1.700.000</b>	<b>5.000.000</b>

**Nota:** Puede haber discrepancias entre los totales debido a que las estimaciones figuran en números redondeados y en los cálculos se emplean números sin redondear.

**Fuente:** Estimaciones no publicadas del Informe sobre la epidemia mundial del sida, 2010, de ONUSIDA y la OMS (de próxima aparición).

## Los programas deben hacer frente a la realidad de los nuevos casos de infección entre los jóvenes

Los principales medios de contagio del VIH entre los jóvenes son las relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas con agujas infectadas. A nivel mundial, la transmisión por vía sexual –ya sea heterosexual o entre hombres– representa más del 80% de todas las nuevas infecciones<sup>59</sup>. La epidemia ya empezó a estabilizarse en algunos países con epidemia generalizada, donde la transmisión es producto, especialmente, de las relaciones heterosexuales. No obstante, la transmisión sigue aumentando en la región de Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), donde se origina, fundamentalmente, en el uso de agujas infectadas. En esta región vive aproximadamente uno de cada cuatro consumidores de drogas inyectadas de todo el mundo.

Según datos de 148 países donde se utilizan drogas inyectadas, la prevalencia del VIH oscila entre un 20% y un 40% en cinco países, y supera el 40% en los nueve países con la peor epidemia de VIH entre las comunidades que usan drogas inyectadas<sup>60</sup>. Los jóvenes que se inyectan drogas corren un riesgo sumamente alto de infectarse cuando comparten agujas, lo que suele ir acompañado de otros comportamientos de alto riesgo, como las relaciones sexuales transaccionales. Sin embargo, estos jóvenes casi nunca utilizan los servicios de salud, pues su comportamiento generalmente es ilegal (ver el recuadro).

Debido a que las relaciones sexuales y el consumo de drogas inyectadas entre los jóvenes son temas bastante delicados, los encargados de los programas de prevención que ofrecen servicios de calidad a la gente joven no siempre pueden garantizar su utilización. Esto se debe, con frecuencia, al estigma y la discriminación asociados con los comportamientos de alto riesgo y con el VIH.

Los cambios biológicos propios de la adolescencia se relacionan con conductas de riesgo, lo que puede llevar a la infección con el VIH y a otras situaciones peligrosas. El uso de drogas inyectadas suele empezar durante la adolescencia, a pesar de que, en muchos países, los jóvenes están empezando a consumirlas antes de los 15 años<sup>61</sup>. Los datos sobre iniciación de la vida sexual antes de los 15 años varían significativamente entre

## Responder a la epidemia oculta de VIH en Europa oriental y Asia central

En Europa oriental y Asia central, una tendencia que culpabiliza y condena al ostracismo a las personas seropositivas está alimentando una epidemia oculta de VIH entre los niños y los jóvenes que viven al margen de la sociedad: los portadores del VIH, los adolescentes que se involucran en comportamientos de alto riesgo, las mujeres embarazadas que usan estupefacientes, y el millón o más de niños, niñas y jóvenes que viven o trabajan en las calles.



En julio de 2010, UNICEF publicó el informe *Blame and Banishment: The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*, que trata sobre los problemas de estas poblaciones marginadas y desatendidas. En una región donde las estructuras de salud y la aplicación de la ley están superando un legado de autoritarismo y control, satisfacer las necesidades de estos niños y jóvenes, y hacer respetar sus derechos, no es fácil.

Invisibles y aislados por el lugar que ocupan en el orden social, los jóvenes se exponen todos los días a múltiples riesgos, como el uso indebido de drogas, el comercio sexual y otras formas de explotación y abuso que aumentan sus probabilidades de contagiarse con el VIH. Las tendencias son en extremo preocupantes, dado que en esta región viven 3,7 millones de consumidores de drogas inyectadas; es decir, casi la cuarta parte del total a nivel mundial. La iniciación en las drogas a menudo tiene lugar en la adolescencia.

Los servicios de salud y bienestar social no están adaptados para responder a las necesidades concretas de los adolescentes en mayor riesgo, que muchas veces son víctimas de los juicios morales, la recriminación e incluso el enjuiciamiento penal cuando buscan información sobre el VIH o el tratamiento. Para ayudar a los jóvenes seropositivos o en riesgo de contraer la infección por el VIH, las autoridades médicas y civiles deben establecer servicios que aborden sus necesidades especiales, sin emitir juicios de valor. Una respuesta basada en el apoyo y la comprensión debe reemplazar a la cultura de la culpabilización y la condena al ostracismo.

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Blame and Banishment: The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*, UNICEF, Ginebra, 2010.

regiones, pero en los países en desarrollo (sin incluir a China) donde vive la gran mayoría de los jóvenes seropositivos, el 6% de los niños y el 11% de las niñas entre los 15 y los 19 años informaron que, a los 15 años, ya habían tenido relaciones sexuales<sup>62</sup>.

Entre las mujeres embarazadas, el uso indebido de drogas y el inicio precoz de la actividad sexual no solo han contribuido a aumentar

las infecciones pediátricas por el VIH, sino también a las complicaciones graves de salud y mortalidad entre las madres adolescentes y los lactantes expuestos a este tipo de sustancias. Aproximadamente, 16 millones de niñas adolescentes (15–19 años) dan a luz todos los años<sup>63</sup>, y su situación con respecto al VIH es el principal factor de riesgo de infección entre sus bebés.

El uso de drogas adictivas durante el embarazo tiene consecuencias gravísimas para la salud de la madre, el feto y el recién nacido. La exposición materna a estas sustancias puede derivar en mortinatalidad, parto prematuro, bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia neonatal y mayor riesgo de transmisión de hepatitis y VIH<sup>64</sup>.

Una consulta regional sobre el uso de estupefacientes entre las futuras madres en la región de ECE/CEI, que se llevó a cabo en 2009, puso de relieve la asociación entre el VIH, el uso de este tipo de sustancias y el embarazo, y recalcó el impacto del VIH y el uso indebido de drogas en la supervivencia y el bienestar del niño<sup>65</sup>. No obstante, muchos de los efectos adversos del consumo de drogas durante el embarazo se pueden prevenir cuando se cuenta con sistemas, intervenciones y ambientes propicios. Es crucial poner en marcha mecanismos eficaces de protección y estrategias centradas en el cliente, que promuevan un trato respetuoso y no discriminatorio hacia estas poblaciones.

## El nivel de conocimiento sobre el VIH a nivel mundial sigue siendo demasiado bajo

La información de la cual se dispone sobre el conocimiento del VIH que poseen los jóvenes muestra niveles bastante inferiores a la meta del 95% fijada por el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2010), y revela grandes diferencias entre las regiones y los países.

Encuestas basadas en la población que se realizaron entre 2005 y 2009 indican que solamente tres países han logrado un nivel de conocimiento del 50%, o más, entre los hombres y las mujeres jóvenes: Namibia, Rwanda y Swazilandia. Debido a que en dos de estos países, Namibia y Swazilandia, la prevalencia del VIH entre los adultos es muy alta, la exposición al virus es mayor. Por lo tanto, incrementar los conocimientos

que tienen los jóvenes y complementar este esfuerzo con cambios de comportamiento sostenidos, programas de prestación de servicios y políticas especiales, seguirá siendo determinante para el éxito de las iniciativas de prevención del VIH. Todas estas medidas ya han ayudado a reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes de Namibia<sup>66</sup>.

En 2009, un estudio encargado por la UNESCO sobre la calidad de la educación y los resultados en materia de aprendizaje en África oriental y meridional –incluyendo los conocimientos sobre el VIH y el sida– puso de manifiesto bajos niveles de conocimiento entre los niños y las niñas de los grados superiores de la escuela primaria, a pesar de la buena calidad de los programas educativos sobre el VIH y el sida<sup>67</sup>. Esto obedece a diversas razones, entre las cuales cabe mencionar la deficiente capacitación de los docentes; la ausencia de métodos participativos de aprendizaje; la falta o el escaso apoyo de los directores de escuela y otros directivos; la carencia de incentivos para enseñar temas no sujetos a examen durante las horas de clase; y la incomodidad que experimentan los educadores frente a estos temas.

Un recurso de gran importancia para las escuelas, los maestros y los educadores sanitarios que se esfuerzan por mejorar la calidad de la educación sobre sexualidad, y su impacto en la juventud, es la guía técnica internacional sobre educación sexual (*International Technical Guidance on Sexuality Education*), elaborada por la UNESCO en colaboración con ONUSIDA, el UNFPA, UNICEF y la OMS. Esta guía se publicó en 2009, en dos volúmenes: uno ofrece evidencias sobre las repercusiones positivas de una educación sexual de calidad sobre el comportamiento y los conocimientos; el otro se concentra en el contenido<sup>68</sup>.

Un análisis reciente de las estrategias de prevención recomendó aplicar de forma inmediata, y a gran escala, dos fórmulas para modificar comportamientos que inciden en la exposición y la transmisión de la infección por el VIH: incorporar programas de salud sexual en el plan de estudios, dirigidos por adultos en las escuelas; y utilizar los medios de comunicación social populares entre la juventud.

Un ejemplo de lo anterior proviene de África oriental y meridional, donde las actividades de prevención se enfocan en la modificación de comportamientos, como el inicio precoz de la vida sexual; las relaciones sexuales sin protección, transaccionales o con personas de edades muy diferentes; y tener múltiples parejas sexuales simultáneas. En noviembre de 2009 se empezó a presentar, en Kenya, la telenovela *Shuga*, que consta de tres episodios y fue producida por MTV en colaboración con UNICEF y el PEPFAR. La radio y la Internet colaboraron en la divulgación. Un excelente complemento fue la prestación de servicios de pruebas y asesoramiento sobre el VIH para los jóvenes. La telenovela, que trata sobre las vidas, los amores y las aspiraciones de un grupo de amigos universitarios que viven en Nairobi, contó con una gran audiencia y tuvo profundas repercusiones. De todos los hombres y mujeres jóvenes de Nairobi que respondieron una encuesta, el 60% la había visto; de estos, un 90% informó que la telenovela había cambiado su manera de pensar acerca

de las pruebas del VIH, las relaciones sexuales con varias parejas y el estigma social<sup>69</sup>. *Shuga* también se transmitió en Zambia. Programas televisivos similares, como *Tribus* y *Abrázame*, se produjeron y transmitieron en Trinidad y Tabago y en Ucrania. También en Kenya, en la zona de Nairobi conocida como Kibera –uno de los asentamientos improvisados más grandes del mundo–, un proyecto que está en marcha vincula a jóvenes residentes para trazar mapas de la infraestructura física y sanitaria de su comunidad, valiéndose de técnicas digitales y aplicaciones de telefonía móvil. En los mapas se ubican los sitios donde personas jóvenes han experimentado amenazas o han sido víctimas de abusos, y donde se sienten más vulnerables. Uno de los objetivos es utilizar los datos de los mapas en la planificación y los informes de las organizaciones que prestan servicios de salud y protección en las comunidades<sup>70</sup>.

Siguiendo una recomendación de la Comisión del Sida en Asia, formulada en 2008, para mejorar la prevención aumentando la eficiencia de las intervenciones de bajo costo y alto impacto, varios países de Asia calcularon el tamaño de sus poblaciones de adolescentes en mayor riesgo. En Nepal, por ejemplo, una estimación realizada por la Junta de Control del VIH/sida y las Infecciones de Transmisión Sexual abarcó 41 de los 75 distritos del país pertenecientes a las regiones con las mayores tasas de transmisión asociadas con el comercio sexual y el uso de drogas inyectadas. Las estimaciones a nivel de distritos proporcionan una base más sólida para orientar la planificación de los programas locales y la asignación de los fondos, así como para intensificar la eficacia y la cobertura de los servicios<sup>71</sup>.

Los medios de comunicación de América Latina también han sido importantes asociados en el empeño por cambiar la actitud, tan generalizada, de estigmatizar y discriminar a quienes viven con el VIH. La iniciativa regional *Pasión por la vida* promueve el debate sobre el sida y otros temas de interés, entre el pueblo y los dirigentes políticos. Dos asociados clave –la Iniciativa de los Medios de Difusión de América Latina sobre el Sida y la Red de la Iniciativa de la Comunicación de América Latina– están trabajando para interesar

**Tabla 3: En la mayoría de los países con una alta carga de VIH, el uso del preservativo con múltiples parejas sigue siendo bajo**

País	Número estimado de personas que vivían con el VIH, 2009	Porcentaje de jóvenes (15-24 años) con múltiples parejas que utilizaron preservativo durante la última relación sexual, 2005-2009	
		Hombres	Mujeres
Nigeria	3.300.000	56	29
India	2.400.000	32	17
Kenya	1.500.000	67	37
República Unida de Tanzania	1.400.000	37	–
Uganda	1.200.000	45	39
Zimbabwe	1.200.000	59	38
Zambia	980.000	43	42
Malawi	920.000	46	48
Camerún	610.000	–	68
Côte d'Ivoire	450.000	62	45
Ucrania	350.000	64	63
Swazilandia	180.000	67	51

**Nota:** "Países con una alta carga de VIH" se refiere a aquellos cuya prevalencia del VIH es del 15% o más, o cuya población seropositiva se estimaba en 300.000 o más personas en 2009. Entre los países con una alta carga de VIH, pero sin datos más recientes sobre el uso del preservativo con múltiples parejas, se cuentan Sudáfrica (5.600.000), Mozambique (1.400.000), Etiopía (980.000), la China (740.000), el Brasil (730.000), Tailandia (530.000), Botswana (320.000), Indonesia (310.000) y Lesotho (290.000). La información se refiere al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período 2005-2009.

**Fuentes:** El número estimado de personas que vivían con el VIH en 2009 corresponde al *Informe sobre la epidemia mundial del sida, 2010*, de ONUSIDA (de próxima aparición). Las cifras sobre uso del preservativo con múltiples parejas corresponden a las Encuestas de Indicadores de Sida, las Encuestas Demográficas y de Salud, y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, 2005-2009.

a productores de radio y televisión, periodistas y propietarios de redes en el fortalecimiento de la capacidad para abordar eficiente y objetivamente cuestiones difíciles en torno al VIH y a la vulnerabilidad.

### Prevenir la infección entre los jóvenes exige un compromiso con los programas de distribución de preservativos dirigidos a los adolescentes mayores y a sus parejas

Los programas de distribución de preservativos entre los adolescentes no están suficientemente integrados en los programas de país, y el uso de preservativos por parte de las niñas adolescentes, en particular, sigue siendo muy bajo. Como medida de prevención indispensable, el uso del preservativo también es una estrategia fundamental para las personas seropositivas que desean procrear, y sigue siendo esencial para prevenir embarazos no deseados entre las mujeres jóvenes.

Según datos del período 2005-2009, solo el 47% de los hombres y el 32% de las mujeres entre los 15 y los 24 años de África subsahariana que informaron haber tenido relaciones sexuales con varias parejas en el transcurso de los últimos 12 meses afirmaron haber utilizado preservativo durante la última relación sexual<sup>72</sup>. Aunque siguen siendo bajos, estos porcentajes indican que los jóvenes están haciendo mayor uso del preservativo y que están observando prácticas sexuales más seguras.

Desde el año 2000, el uso del preservativo ha aumentado 10 puntos porcentuales, o más, entre las mujeres jóvenes en 11 de 22 países con datos sobre tendencias, y entre los hombres jóvenes en 11 de 17 países con esta clase de datos<sup>73</sup>. Pero hay que tener en cuenta que la mayoría de los países no presentan informes sobre el uso del preservativo. Solamente los informes de África subsahariana y Asia meridional sobre el uso del preservativo entre los jóvenes son suficientemente completos como para evaluar los progresos regionales.

### Las intervenciones biomédicas pueden ser decisivas para avanzar en la prevención del VIH, pero son apenas una parte de la solución

Los factores divergentes que alimentan la epidemia y las consiguientes diferencias en la demografía y el comportamiento de los jóvenes en riesgo dificultan tremendamente el diseño de una estrategia de prevención verdaderamente efectiva. Técnicas novedosas que han sido útiles en determinadas circunstancias podrían no serlo en otras. Por ejemplo, la circuncisión masculina ha sido una magnífica medida de protección de los hombres, pues la actividad heterosexual es el factor que más influye en la epidemia. Desde 2007, cuando la OMS y ONUSIDA recomendaron incluir la circuncisión masculina en las estrategias de prevención del VIH, 13 países de África oriental y meridional han sido identificados como prioritarios para la ejecución de los programas<sup>74</sup>. En Kenya ya se inició la aplicación a gran escala. Se espera que los microbicidas pronto ofrezcan la misma protección a las mujeres jóvenes, y resultados de pruebas con gel de tenofovir han dado resultados prometedores. Pero el impacto de estas opciones biomédicas no será significativo si la propagación del VIH obedece, sobre todo, al uso de agujas contaminadas o a las relaciones sexuales entre hombres. Su éxito dependerá de la sostenibilidad y la calidad tanto de los programas de modificación del comportamiento como de los servicios de salud dirigidos a los jóvenes, buscando mejorar su aceptación entre las personas en riesgo de contraer la infección.

Por medio de su programación integral relativa a los preservativos, el UNFPA está trabajando para intensificar la demanda y el acceso a los preservativos entre los jóvenes, particularmente del Caribe. Por ejemplo, en

Trinidad y Tabago, ha suministrado apoyo técnico a los asociados que trabajan con la juventud, para garantizar que algunos aspectos de su programación integral se incorporen en los programas de prevención del VIH. El UNFPA también desempeñó un papel destacado en la introducción del preservativo femenino de segunda generación (FC2) en los países del Caribe de habla inglesa y holandesa, y su Iniciativa sobre Preservativos Femeninos incluye programas dirigidos concretamente a los jóvenes.

Nuevas evidencias y experiencias programáticas han suscitado un gran interés mundial en otros dos métodos de prevención. Uno implica transferencias sociales. En un ensayo aleatorio que se llevó a cabo en Malawi (2007–2009), se ofrecieron pagos en efectivo a las niñas con la condición de que permanecieran en la escuela. Los resultados fueron una mayor asistencia escolar, cambios positivos en el comportamiento sexual y disminución de los embarazos y los matrimonios precoces (*ver la página 25*)<sup>75</sup>.

El otro método se basa en el tratamiento como medida preventiva. El hecho de que la terapia con antirretrovirales disminuye la carga viral de los individuos con VIH ha impulsado un esfuerzo mundial para eliminar la transmisión materno-infantil del VIH –incluso durante la lactancia– y el contagio entre parejas serodiscordantes.

Aun cuando estos dos métodos son bastante prometedores, las dificultades y los costos que supone su aplicación y la expansión de su escala siguen siendo inmensos.

## EL CAMINO QUE FALTA POR RECORRER

El VIH no es altamente contagioso. Se transmite por medio de la actividad sexual con una persona que haya contraído el virus y del contacto con sangre infectada, como ocurre cuando se comparten agujas. Con todo, las personas y las sociedades tienen cierto grado de control sobre estos modos de transmisión. Las medidas para prevenir la infección por el VIH se conocen. Pero la información y las actividades de prevención deben formar parte de una programación continua y apropiada para las diferentes edades y contextos, con vínculos entre los distintos servicios para poder responder a las necesidades de la gente joven. La participación de la juventud en la determinación y la satisfacción de sus necesidades es esencial para una respuesta bien fundamentada.

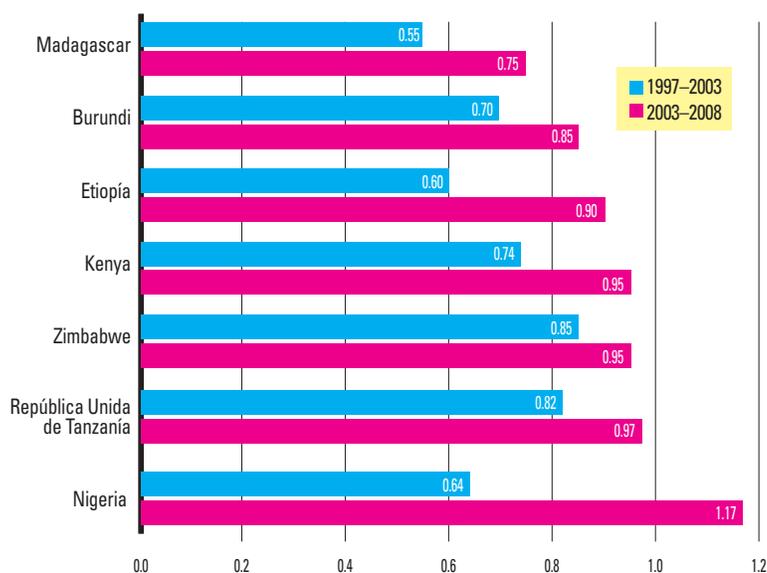
Los programas e iniciativas para prevenir el VIH entre los jóvenes pueden tener éxito. Crear servicios integrados para las poblaciones más vulnerables; eliminar los obstáculos que impiden acceder a los servicios; mejorar el desglosamiento de los datos, la supervisión y la evaluación de los programas; y prestar especial atención a los resultados –como se establece en el Marco de Resultados de ONUSIDA– ayudará a que los países cumplan sus responsabilidades para con los jóvenes, concentrándose en el logro de tres resultados cuantificables al concluir 2011. Esos resultados son incrementar los conocimientos sobre el VIH de, al menos, un 80% de los jóvenes escolarizados y no escolarizados; duplicar el número de jóvenes que informan de haber utilizado preservativo durante su última relación sexual; y duplicar el uso de los servicios de asesoramiento y de pruebas de detección del VIH entre los jóvenes.

## V. PROTECCIÓN, ATENCIÓN Y APOYO PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS AFECTADOS POR EL VIH Y EL SIDA

*Durante las tres últimas décadas han aumentado los recursos y el interés en la protección, la atención y el apoyo para los niños y las niñas afectados por el sida. Los datos nacionales sobre el seguimiento de los niños afectados señalan que las inversiones han valido la pena, sobre todo porque se han reducido las disparidades en la educación entre los niños huérfanos y los niños no huérfanos.*

En la mayoría de los países de África subsahariana se han registrado considerables progresos hacia la paridad en la asistencia escolar de los niños huérfanos y los niños no huérfanos con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años (*gráfico 4*). En 27 de los 31 países de esta región que facilitan datos al menos en dos puntos en el tiempo, la asistencia escolar de los niños y las niñas que han perdido a sus dos progenitores se ha incrementado<sup>76</sup>.

**Gráfico 4: Tendencias en las tasas de asistencia escolar de niños huérfanos y no huérfanos, en países de África subsahariana cuyas tasas se elevaron al menos 0,10 puntos, 1997–2008**



**Nota:** La tasa de asistencia a la escuela entre los niños y niñas huérfanos es el porcentaje de niños de 10 a 14 años que han perdido a sus dos progenitores y asisten actualmente a la escuela, como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que viven, al menos, con uno de sus progenitores y asisten a la escuela (2005–2009).

**Fuente:** Encuestas de Indicadores de Sida, Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, 1997–2008. Los datos de Burundi y Etiopía corresponden a 2000 y 2005; los de Kenya, a 1999 y 2003; los de Madagascar, a 1997 y 2003–2004; los de Nigeria, a 2003 y 2008; los de la República Unida de Tanzania, a 2003 y 2007–2008; y los de Zimbabwe, a 1999 y 2005–2006. La cifra anterior correspondiente a Madagascar (1997) se basa en pequeños denominadores (normalmente 25–49 casos no ponderados).

A pesar de estos impresionantes avances, sigue preocupando la baja cobertura de la atención y el apoyo externos a los hogares que tienen a su cuidado niños huérfanos y vulnerables. En 25 países donde se realizaron encuestas domiciliarias entre 2005 y 2009, el 11% de los hogares, en promedio, recibían apoyo externo (*ver la tabla de la página 45*). Aunque el número de niños necesitados es alto, muchas iniciativas para los huérfanos y demás niños vulnerables siguen presentando fragmentación y su escala sigue siendo pequeña, además de que no se articulan con las actividades de prevención y tratamiento para los niños afectados por el sida.

Hasta ahora, los huérfanos se han considerado un indicador representativo conveniente de los niños y niñas afectados por el sida. Pero la orfandad no se relaciona, necesariamente, con una mayor vulnerabilidad en los niños, incluyendo a los que no viven en hogares. Existe un creciente interés en formular más indicadores multidimensionales de vulnerabilidad, que no solo reflejen el grado en el cual los niños y las niñas están resultando afectados por el sida, sino también la vulnerabilidad asociada con la pobreza. Junto

con el grupo de trabajo sobre atención y apoyo del Consorcio sobre el Sida y el Desarrollo Internacional del Reino Unido, UNICEF está dirigiendo un examen de los indicadores de vulnerabilidad de los huérfanos y otros niños vulnerables, que forma parte de un análisis de los indicadores de atención y apoyo definidos por el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, cuyo objetivo es determinar qué intervenciones pueden ser objeto de seguimiento a través del tiempo y en diferentes contextos.

### ¿Qué hace vulnerable a un niño?



Una investigación encabezada por UNICEF sobre los factores que contribuyen a la vulnerabilidad infantil determinó que ser huérfano o vivir con un adulto

crónicamente enfermo no son los indicadores más importantes de la vulnerabilidad de un niño. De los factores que se analizaron, el nivel educativo del jefe de la familia o de la mujer de mayor edad mostró una relación significativa con la asistencia a la escuela; la buena salud y las prácticas adecuadas de saneamiento en la familia se relacionaron con menores tasas de emaciación; y la mayor riqueza familiar se asoció estrechamente con menores tasas de emaciación y mayor asistencia escolar. Solamente el nivel de los ingresos familiares predecía sistemáticamente la vulnerabilidad de los niños y niñas de todas las edades. Es indudable que la definición de la vulnerabilidad infantil precisa de múltiples variables o factores, incluyendo el nivel económico de los hogares y otros marcadores específicos de cada contexto.

**Fuente:** Akwara, P., et al, 'Who Is the Vulnerable Child? Using survey data to identify children at risk in an era of HIV and AIDS', *AIDS Care*, vol. 2, no. 9, septiembre de 2010, págs. 1066-1085.

**Fotografía:** Julio Montaner, entonces presidente de la Sociedad Internacional del Sida, y la Dra. Priscilla Akwara, Asesora Superior de la Sección de Estadística y Supervisión de UNICEF, durante la XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, que se llevó a cabo en Viena, en julio de 2010. La Sociedad Internacional del Sida y la Coalición en Favor de los Niños Afectados por el Sida otorgaron a la Dra. Akwara y a su equipo el Premio a la Excelencia en la Investigación sobre las Necesidades de los Niños Afectados por el Sida.

## La protección social puede mejorar los resultados en materia de VIH infantil

La protección social puede contribuir a reducir la pobreza y la exclusión social de las familias y los niños afectados por la epidemia, permitiendo obtener resultados más equitativos en el ámbito del desarrollo. También puede traducirse en resultados de salud más equitativos, al mitigar las desigualdades estructurales que inciden en la epidemia –como las que se basan en el género– y ayudar a superar las barreras que impiden el acceso al tratamiento.

Un enfoque efectivo hacia la protección social consta de dos pilares: por una parte, la protección financiera, que incluye transferencias de dinero en efectivo; por otra parte, las iniciativas que promueven el acceso a los servicios, y las políticas y leyes que favorecen la obtención de resultados más equitativos y la reducción de la exclusión social. Estos componentes de un enfoque hacia la protección social que tiene en cuenta el sida se basan en un análisis de rentabilidad de ONUSIDA, desarrollado por UNICEF y otros copatrocinadores. Para orientar el análisis, UNICEF encargó un examen del estado de las evidencias relativas a la protección social;



© UNICEF/NVHQ2005-1792/Pirozzi



© UNICEF/NYHQ2005-1897/DeCesare

el tratamiento, la prevención y la atención del VIH; y los resultados de las medidas de apoyo.

Existen abundantes pruebas de que ampliar la escala de las iniciativas nacionales de protección social repercute positivamente en los hogares vulnerables y en los niños afectados por el sida. Sudáfrica tiene varios planes de subsidios que, sin destinarse explícitamente a ellos, benefician a los individuos y a los hogares afectados por el sida. Un estudio realizado en la Provincia del Estado Libre sobre el alcance de esos planes y sus efectos en las familias afectadas por el sida llegó a la conclusión de que estas familias tenían un grado relativamente alto de acceso a subsidios por discapacidad y para hogares de guarda. También encontró que cinco amplios planes nacionales de subsidios ubicaban en los mismos niveles de pobreza a los hogares afectados por el sida y a los que no sufrían los efectos de esta enfermedad<sup>77</sup>.

Un hecho bien documentado es que las transferencias de efectivo ayudan a aliviar la carga económica que supone el sida para las familias y los niños vulnerables. Nuevos datos indican que estas transferencias sociales tienen la capacidad de reforzar la adherencia al tratamiento antirretroviral. En algunas zonas rurales de Uganda, los pacientes recibieron esta ayuda para cubrir

los costos de transporte. Los resultados de una prueba aleatoria controlada mostraron que la adherencia al tratamiento había sido mayor entre quienes recibieron transferencias que entre los integrantes del grupo control, llevando a los investigadores a concluir que incluso transferencias modestas (de entre 5 y 8 dólares mensuales) pueden mejorar los resultados de tratamiento en entornos rurales con recursos limitados<sup>78</sup>.

Junto con las transferencias de efectivo, los programas que fomentan distintos medios de subsistencia –como microfinanciación, ahorros y préstamos, y provisión de insumos agrícolas– pueden ser definitivos para las familias pobres afectadas por el sida. Por ejemplo, un estudio sobre los efectos del Proyecto IMAGE, que se aplicó en Sudáfrica (2001–2005), reveló que, luego del otorgamiento de préstamos a las mujeres, los niveles de violencia física y sexual en las aldeas rurales habían disminuido más del 50%, cuando simultáneamente se impartía educación sobre VIH y cuestiones de género<sup>79</sup>.

En las familias y los niños afectados por el sida se combinan la vulnerabilidad económica y la vulnerabilidad social, lo que propicia la exclusión y acentúa las desigualdades. En los lugares con epidemia generalizada, el apoyo integral a las familias es útil para superar el estigma y la tensión psicológica y social que impiden acceder a una amplia gama de servicios.

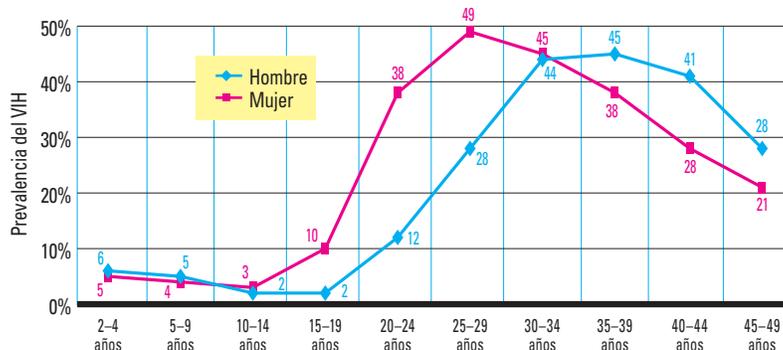
### La protección social ayuda a romper el ciclo de vulnerabilidad que favorece la infección entre los adolescentes y los adultos

En el contexto del VIH y el sida, las transferencias sociales influyen poderosamente en la matriculación y la permanencia de los

niños en la escuela. La educación puede proteger a las niñas contra la infección por el VIH y proporcionarles grandes beneficios sanitarios, sobre todo a las que están llegando, o han llegado, a la adolescencia. Las niñas adolescentes no solo tienen altas probabilidades de abandonar la escuela; su susceptibilidad a la infección por el VIH también aumenta considerablemente a medida que pasan los años. Esto se refleja en los datos de Swazilandia, desglosados por género y edad (gráfico 5).

Un estudio aleatorio y controlado sobre las ventajas de las transferencias condicionales (la asistencia a la escuela) y no condicionales de dinero en efectivo a las niñas adolescentes de Malawi mostró un incremento significativo en la asistencia escolar de todas las niñas; esto es, tanto de las que recibieron transferencias bajo la condición de asistir a la escuela, como de las que recibieron el dinero sin condición (ver la página 21)<sup>80</sup>. El programa de transferencias de efectivo también se relacionó con una disminución significativa de los embarazos, la actividad sexual y los matrimonios precoces, según la información suministrada por las beneficiarias. Más aún, la incidencia de nuevos casos de infección por el VIH fue un 60% más baja entre las niñas que estaban matriculadas en la escuela al principio del estudio que entre las niñas del grupo control. Uno de los factores decisivos parece ser la edad del compañero sexual; aparentemente, las niñas tenían más relaciones sexuales con niños de su misma edad, lo que conllevaba menos riesgos.

**Gráfico 5: Prevalencia del VIH por edad y género, Swazilandia, 2006–2007**



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en Swazilandia, 2006–2007.

### Reforzar la protección social y los sistemas de protección de la infancia puede aumentar la efectividad y rentabilidad de las respuestas

No será posible fortalecer a las familias que cuidan a niños y niñas afectados por el sida mientras no se inviertan recursos cuantiosos en las comunidades y en los sistemas de bienestar social. Diversos organismos gubernamentales suelen compartir la responsabilidad por los huérfanos y otros niños vulnerables, en tanto que autoridades locales, organizaciones no gubernamentales y grupos confesionales y comunitarios suelen prestar los servicios. Esto subraya la necesidad de una buena coordinación y de mecanismos efectivos de remisión de casos entre los proveedores.

Mejorar las relaciones entre los actores estatales y no estatales involucrados en la respuesta a los huérfanos y otros niños vulnerables, y armonizar las respuestas de los sectores de bienestar social y salud, facilita el acceso de los niños vulnerables a los servicios de prevención, tratamiento y atención, y asegura resultados más equitativos. En Uganda, y con apoyo del PEPFAR, UNICEF está trabajando en el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil y de los gobiernos distritales y locales para planificar, poner en marcha y gestionar una respuesta de calidad, amplia y descentralizada a las necesidades especiales de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables.

Un sistema de protección efectivo se apoya en un marco jurídico y normativo sólido, basado en la obligación del gobierno de proteger a todos los niños. Con respaldo de UNICEF y el PEPFAR, el Gobierno de Guyana creó, en 2009, su primer organismo de protección de la niñez, al tiempo que adoptó nuevas leyes y políticas sobre protección de la infancia.

Los sistemas de protección infantil también deben reforzarse para garantizar la aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños, aprobadas por la Asamblea General en diciembre de 2009<sup>81</sup>. Con fundamento en la Convención sobre los Derechos del Niño, estas directrices brindan a los gobiernos y a los asociados en la ejecución y formulación de las políticas un punto de referencia común para establecer modalidades alternativas de atención. Hacen hincapié en la ayuda que conviene prestar a las familias para que se mantengan



© UNICEF/NVHQ/2004-0635/Pirozzi

saludables, a fin de minimizar la utilización de servicios de atención alternativa, y reiteran la importancia de prestar a los niños –en caso de ser necesario– la modalidad de atención que más los beneficie.

En respuesta al reconocimiento mundial de que numerosos sistemas de protección infantil no están preparados para satisfacer las necesidades de los niños vulnerables y de aquellos que padecen los efectos del sida, UNICEF desarrolló recientemente un instrumento para evaluar los sistemas de protección social.

Dicho instrumento ayuda a los países a conocer la capacidad y la efectividad de sus sistemas, y a definir qué aspectos deben consolidarse y a qué costo. Su elaboración concluyó en marzo de 2010, y se está aplicando en varios países de África oriental y meridional durante el período 2010–2011.

En África meridional, el programa Isibindi, que recibe apoyo de UNICEF y USAID, es un buen ejemplo de que invertir en sistemas comunitarios de protección infantil ayuda a que los niños vulnerables y sus progenitores accedan a subsidios de asistencia infantil y a tratamiento con antirretrovirales. El modelo de atención de este programa implica responder de forma integral a las necesidades de los niños vulnerables y sus familias –muchos de los cuales sufren del sida– incorporando a trabajadores capacitados en atención infantil y juvenil de las comunidades locales. Por medio de visitas periódicas e informales a los hogares, ellos procuran que los niños permanezcan en sus comunidades y vivan con sus familias.

La crisis financiera mundial y la posible desaceleración del crecimiento del gasto en programas relativos al sida –y en programas destinados, específicamente, a los huérfanos y otros niños vulnerables– han puesto de manifiesto la importancia de aplicar enfoques rentables para mejorar la calidad de vida de estos niños. Numerosos estudios de costos referidos a programas para los huérfanos y demás niños vulnerables demuestran que los costos de prestar el mismo servicio en contextos similares es sumamente variable<sup>82</sup>, lo que sugiere que hay posibilidades de mejorar la eficiencia. Un examen efectuado recientemente en



© UNICEF/VHC02006-1383/Piozzi

Zimbabwe reveló que era mucho más costoso prestar asistencia educativa por conducto de organizaciones de la sociedad civil, que por medio de un programa público a nivel nacional de exención de los costos escolares<sup>83</sup>. En este caso, depender en mayor medida del sector público contribuyó a aumentar de forma significativa el número de niños vulnerables que se beneficiaron.

### La demanda y la participación de la comunidad son esenciales para mejorar la calidad de los servicios y ampliar su escala

En muchos lugares, aliados locales e internacionales de la sociedad civil están trabajando con las comunidades con el ánimo de impulsar la demanda, por parte de la ciudadanía, de mejores servicios y políticas en favor de la infancia. Así, por ejemplo, el programa World Vision's Citizen Voice and Action ha permitido que miembros de las comunidades supervisen la calidad de los servicios públicos y el acceso a ellos. En Camboya, Family Health International ejecuta un programa comunitario dirigido a la familia, que vincula a personas de la comunidad como intermediarias entre los beneficiarios del programa y las autoridades educativas y otras autoridades locales. En Malawi, la organización local no gubernamental Centro de Asuntos de la Niñez y la Juventud trabaja a nivel comunitario y nacional en la promoción del acceso a la justicia, el mejoramiento de los servicios de salud, y el respaldo a los servicios legales auxiliares para huérfanos y niños vulnerables. Con su apoyo al fortalecimiento de los sistemas comunitarios, el Fondo Mundial aspira a mejorar la rendición de cuentas de las organizaciones comunitarias respecto a sus comunidades, y fomentar la capacidad de estas organizaciones para promover una mayor transparencia y responsabilidad por parte de los gobiernos y las entidades del sector público. No obstante, hasta ahora se han presentado relativamente pocas propuestas de subvención exitosas.

Uno de los mayores problemas sigue siendo la ampliación de servicios de calidad para los niños vulnerables. Algunos países –como Etiopía, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe– están buscando maneras de elaborar normas de calidad para sus respuestas a los huérfanos y los niños vulnerables, con apoyo de UNICEF y USAID. UNICEF y Save the Children Reino Unido

están trabajando con la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo en pro del establecimiento de normas de calidad para los programas dirigidos a los niños huérfanos y vulnerables de la región.

### Invertir en sistemas nacionales de supervisión y evaluación de los huérfanos y otros niños vulnerables sigue siendo una prioridad importante

Aumentar la inversión en sistemas nacionales de supervisión y evaluación de la cobertura, la calidad y el impacto de los programas orientados a los huérfanos y los niños y niñas vulnerables sigue siendo altamente prioritario. Varios países –entre los cuales figuran Camboya, Etiopía, la India, Kenya, la República Unida de Tanzania y Rwanda– han utilizado el Índice de la Condición del Niño (Child Status Index), un instrumento que tiene por objeto evaluar los resultados para la infancia, de factores como nutrición y seguridad alimentaria, acceso a la educación y bienestar psicosocial<sup>84</sup>.

Aparte de una mayor atención a los datos cuantitativos, es necesario escuchar lo que los niños y las niñas tienen que decir. En cinco países de África meridional afectados por el sida, un estudio para cotejar la prestación de servicios en las escuelas incluyó métodos adaptados a los niños para obtener sus aportaciones en varias esferas<sup>85</sup>. En algunos casos, sus aportes modificaron sustancialmente los hallazgos de partes del estudio de índole más cuantitativa y centradas en los adultos. Por ejemplo, mientras que los maestros y los administradores tenían la impresión de que los alumnos no corrían riesgos de camino a la escuela y de regreso a sus hogares, una alta proporción de los estudiantes informaron que no se sentían seguros. Con respecto a la alimentación escolar, mientras que muchos administradores afirmaron que existían programas, los niños desmintieron esa afirmación.

## EL CAMINO QUE FALTA POR RECORRER

Los niños que han quedado huérfanos a causa del sida necesitarán nuestra atención durante mucho tiempo después de que las tasas de nuevas infecciones hayan bajado. La atención y el apoyo a los huérfanos y demás niños vulnerables deben considerarse un componente del esquema de intervenciones, en el cual son primordiales los vínculos entre la atención y el apoyo, por una parte, y la prevención primaria y el acceso a tratamiento, por otra parte, para los jóvenes VIH positivos.

Con el propósito de que los resultados sean más equitativos, es crucial invertir en la protección social y en la protección de los niños huérfanos y vulnerables. Estos programas no solo reducen la vulnerabilidad económica de los niños que han perdido a sus progenitores o que viven con parientes enfermos; también pueden ser un factor de protección y reducir la vulnerabilidad a la infección por el VIH, como lo demuestran datos concluyentes sobre la permanencia de las niñas adolescentes en la escuela.

Los pagos en efectivo son un incentivo para la adherencia al tratamiento y la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH. Esta es una de las muchas iniciativas para combatir el sida, con un gran potencial para mejorar la salud y el bienestar de las familias con niños vulnerables a su cargo, sea cual sea la causa de esa vulnerabilidad.

## VI. LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

El bienestar de las personas y las familias afectadas por el VIH depende de su capacidad para modificar comportamientos y hábitos que tienen consecuencias negativas en su salud, así como también de su capacidad para afrontar las consecuencias económicas y sociales que conlleva la enfermedad. Esto requiere fortalecer los sistemas nacionales y descentralizados de salud, protección social y educación, a fin de que puedan responder a las necesidades de la infancia afectada por el sida, como parte de las iniciativas más amplias sobre salud y protección social.

Lograr la eliminación virtual de la transmisión del VIH de madre a hijo y los objetivos sobre acceso universal solamente será posible cuando los países y las comunidades lleguen a los miembros más marginados de la sociedad con soluciones para sus necesidades. Las disparidades en acceso, cobertura y resultados entre los hombres y las mujeres de todas las edades, países, regiones, condiciones económicas y niveles educativos no se pueden aceptar como una realidad inevitable y, desde luego, la respuesta al sida debe proponerse eliminarlas. Así como el VIH no discrimina, la lucha contra el sida tampoco debe discriminar.

Por ello, *La infancia y el sida: Quinto inventario de la situación* hace un llamamiento a tomar una serie de medidas concretas en el transcurso de los próximos tres años, con vistas a acelerar los progresos en favor de los niños y niñas afectados por el sida:

- 1. Convertir la salud de las madres y la supervivencia de sus hijos, libres del VIH, en la prioridad de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, que hasta ahora ha tenido la cobertura con profilaxis antirretroviral.** La práctica eliminación de la transmisión maternoinfantil se puede conseguir cerrando la brecha en el acceso y la utilización de los servicios de prevención de la transmisión, incluyendo la prevención primaria del VIH entre las mujeres en edad reproductiva, la planificación familiar, el asesoramiento y la toma de pruebas, y el tratamiento con antirretrovirales a las madres que reúnen las condiciones. Esto significa abordar problemas como el estigma y la discriminación, las tarifas a los usuarios, los costos de transporte, la falta de participación de los hombres, y las normas culturales y sociales que impiden a las mujeres hacer uso de los servicios que necesitan, entre ellos, la planificación familiar. Al mismo tiempo, los gobiernos nacionales deben elaborar políticas, pautas operacionales e instrumentales que favorezcan la consecución de estas nuevas metas. De igual modo, deben fortalecer las estructuras y los procesos de gestión, y asignar los recursos que hagan falta para ampliar la escala de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, e integrarlos en los sistemas de atención de la salud de la madre y el niño.
- 2. Facilitar las condiciones para que la alimentación exclusiva con leche materna sea segura y sostenible.** El enfoque que combina la ampliación de la lactancia materna a 12 meses, por lo menos, con una profilaxis antirretroviral apropiada, en países donde la lactancia materna es la opción alimentaria más segura para los bebés, puede elevar enormemente las tasas de supervivencia infantil libre de VIH entre los hijos de madres seropositivas. Las nuevas directrices de la OMS sobre alimentación infantil en el contexto del VIH también recomiendan que el amamantamiento se extienda más allá de los seis meses de edad en bebés

expuestos al virus. Adicionalmente, urgen a los países a apoyar, como norma para la atención, una de las dos estrategias, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, la prevalencia del VIH entre las madres gestantes, y las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad infantil. Todos los asociados deben apoyar la aplicación de las directrices en los países.

**3. Identificar sin demora a los recién nacidos, los niños pequeños y los jóvenes VIH positivos, y proporcionar un rápido acceso a tratamiento antirretroviral a quienes cumplan los requisitos.**

El personal sanitario y las organizaciones comunitarias desempeñan una función de vital importancia en la detección de los niños seropositivos y en la facilitación de su acceso a las clínicas, los pabellones de pediatría, los centros de alimentación y las escuelas. También son definitivos para promover la participación de los niños VIH positivos en los programas de vacunación y de extensión. Otro enfoque altamente efectivo es identificar a los niños y las niñas seropositivos por medio de los adultos que reciben atención y tratamiento para el VIH. Los trabajadores de salud en primera línea deben prepararse mejor para atender las necesidades de los niños que viven con el VIH. En todas partes, los adolescentes deben tener acceso a las pruebas de diagnóstico del virus, y las leyes sobre la edad de libre consentimiento se deben abolir.

**4. Hacer de los niños y los adolescentes el eje del diseño y la ejecución de las nuevas y prometedoras iniciativas de prevención.**

Algunas nuevas estrategias biomédicas, como los microbicidas y la circuncisión médica masculina, son altamente prometedoras. La eficacia de los microbicidas aún está por confirmarse. Con respecto a la circuncisión médica masculina, es recomendable insistir en la eficacia de esta práctica para que las mujeres y los hombres jóvenes se beneficien de ella. El acceso al tratamiento no debe favorecer a quienes ya lo iniciaron, en detrimento de las personas diagnosticadas recientemente a través de los programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y otros medios. Igualmente, las necesidades de los adolescentes portadores del virus se deben incorporar en los programas nacionales de lucha contra el sida.



© UNICEF/NYHD2006-0795/Morani

**5. Mejorar los conocimientos sobre el VIH.** Hoy en día existen pruebas contundentes sobre la utilidad de los programas educativos en materia de VIH y sexualidad cuidadosamente diseñados, y no hay pruebas de que impartir esos conocimientos promueva un comportamiento sexual indeseable. Debe ampliarse rápidamente la escala de los programas de salud sexual que forman parte del plan de estudios de las escuelas, y que son dirigidos por adultos. Pronto dispondremos de nuevas evidencias sobre los costos y la rentabilidad de las intervenciones a nivel escolar en distintos contextos epidémicos. Los organismos nacionales, comunitarios y religiosos de carácter social deben asesorar a los progenitores acerca de la manera de hablar con sus hijos e hijas sobre sexualidad y relaciones entre hombres y mujeres, sobre su vulnerabilidad al VIH, el uso de preservativos, y los sitios donde administran pruebas de detección del VIH. Por otra parte, hay que analizar más a fondo la relación entre los conocimientos y el comportamiento. Para esto, convendría basarse en patrones conocidos, como los del hábito de fumar y otras conductas que conllevan riesgos para la salud: ¿por qué, a pesar de tener información sobre el VIH y su prevención, tantos jóvenes se involucran en comportamientos de alto riesgo?

**6. Procurar que los niños, las niñas y los adolescentes que viven al margen de la sociedad acudan más a los servicios de salud, educación y bienestar social.** Para poder ayudar a los jóvenes que viven con el VIH o que están en riesgo de contraer la infección, las autoridades médicas y civiles harían bien en establecer servicios fáciles de utilizar, que aborden las necesidades especiales de los adolescentes marginados, sin hacer juicios de valor. Los niños y los adolescentes tienen derecho a gozar del nivel de salud más alto posible, y los que



© UNICEF/NVHC2007-2484/Noorani

adoptan comportamientos arriesgados, como consumir drogas inyectadas, requieren comprensión y ayuda, no el insensible brazo de la ley.

- 7. Ofrecer apoyo económico a las mujeres, los niños y los adolescentes pobres y vulnerables.** Las transferencias de dinero en efectivo y los programas de fomento de los medios de subsistencia mejoran la productividad de las familias y sus ingresos y, por lo tanto, la calidad de vida de los niños. Se ha comprobado que las transferencias de efectivo repercuten positivamente en la salud, la situación nutricional y la matriculación escolar, tanto de los niños afectados por el sida, como de otros niños vulnerables. También refuerzan el acceso y la adherencia al tratamiento, y reducen las desigualdades que pueden

exacerbar la vulnerabilidad a la infección. Para garantizar la sostenibilidad y la articulación con los servicios sociales, las transferencias de efectivo y los programas de fomento de los medios de subsistencia deben, en lo posible, formar parte de los sistemas nacionales de protección social.

- 8. Prevenir la violencia y los abusos contra las mujeres y las niñas, y hacer cumplir las leyes contra estos delitos.** Llamar la atención de quienes detentan el poder hacia la generalizada violencia sexual contra las niñas es el primer paso para acabar con este flagelo. Es importante hacer que los jóvenes tomen conciencia de su vulnerabilidad, y proporcionarles las herramientas necesarias para que trabajen con las autoridades para reducir los casos de violencia sexual.

Tomar estas medidas servirá para que este momento de transformación en torno a la respuesta al sida se convierta en el catalizador de una mayor igualdad y de mejores resultados en favor de millones de niños y niñas, mujeres y familias de todo el mundo que, día tras día, sufren los efectos de la epidemia.

# REFERENCIAS

- 1 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *UNAIDS Outlook Report, ONUSIDA*, Ginebra, julio de 2010, pág. 7.
- 2 Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*, OMS, Ginebra, septiembre de 2010, pág. 88.
- 3 *Ibíd.*, pág. 96.
- 4 Estimaciones de ONUSIDA, 2010.
- 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con equidad*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2010, pág. 34.
- 6 LeClerc-Madlala, S., 'Cultural Scripts for Multiple and Concurrent Partnerships in Southern Africa: Why HIV prevention needs anthropology', *Sexual Health*, vol. 6, 2009, págs. 103–110.
- 7 Gwatkin, Davidson, et al., *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An overview*, Banco Mundial, Gobierno de los Países Bajos y Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional, Washington, D.C., 2007.
- 8 Yazbeck, Abdo, *Attacking Inequality in the Health Sector: A synthesis of evidence and tools*, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Washington, D.C., 2009, pág. 9.
- 9 Organización Mundial de la Salud, *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infections in Infants: Recommendations for a public health approach – versión de 2010*, OMS, Ginebra, 2010.
- 10 Organización Mundial de la Salud, *Treatment of Tuberculosis: Guideline*, 4a. ed., OMS, Ginebra, 2010.
- 11 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*, vols. 1 y 2, UNESCO, Ginebra, diciembre de 2009.
- 12 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Guidance Document: Developing and operationalizing a national monitoring and evaluation system for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV and AIDS', documento de trabajo, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2009.
- 13 Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, *Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against Women: Taking action and generating evidence*, OMS, Ginebra, 2010.
- 14 Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 – Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*, OMS, Ginebra, 2010, pág. 1.
- 15 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Blame and Banishment: The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*, UNICEF, Ginebra, 2010.
- 16 Organización Mundial de la Salud, *Guidelines on HIV and Infant Feeding: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of the evidence*, OMS, Ginebra, 2010, págs. 1, 3, 4.
- 17 Los 20 países representados en el seminario fueron Angola, Botswana, Burundi, el Camerún, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe. Luo, Chewie, 'Key Components of PMTCT: Overview of global progress and scale-up – Challenges, opportunities with the Global Fund to achieve scale-up targets by 2015', presentación en Power Point durante el seminario del Fondo Mundial realizado en Nairobi, 2010.
- 18 Murray, Christopher J. L., et al., 'Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5', *The Lancet*, vol. 375, no. 9726, 8 de mayo de 2010, pág. 1609; Organización Mundial de la Salud, *Women and Health Report: Today's evidence, tomorrow's agenda*, OMS, Ginebra, 2009.
- 19 *Hacia el acceso universal*, págs. 126–131.
- 20 *Ibíd.*, págs. 87, 126–131.
- 21 *Ibíd.*, pág. 88.
- 22 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *La infancia y el sida: Cuarto inventario de la situación*, UNICEF, Nueva York, 2009, pág. 5; y nuevos cálculos de los datos de *Hacia el acceso universal* (2010) sobre la base de las clasificaciones regionales de UNICEF.
- 23 *Hacia el acceso universal*, pág. 93.
- 24 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'We Can Prevent Mothers from Dying and Babies from Becoming Infected with HIV', 2010, pág. 3 (documento interno).
- 25 Análisis de los datos de *Hacia el acceso universal* realizado por UNICEF, 2010.
- 26 Kuhn, L., et al., 'Potential Impact of New WHO Criteria for Antiretroviral Treatment for Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission', *AIDS*, vol. 24, no. 9, 1 de junio de 2010, págs. 1374–1377.
- 27 *Ibíd.*

- 28 *Hacia el acceso universal*, pág. 91.
- 29 Fiscus, Susan A., 'Early Infant Diagnosis: Current tools and prospects of point of care technology', presentación en Power Point durante la XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, julio de 2010.
- 30 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2011*, UNICEF, Nueva York (de próxima aparición).
- 31 *Hacia el acceso universal*, pág. 87.
- 32 Stekelenburg, J., et al., 'Waiting Too Long: Low use of maternal health services in Kalabo, Zambia', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 19, no. 3, 2004, págs. 390-398; Bigdeli, M., y P. L. Annear, 'Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 87, 2009, págs. 560-564.
- 33 Kasenga, Fyson, et al., 'The Implications of Policy Changes on the Uptake of a PMTCT Programme in Rural Malawi: First three years of experience', *Global Health Action*, vol. 2, 2009.
- 34 Rahangdalea, Lisa, et al., 'Stigma as Experienced by Women Accessing Prevention of Parent-to-Child Transmission of HIV Services in Karnataka, India', *AIDS Care*, vol. 22, no. 7, julio de 2010, págs. 836-842.
- 35 Allen, S., et al., 'Promotion of Couples Voluntary Counselling and Testing for HIV through Influential Networks in Two African Capital Cities', *BMC Public Health*, vol. 7, no. 349, diciembre de 2007.
- 36 Venela, P., y J. G. Rajesh, 'Comprehensive Out Reaches Model: An inspirational effort in prevention of parent-to-child transmission program in Andhra Pradesh', Consorcio sobre el sida de Andhra Pradesh, Hyderabad (India), 2010 (extracto no publicado).
- 37 Torpey, Kwasi, et al., 'Increasing the Uptake of Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Services in a Resource-Limited Setting', *BMC Health Services Research*, vol. 10, no. 29, 2010, págs. 1-8; Ministerio de Salud de Zambia, *Zambia Country Report: Monitoring the Declaration of Commitment on HIV and AIDS and the Universal Access*, informe bienal presentado durante el Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 31 de marzo de 2010, pág. iv.
- 38 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Policy Requirements for HIV Testing and Counselling of Infants and Young Children in Health Facilities*, OMS y UNICEF, Ginebra, 2010, pág.1.
- 39 *Hacia el acceso universal*, págs. 84, 97.
- 40 *Ibíd.*, pág. 57.
- 41 McCollum, Eric D., et al., 'Task Shifting Routine Inpatient Pediatric HIV Testing Improves Program Outcomes in Urban Malawi: A retrospective observational study', *PLoS One*, vol. 5, no. 3, marzo de 2010, pág. 4.
- 42 *Hacia el acceso universal*, pág. 94.
- 43 Análisis realizado por UNICEF de datos del Ministerio de Salud recopilados entre agosto y diciembre de 2009; Tripathi, S., et al., 'Increasing Uptake of HIV Early Infant Diagnosis (EID) Services in Four Countries (Cambodia, Namibia, Senegal and Uganda)', presentación en Power Point durante la XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, julio de 2010.
- 44 Kiyaga, C., et al., 'Uganda's New Approach to Improve Testing, Retention and Care of HIV-Exposed Infants', presentación en Power Point durante la XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Extracto oral FRLBE104, 23 de julio de 2010.
- 45 Butler, L., et al., 'Rates and Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) in Infants, Children, and Adolescents: A systematic review', presentación en Power Point durante la XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, Extracto oral MOAB0205, 19 de julio de 2010.
- 46 Leroy, V., et al., '18-Month Mortality and Loss to Follow-up in ART-Treated Children in Asia and Africa', presentación en Power Point durante la XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Extracto oral MOAB0202, 19 de julio de 2010.
- 47 Gupta, A., et al., 'Postpartum Tuberculosis Incidence and Mortality among HIV-infected Women and Their Infants in Pune, India, 2002-2005', *Clinical Infectious Diseases*, vol. 45, 2007, pág. 241.
- 48 Organización Mundial de la Salud, *Treatment of Tuberculosis: Guidelines*, 4a. ed., OMS, Ginebra, 2010.
- 49 *Hacia el acceso universal*, pág. 95.
- 50 Ferrand, R. A., et al., 'Causes of Acute Hospitalization in Adolescence: Burden and spectrum of HIV-related morbidity in a country with an early-onset and severe HIV epidemic - A prospective survey', *PLoS Medicine*, vol. 7, no. 2, febrero de 2010, págs. 3-5.
- 51 Ferrand R. A., et al., 'AIDS among Older Children and Adolescents in Southern Africa: Projecting the time course and magnitude of the epidemic', *AIDS*, vol. 23, 2009, pág. 2039.
- 52 Patton G. C., et al., 'Global Patterns of Mortality in Young People: A systematic analysis of population health data', *The Lancet*, vol. 374, no. 9693, 12 de septiembre de 2009, págs. 881-892.
- 53 Segunda consulta mundial sobre la prestación de servicios a los adolescentes que viven con el VIH: Declaración de consenso, organizada por UNICEF, la OMS, Family Health International, la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH/sida (GNP+), la Universidad Johns Hopkins, la Universidad Makerere y la Asociación Pediátrica de Uganda, mayo de 2010.
- 54 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe sobre la epidemia mundial del sida*, 2010 (de próxima aparición).
- 55 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 'Twenty-two of the Most Affected Countries in Sub-Saharan Africa Have Reduced New HIV Infections by More than 25%', comunicado de prensa, 17 de septiembre de 2010.
- 56 Estimaciones de ONUSIDA, 2010. Los 20 países son Angola, Botswana, el Camerún, el Chad, Côte d'Ivoire, Ghana, la India, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, el Sudán, Tailandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe.
- 57 Análisis de UNICEF basados tanto en el número de jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH en 2008, como en estimaciones correspondientes a grupos de edades específicas.
- 58 *Progreso para la infancia: Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con equidad*, pág. 30.
- 59 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 'Reducing Sexual Transmission of HIV', <[www.unaids.org/en/Priorities/03\\_01\\_Sexual\\_Transmission.asp](http://www.unaids.org/en/Priorities/03_01_Sexual_Transmission.asp)>, consultado el 12 de octubre de 2010.

- 60 Mathers, B. M., et al., 'Global Epidemiology of Injecting Drug Use and HIV among People Who Inject Drugs: A systematic review', *The Lancet*, vol. 372, no. 9651, 15 de noviembre de 2008, pág. 1733.
- 61 *Blame and Banishment*, págs. 2, 21.
- 62 *La infancia y el sida: Cuarto inventario de la situación*, pág. 49.
- 63 Organización Mundial de la Salud, 'Why Is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?', folleto informativo, WHO/MPS/08.14, 2008.
- 64 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case studies and lessons learned*, UNODC, Viena, 2004, págs. 7, 72.
- 65 Oficina Regional para Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Regional Analysis Report 2009*, UNICEF, Ginebra, febrero de 2009, págs. 13–14 (documento interno).
- 66 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 'Outlook Breaking News: Young people are leading the HIV prevention revolution', <[http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713\\_outlook\\_youngpeople\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_outlook_youngpeople_en.pdf)>, consultado el 12 de octubre de 2010.
- 67 Dolata, Stéphanie y Kenneth N. Ross, 'How Effective Are HIV-AIDS Prevention Education Programmes?', *IIEP Newsletter*, vol. 28, no. 3, septiembre de 2010 (de próxima aparición en el momento en que se imprimía este informe).
- 68 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators, vol. 1, The Rationale for Sexuality Education, y vol. 2, Topics and Learning Objectives*, UNESCO, París, diciembre de 2009.
- 69 Borzekowski, Dina L. G., 'The Project Ignite Evaluation: Tribes in Trinidad and Tobago and Shuga in Kenya and Zambia', Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, 2010 (presentación en Power Point).
- 70 Piers Fawkes y Simon King (PFSK), 'Future of Health: Map Kibera creates an infrastructure for health care', <[www.pfsk.com/2010/08/futureof-health-map-kibera-creates-an-infrastructurefor-healthcare.html](http://www.pfsk.com/2010/08/futureof-health-map-kibera-creates-an-infrastructurefor-healthcare.html)>, consultado el 29 de septiembre de 2010; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'A Guide to Youth-Led Grassroots Mapping in Slum Communities: The Map Kibera toolkit', estudio de caso, 2009 (documento interno).
- 71 Entre los demás países que han realizado ejercicios de estimación figuran Bangladesh, Camboya, Filipinas, Malasia, Maldivas, Mongolia, Myanmar, la República Democrática Popular Lao, Sri Lanka y Timor-Leste. Comisión del sida en Asia, *Redefining AIDS in Asia: Crafting an effective response*, Oxford University Press, Nueva Delhi, 2008; Junta de Control del VIH/sida y las Infecciones de Transmisión Sexual de Nepal, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 'Mapping of Most-at-Risk Population for HIV (MARPs) in Selected Priority Districts of Nepal', Junta de Control del VIH/sida y las Infecciones de Transmisión Sexual de Nepal, Katmandú, 2010.
- 72 *La infancia y el sida: Cuarto inventario de la situación*, pág. 49.
- 73 *Progreso para la infancia: Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con equidad*, pág. 33.
- 74 Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Progress in Male Circumcision Scale-Up: Country implementation and research update*, OMS y ONUSIDA, Ginebra, junio de 2010.
- 75 Baird, S., C. McIntosh y B. Ozler, 'Cash or Condition? Evidence from a randomized cash transfer program', documento de trabajo sobre investigación de políticas, Impact Evaluation Series no. 45, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2010.
- 76 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progress Report on Children Affected by HIV/AIDS, diciembre de 2009*, UNICEF, Nueva York, 2009, pág. 30.
- 77 Booyesen, F., 'The Role of Social Grants in Mitigating the Socio-economic Impact of HIV/AIDS: Evidence from the Free State Province', documento de trabajo CSSR no. 56, Universidad de Ciudad del Cabo, pág. 4.
- 78 Emenyonu, N., et al., 'Cash Transfers to Cover Clinic Transportation Costs Improve Adherence and Retention in Care in an HIV Treatment Program in Rural Uganda', Asociación sobre Adherencia al Tratamiento con Antirretrovirales y Costos de la Atención de la Salud, Mbarara (Uganda), 2010.
- 79 Pronyk, Paul M., et al., 'Effect of a Structural Intervention for the Prevention of Intimate Partner Violence and HIV in Rural South Africa: Results of a cluster randomized trial', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 de diciembre de 2006, págs. 1973–1983.
- 80 Baird, S., et al., 'The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behaviour of Young Women', documento de trabajo sobre investigación de políticas 5089, Impact Evaluation Series no. 40, Banco Mundial, Washington, D.C., octubre de 2009, págs. 16–19; Baird, S., C. McIntosh y B. Ozler, 'Cash or Condition? Evidence from a randomized cash transfer program', documento de trabajo sobre investigación de políticas, Impact Evaluation Series no. 45, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2010, págs. 34–36.
- 81 Resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 'Guidelines for the Alternative Care of Children', A/RES/64/142, 24 de febrero de 2010.
- 82 Larson, Bruce, *Costs, Outcomes and Cost-effectiveness of OVC Interventions*, Centre for Global Health and Development, Universidad de Boston, Boston, enero de 2009, págs. 11–13; Hutchinson, Paul, y Tonya Thurman, *Analyzing the Cost-effectiveness of Interventions to Benefit Orphans and Vulnerable Children: Evidence from Kenya and Tanzania*, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, abril de 2009, pág. 7.
- 83 JIMNAT Development Consultants, 'Programme of Support for the National Action Plan for Orphans and Vulnerable Children: Impact assessment', proyecto de informe final, 3 de mayo de 2010 (documento interno).
- 84 MEASURE Evaluation, 'Child Status Index', <[www.cpc.unc.edu/measure/tools/child-health/child-status-index](http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/child-health/child-status-index)>, consultado el 29 de septiembre de 2010.
- 85 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Sección de Educación, 'Learning Plus Research Study: Mapping care and support for quality education', documento de trabajo, UNICEF, Nueva York, julio de 2010.

## ANEXO: NOTAS SOBRE LOS DATOS

### FUENTES DE LOS DATOS Y COMPILACIÓN

Los datos y los análisis que se presentan en este quinto informe sobre la situación de la infancia y el sida provienen de información del banco mundial de datos de UNICEF obtenida en diversas fuentes, entre ellas los datos representativos a nivel nacional compilados a través de encuestas a hogares –como las Encuestas Demográficas y de Salud, las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y las Encuestas sobre Salud Reproductiva–; las estadísticas de los servicios de los programas nacionales que UNICEF, la OMS y ONUSIDA compilan anualmente por medio de un formulario conjunto de presentación de informes destinado a supervisar la respuesta del sector de la salud al VIH/sida (2010); las estimaciones de los países sobre las necesidades de atención y tratamiento del VIH preparadas por ONUSIDA y la OMS en colaboración con los países; y las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas sobre el número de nacimientos anuales.

En 2010, la OMS, UNICEF y ONUSIDA reunieron datos procedentes de programas ejecutados en todo el mundo, tanto por medio del proceso de presentación de informes del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2010), como del empleo de una herramienta conjunta para la presentación de informes sobre la respuesta del sector de la salud al VIH/sida. Esta herramienta comprende 46 indicadores de seguimiento de los progresos en cuanto al acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH, incluyendo intervenciones para las mujeres y la infancia, así como la prevención de la transmisión de madre a hijo. Hubo dos razones por las cuales este año se reunieron menos indicadores. En primer lugar, como el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida debe presentar informes este año, era necesario reducir la carga de los países relativa a la preparación de informes. En segundo lugar, dos de estos indicadores –el número de mujeres embarazadas VIH positivas que reciben tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión a sus hijos, y el número de niños que siguen tratamiento antirretroviral– se recopilaron mediante el proceso del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. La herramienta conjunta para la presentación de informes permitió reunir datos para el período de 12 meses comprendidos entre enero y diciembre de 2009, y reemplaza al proceso PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment Report Card. Los datos que se presentan en este informe sobre las madres gestantes VIH positivas que reciben terapia antirretroviral, y sobre los niños que reciben terapia antirretroviral y profilaxis con cotrimoxazol, son los mismos del informe de la OMS, ONUSIDA y UNICEF *Hacia el acceso universal: Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010.*

### ESTIMACIONES SOBRE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH ENTRE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LOS NIÑOS

En 2010, ONUSIDA y la OMS depuraron los métodos de estimación sobre el VIH y el sida, con el propósito de obtener la información más fidedigna posible proveniente de encuestas de la población. Así mismo, ampliaron los sistemas nacionales de vigilancia y las estadísticas referidas a los servicios de los programas de



© UNICEF/NYHQ2010-0786/Jerry

numerosos países. Sobre la base de la metodología depurada, ONUSIDA generó, retrospectivamente, nuevas estimaciones sobre la prevalencia del VIH, el número de personas seropositivas, las necesidades en materia de tratamiento pediátrico del VIH, y los niños cuyos progenitores perdieron la vida por cualquier causa, o por el sida, en años anteriores. En aras de la coherencia y para poder establecer una medida comparativa de los progresos, los análisis sobre tendencias se deben volver a calcular utilizando solamente las nuevas estimaciones.

Las estimaciones mundiales sobre el número de niños que necesitan tratamiento con antirretrovirales también se han depurado; en consecuencia, las tasas de cobertura correspondientes a 2005, 2006, 2007 y 2008 se volvieron a calcular utilizando estas nuevas estimaciones.

Los cálculos incluyeron los últimos datos dados a conocer por los países desde 2009. Los métodos y supuestos del modelo de estimaciones de ONUSIDA y la OMS siguen evolucionando y se actualizan periódicamente, a medida que se dispone de nueva información. Este año se realizaron varias modificaciones fundamentales a los supuestos para estimar las necesidades pediátricas, entre las cuales figuran curvas de supervivencia más precisas, mejoras en la determinación del paso de la infección a la necesidad de tratamiento, y revisión de las directrices de la OMS sobre

terapia antirretroviral para los lactantes y los niños pequeños, sobre la base de nuevos criterios de admisión al tratamiento.

Como resultado de lo anterior, la proporción estimada de niños y niñas de 0 a 14 años que recibieron terapia antirretroviral en 2009 fue del 28%, es decir, más baja que la cobertura estimada para 2008 publicada anteriormente (un 38%). Este cambio en la cobertura estimada no refleja una disminución en el número de niños que necesitan tratamiento antirretroviral y se someten a él; por el contrario, el número aumentó. Más bien, se debe a modificaciones en los métodos de estimación y en los criterios de admisión al tratamiento, que produjeron un incremento significativo en el número estimado de niños necesitados de terapia antirretroviral, lo que, a su vez, se tradujo en un cambio en las tasas de tratamiento con antirretrovirales. Por esta razón, la cobertura de 2009 no se debe comparar con los informes anuales sobre la infancia y el sida publicados en años anteriores. Además, todas las estimaciones de años anteriores sobre tratamiento pediátrico antirretroviral se calcularon nuevamente para el informe de este año.

En términos generales, las diferencias entre las nuevas estimaciones y las que se publicaron anteriormente no se relacionan con tendencias a lo largo del tiempo, por lo cual no se pueden comparar. Tampoco se pueden comparar otras estimaciones revisadas con estimaciones publicadas en años anteriores. Sin embargo, las tendencias a través del tiempo se pueden evaluar utilizando revisiones metodológicas de ONUSIDA y aplicándolas en retrospectiva a datos anteriores sobre el VIH y el sida.

Para mayores detalles sobre los datos, los informes de países y la metodología utilizada en las estimaciones sobre el VIH, sírvase consultar la publicación *Hacia el acceso universal: Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*, o visitar la página web <[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 (más de 15 años), finales de 2009	Cobertura de la atención prenatal(%), 2005-2009*	Cifra anual de nacimientos, 2009 (miles)	Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2009 <sup>c</sup>			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2009	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2009**		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Afganistán	—	—	1.302	—	—	—	—	—	—	—
Albania	—	97	47	—	—	—	—	—	—	—
Angola	2,0	80	784	16.000	8.400	25.000	3.053	19	12	36
Antigua y Barbuda	—	100	1	—	—	—	—	—	—	—
Arabia Saudita	—	—	593	—	—	—	—	—	—	—
Argelia	0,1	89	723	—	<200	<500	65	—	14	59
Argentina	0,5	99	691	—	<1.000	2.400	2.039 a	—	86	>95
Armenia	0,1	93	48	—	<100	<100	13	—	65	>95
Azerbaiyán	0,1	77	169	—	<100	<500	11	—	5	17
Bahamas	3,1	98	6	—	—	—	—	—	—	—
Bahrein	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	<0,1	51	3.401	—	<100	<200	7 a	—	4	13
Barbados	1,4	100	3	—	—	—	—	—	—	—
Belarús	0,3	99	96	—	<100	<500	194	—	>95	>95
Belice	2,3	94	7	—	<200	<500	63	—	22	61
Benin	1,2	84	349	3.700	1.900	5.800	1.703	46	29	92
Bhután	0,2	88	15	—	<100	<100	19 a	—	95	>95
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,2	86	262	—	<200	<500	105	—	22	83
Bosnia y Herzegovina	—	99	34	—	—	—	1 a	—	—	—
Botswana	24,8	94	48	13.000	6.900	17.000	12.406	>95	74	>95
Brasil	—	97	3.026	—	3.700	12.000	5.988	—	49	>95
Brunei Darussalam	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—
Bulgaria	0,1	—	73	—	<100	<100	9	—	23	82
Burkina Faso	1,2	85	738	6.500	3.500	11.000	2.084	32	19	60
Burundi	3,3	92	283	15.000	8.400	21.000	1.837	12	9	22
Cabo Verde	—	98	12	—	—	—	61	—	—	—
Camboya	0,5	69	367	—	<1.000	3.000	798	—	26	>95
Camerún	5,3	82	711	34.000	18.000	50.000	9.092	27	18	50
Chad	3,4	—	508	16.000	8.300	29.000	989	6	3	12
Chile	0,4	—	252	—	<500	<1.000	121	—	15	55
China	0,1	91	18.294	—	2.600	11.000	1.554	—	14	59
Colombia	0,5	94	917	—	<1.000	3.900	519	—	13	55
Comoras	0,1	—	22	—	<100	<100	1	—	10	33
Congo	3,4	86	126	3.800	1.900	5.600	441	12	8	23
Costa Rica	0,3	90	76	—	<100	<200	31 a	—	17	53
Côte d'Ivoire	3,4	85	729	20.000	10.000	31.000	11.064	54	36	>95
Croacia	<0,1	—	42	—	<100	<100	2	—	15	67
Cuba	0,1	100	116	—	<100	<200	50	—	39	>95
Djibouti	2,5	92	24	<1.000	<500	1.000	63	10	6	21
Dominica	—	100	1	—	—	—	2	—	—	—
Ecuador	0,4	—	279	—	<500	<1.000	477	—	48	>95
Egipto	<0,1	74	2.029	—	<200	<500	11	—	3	10
El Salvador	0,8	94	125	—	<500	<1.000	170 a	—	19	71
Emiratos Árabes Unidos	—	—	63	—	—	—	—	—	—	—
Eritrea	0,8	—	185	1.400	<1.000	2.200	464	34	21	71
Etiopía	—	28	3.132	— b	17.000	51.000	6.721	—	13	40
Ex República Yugoslava de Macedonia	—	94	22	—	—	—	0	—	—	—
Federación de Rusia	—	—	1.559	—	5.100	16.000	9.380	—	57	>95
Fiji	0,1	—	18	—	<100	<100	5 c	—	28	>95
Filipinas	<0,1	91	2.245	—	<100	<500	3	—	1	4
Gabón	5,2	—	40	1.900	<1.000	2.900	577	30	20	60
Gambia	2,0	98	62	—	<1.000	2.000	885 d	—	43	>95
Georgia	0,1	96	52	—	<100	<100	12	—	19	86
Ghana	1,8	90	766	13.000	6.900	20.000	3.643	27	18	53
Granada	—	100	2	—	—	—	2	—	—	—
Guatemala	0,8	93	456	—	<1.000	2.900	440	—	15	56
Guinea	1,3	88	397	4.600	2.300	7.200	783	17	11	34
Guinea Ecuatorial	5,0	—	26	1.400	<1.000	2.300	365	26	16	50
Guinea-Bissau	2,5	78	66	1.600	<1.000	2.400	383	24	16	49
Guyana	1,2	92	13	—	<100	<500	183	—	88	>95
Haití	1,9	85	274	5.000	2.600	7.500	2.960	60	39	>95
Honduras	0,8	92	202	—	<500	1.300	255	—	20	82
India	0,3	75	26.787	—	23.000	65.000	11.319	—	17	48
Indonesia	0,2	93	4.174	—	1.100	4.600	196 a	—	4	17
Irán (República Islámica del)	0,2	98	1.390	—	<500	1.300	25 e	—	2	7
Iraq	—	84	949	—	—	—	0 a	—	—	—

**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 (más de 15 años), finales de 2009	Cobertura de la atención prenatal(%), 2005-2009*	Cifra anual de nacimientos, 2009 (miles)	Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2009 <sup>z</sup>			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2009	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2009**		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Islas Cook	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	81	1	-	-	-	1 f	-	-	-
Islas Salomón	-	74	16	-	-	-	1	-	-	-
Jamahiriya Árabe Libia	-	-	148	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	1,7	91	52	-	<200	<1.000	379	-	46	>95
Jordania	-	99	158	-	-	-	0	-	-	-
Kazajstán	0,1	100	308	-	<200	<1.000	193	-	38	>95
Kenya	6,3	92	1.530	81.000	41.000	120.000	58.591	73	50	>95
Kirguistán	0,3	97	122	-	<100	<500	58	-	23	>95
Kiribati	-	-	2	-	-	-	0 a	-	-	-
Kuwait	-	-	52	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	23,6	92	59	14.000	8.400	18.000	8.846	64	48	>95
Libano	0,1	-	66	-	<100	<100	-	-	-	-
Liberia	1,5	79	149	2.400	1.100	3.700	377	16	10	33
Madagascar	0,2	86	695	-	<500	1.100	17	-	1	5
Malasia	0,5	79	550	-	<100	<1.000	300	-	55	>95
Malawi	11,0	92	608	57.000	31.000	83.000	33.156	58	40	>95
Maldivas	<0,1	-	6	-	<100	<100	0	-	0	0
Malí	1,0	70	551	-	2.100	6.700	1.710	-	26	82
Marruecos	0,1	-	651	-	<200	<1.000	90	-	13	49
Mauricio	1,0	-	18	-	<100	<200	41	-	33	>95
Mauritania	0,7	75	109	-	<200	<1.000	68	-	12	37
México	0,3	94	2.021	-	1.500	4.500	124	-	3	9
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	<0,1	100	50	-	<100	<100	1	-	10	33
Montenegro	-	97	8	-	-	-	0	-	-	-
Mozambique	11,5	92	877	97.000	53.000	130.000	68.248	70	51	>95
Myanmar	0,6	80	1.016	-	1.800	5.600	2.398	-	43	>95
Namibia	13,1	95	59	7.700	4.100	11.000	6.744 g	88	61	>95
Nauru	-	95	0	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	0,4	44	730	-	<1.000	2.100	56 h	-	3	10
Nicaragua	0,2	90	140	-	<100	<500	91	-	45	>95
Niger	0,8	46	815	-	2.300	7.000	1.737	-	25	74
Nigeria	3,6	58	6.081	210.000	110.000	300.000	44.723	22	15	42
Niue	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Omán	0,1	-	62	-	<100	<100	9	-	29	>95
Pakistán	0,1	61	5.403	-	1.000	3.700	25	-	1	2
Palau	-	100	0	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	0,9	-	70	-	<200	<1.000	118	-	19	>95
Papua Nueva Guinea	0,9	79	208	2.000	<1.000	3.000	263	13	9	27
Paraguay	0,3	96	154	-	<200	<500	148	-	38	>95
Perú	0,4	94	605	-	<500	1.700	550	-	33	>95
Qatar	<0,1	-	16	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	84	596	-	-	-	2	-	-	-
República Centroafricana	4,7	69	154	6.300	3.200	9.500	2.157	34	23	67
República de Corea	<0,1	-	450	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	0,4	98	45	-	<100	<200	109	-	71	>95
República Democrática del Congo	-	85	2.330	- b	20.000	54.000	2.232	-	4	11
República Dominicana	0,9	99	224	-	<1.000	3.000	949	-	32	95
República Popular Democrática de Corea	-	-	327	-	<100	<100	-	-	-	-
República Popular Democrática Lao	0,2	35	172	-	<200	<500	24	-	5	20
República Unida de Tanzania	5,6	76	1.812	84.000	45.000	120.000	58.833	70	48	>95
Rumania	0,1	-	212	-	<100	<500	152	-	76	>95
Rwanda	2,9	96	413	11.000	5.400	16.000	7.030	65	43	>95
Samoa	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
San Kitts y Nevis	-	100	0	-	-	-	1	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	100	2	-	-	-	14	-	-	-
Santa Lucía	-	99	3	-	-	-	6	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	98	5	-	-	-	11	-	-	-
Senegal	0,9	87	476	-	2.000	5.900	917	-	16	45
Serbia	0,1	98	114	-	<100	<100	2 a	-	3	10
Seychelles	-	-	3	-	-	-	12	-	-	-
Sierra Leona	1,6	87	227	3.300	1.800	5.100	637	19	12	36
Singapur	0,1	-	37	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	0,7	26	402	-	1.000	3.700	0	-	0	0
Sri Lanka	<0,1	99	364	-	<100	<100	4	-	9	31

## 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 (más de 15 años), finales de 2009	Cobertura de la atención prenatal(%), 2005-2009*	Cifra anual de nacimientos, 2009 (miles)	Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2009*			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2009	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2009**		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Sudáfrica	17,8	—	1.085	210.000	120.000	290.000	188.200	88	66	>95
Sudán	1,1	64	1.300	14.000	7.300	22.000	245	2	1	3
Surinam	1,0	90	10	—	<100	<200	83 a	—	82	>95
Swazilandia	25,9	85	35	9.300	5.700	12.000	8.182	88	68	>95
Tailandia	1,3	98	977	—	4.900	8.300	5.457 f	—	66	>95
Tayikistán	0,2	89	195	—	<100	<500	25	—	9	36
Territorio Palestino Ocupado	—	99	150	—	—	—	—	—	—	—
Timor-Leste	—	—	46	—	—	—	1 a	—	—	—
Togo	3,2	84	215	5.600	2.200	9.400	1.451	26	15	67
Tonga	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	1,5	96	20	—	—	—	—	—	—	—
Túnez	<0,1	96	165	—	<100	<100	3	—	6	25
Turkmenistán	—	99	111	—	—	—	—	—	—	—
Turquía	<0,1	92	1.346	—	<100	<200	4 i	—	3	13
Tuvalu	—	97	0	—	—	—	—	—	—	—
Ucrania	1,1	99	468	—	1.200	4.800	3.645	—	76	>95
Uganda	6,5	94	1.502	88.000	48.000	130.000	46.948	53	37	>95
Uruguay	0,5	96	50	—	<100	<500	70 a	—	31	>95
Uzbekistán	0,1	99	558	— b	—	—	304	—	—	—
Vanuatu	—	84	7	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela (República Bolivariana de)	—	—	600	— b	—	—	233	—	—	—
Viet Nam	0,4	91	1.485	—	1.700	4.700	1.372	—	29	79
Yemen	—	47	861	—	—	—	13	—	—	—
Zambia	13,5	94	549	68.000	37.000	94.000	47.175	69	50	>95
Zimbabwe	14,3	93	379	50.000	28.000	69.000	28.208	56	41	>95

### RESUMEN DE INDICADORES

<b>África</b>	3,9 †	72 †	35.762.000 †	1.260.000	810.000	1.700.000	673.300	53	40	83
<b>África subsahariana<sup>a/</sup></b>	4,7 †	72 †	32.044.000 †	1.260.000	810.000	1.700.000	673.100	53	40	83
África oriental y meridional	7,2 †	72 †	14.480.000 †	860.000	600.000	1.100.000	584.700	68	53	>95
África occidental y central	2,7 †	72 †	16.241.000 †	380.000	200.000	560.000	88.100	23	16	44
<b>Oriente Medio y África del Norte</b>	0,2 †	78 †	10.012.000 †	16.400	9.600	23.000	530	3	2	5
<b>Asia</b>	0,2 †	79 †	68.469.000 †	73.200	45.000	110.000	23.800	33	22	52
Asia meridional	0,3 †	70 †	38.008.000 †	46.800	23.000	78.000	11.400	24	15	50
Asia oriental y el Pacífico	0,2 †	90 †	30.460.000 †	26.200	18.000	40.000	12.400	47	31	68
<b>América Latina y el Caribe</b>	0,5 †	95 †	10.661.000 †	29.900	19.000	41.000	16.200	54	39	83
<b>ECE/CEI</b>	0,5 †	95 †	5.629.000 †	15.100	7.600	22.000	14.100	94	63	>95
Países de bajos y medianos ingresos <sup>b/</sup>	—	—	—	1.380.000	920.000	1.800.000	727.600	53	40	79
Países en desarrollo <sup>b/</sup>	0,9 †	79 †	122.921.000 †	—	—	—	—	—	—	—
Mundo	0,8 †	79 †	136.712.000 †	—	—	—	—	—	—	—

### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Tasa estimada de prevalencia del VIH en los adultos:** Porcentaje de adultos (15 a 49 años) que vivían con el VIH en 2009.

**Cobertura de atención prenatal:** Porcentaje de mujeres (15 a 49 años) que consultaron por lo menos una vez durante el embarazo con personal sanitario calificado (médico, enfermera o partera).

**Cifra anual de nacimientos:** Número estimado de nacidos vivos en 2009.

**Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH:** Número estimado de mujeres embarazadas que vivían con el VIH en 2009.

**Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos:** Número de mujeres a quienes diagnosticaron el VIH durante sus consultas en los centros prenatales y que recibieron terapia con antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos.

**Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos:** Se calculó dividiendo el número registrado de mujeres embarazadas infectadas con el VIH que recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos por el número estimado, sin redondear, de mujeres embarazadas con VIH en 2009. A los países con epidemia generalizada se asignan estimaciones puntuales y escalas, mientras que a los países con epidemia concentrada y de bajo nivel solo se asignan escalas. En las estimaciones de cobertura, las escalas se basan en márgenes de incertidumbre en el denominador, por ejemplo, número estimado bajo y alto de mujeres embarazadas infectadas por el VIH.

### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos:** ONUSIDA, *Informe de 2010 sobre la epidemia mundial del sida*.

**Cobertura de la atención prenatal:** UNICEF, *Estado mundial de la infancia de 2010*.

**Cifra anual de nacimientos:** UNICEF, *Estado mundial de la infancia de 2010*.

**Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*.

**Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*.

### NOTAS

— No se dispone de datos.

\* La información se refiere al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado.

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

a El período de los informes es de enero a diciembre de 2008.

b En la actualidad se están volviendo a examinar las estimaciones del número de mujeres embarazadas que viven con VIH y necesitan antirretrovirales para evitar la transmisión de madre a hijo, que se ajustarán sobre la base de la recopilación y análisis de los datos en marcha. Por tanto, algunos países han solicitado que solamente se publique una escala o no se especifique ninguna necesidad.

c El período de los informes es de enero a noviembre de 2009.

d El período de los informes es de enero a septiembre de 2009.

e El período de los informes es de marzo de 2008 a febrero de 2009.

f El período de los informes es de octubre de 2008 a septiembre de 2009.

g El período de los informes es de abril de 2008 a marzo de 2009.

h El período de los informes es de julio de 2008 a junio de 2009.

i El período de los informes es de enero a diciembre de 2006.

z Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en el anexo. Las estimaciones para los países individuales pueden ser distintas según los métodos que se utilicen para la estimación.

† Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

a/ Incluidos Djibouti y el Sudán.

b/ Algunas estimaciones para África oriental y meridional y África occidental y central no equivalen a los totales para África subsahariana debido al redondeo.

Hasta julio de 2007, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos 159 países forman la base del análisis de los datos en la publicación de la OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*. Países en desarrollo es una clasificación de UNICEF que se publica anualmente en el informe *Estado Mundial de la Infancia*.

Las estimaciones de los resúmenes de los países de bajos y medianos ingresos se calculan sólo a partir de indicadores obtenidos directamente de *Hacia el acceso universal* (en esta tabla, el número estimado de mujeres embarazadas con VIH y el número registrado y el porcentaje estimado de mujeres embarazadas con VIH que recibieron terapia antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo). Los resúmenes de las estimaciones de los países en desarrollo y del mundo se calculan a partir de otros indicadores.

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

	Cifra estimada de niños (0-14 años) que viven con VIH, 2009			Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2009 <sup>2</sup>			Cifra registrada de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2009	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2009	Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2009 <sup>2</sup>			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben ART 2009**	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños, diciembre de 2009 <sup>3</sup>					
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado			Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-			
Albania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-			
Angola	22.000	12.000	35.000	16.000	8.400	25.000	2.435	15	12.000	6.300	18.000	1.548	13	8	25			
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Argelia	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	<100	<500	97	-	36	>95			
Argentina	-	-	-	-	<1.000	2.400	2.160 a	>95	-	<500	<1.000	2.000 a	-	>95	>95			
Armenia	-	-	-	-	<100	<100	2	17	-	<100	<100	7	-	54	>95			
Azerbaiyán	-	-	-	-	<100	<500	13 a	10	-	<100	<200	3	-	3	9			
Bahamas	-	<200	<1.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bangladesh	-	-	-	-	<100	<200	16	16	-	<100	<200	6 a	-	6	16			
Barbados	-	<100	<100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Belarús	-	-	-	-	<100	<500	148	>95	-	<100	<200	95	-	77	>95			
Belice	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	<200	<500	80	-	28	66			
Benin	5.400	2.900	7.800	3.700	1.900	5.800	1.473	39	2.700	1.500	4.100	1.135	41	28	77			
Bhután	-	-	-	-	<100	<100	7 a	58	-	<100	<100	1 a	-	8	33			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	<500	1.300	-	<200	<500	27 a	10	-	<200	<1.000	50	-	8	28			
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	1	-	-	-			
Botswana	16.000	9.900	20.000	13.000	6.900	17.000	8.232 b	65	9.400	8.200	11.000	8.490 p	90	76	>95			
Brasil	-	-	-	-	3.700	12.000	-	-	- c	8.200	12.000	7.939 a, d	-	65	>95			
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bulgaria	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	<100	<100	3	-	10	33			
Burkina Faso	17.000	8.100	25.000	6.500	3.500	11.000	1.815	28	8.000	3.900	12.000	1.354	17	11	35			
Burundi	28.000	17.000	40.000	15.000	8.400	21.000	1.332	9	14.000	8.500	20.000	1.596	11	8	19			
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	67	-	-	-	-	37	-	-	-			
Camboya	-	-	-	-	<1.000	3.000	203 e	12	-	2.800	6.100	3.638	-	60	>95			
Camerún	54.000	29.000	78.000	34.000	18.000	50.000	8.378	25	28.000	15.000	41.000	3.114	11	8	20			
Chad	23.000	12.000	35.000	16.000	8.300	29.000	676	4	12.000	6.600	19.000	774 d	6	4	12			
Chile	-	-	-	-	<500	<1.000	-	-	-	<500	<1.000	186 a	-	21	59			
China	-	-	-	-	2.600	11.000	-	-	-	2.100	7.600	1.594	-	21	74			
Colombia	-	-	-	-	<1.000	3.900	-	-	-	1.000	3.400	-	-	-	-			
Comoras	-	-	-	-	<100	<100	-	1	-	<100	<100	1 p	-	14	50			
Congo	7.900	4.000	12.000	3.800	1.900	5.600	548	15	4.000	2.000	5.900	488 a	12	8	24			
Costa Rica	-	-	-	-	<100	<200	44	38	-	<100	<200	61	-	33	>95			
Côte d'Ivoire	-	32.000	91.000	20.000	10.000	31.000	-	-	29.000	14.000	42.000	4.349	15	10	30			
Croacia	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	<100	<100	3	-	30	>95			
Cuba	-	-	-	-	<100	<200	1 e	1	-	<100	<100	20	-	22	59			
Djibouti	-	<1.000	2.000	<1.000	<500	1.000	22	4	<1.000	<500	<1.000	24	4	2	8			
Dominica	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-			
Ecuador	-	-	-	-	<500	<1.000	-	-	-	<500	1.000	407	-	39	>95			
Egipto	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	<100	<500	27	-	12	36			
El Salvador	-	-	-	-	<500	<1.000	176	34	-	1.100	1.500	300	-	20	28			
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Eritrea	3.100	1.500	5.000	1.400	<1.000	2.200	225 a	17	1.500	<1.000	2.400	324	21	14	45			
Etiopía	-	-	-	- f	17.000	51.000	1.076	3	- g	27.000	74.000	9.992	-	14	38			
Ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-			
Federación de Rusia	-	-	-	-	5.100	16.000	-	-	-	3.100	12.000	1.998 a	-	17	64			
Fiji	-	-	-	-	<100	<100	2 a	20	-	<100	<100	1 q	-	20	>95			
Filipinas	-	-	-	-	<100	<500	3	2	-	<100	<200	11 a	-	8	30			
Gabón	3.200	1.700	4.800	1.900	<1.000	2.900	219 a	12	1.600	<1.000	2.500	275	17	11	34			
Gambia	-	-	-	-	<1.000	2.000	99	8	-	<500	1.300	309 a	-	25	88			
Georgia	-	-	-	-	<100	<100	19 a	58	-	<100	<100	28	-	62	>95			
Ghana	27.000	14.000	41.000	13.000	6.900	20.000	-	-	13.000	6.700	20.000	1.617	12	8	24			
Granada	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	3	-	-	-			
Guatemala	-	-	-	-	<1.000	2.900	222 a	13	-	<1.000	2.500	768	-	31	77			
Guinea	9.000	4.300	14.000	4.600	2.300	7.200	801 h	17	4.400	2.100	6.900	674	15	10	32			
Guinea Ecuatorial	1.600	<1.000	2.600	1.400	<1.000	2.300	-	-	<1.000	<500	1.500	27	3	2	7			
Guinea-Bissau	2.100	1.100	3.200	1.600	<1.000	2.400	-	-	1.100	<1.000	1.700	118	10	7	21			
Guyana	-	-	-	-	<100	<500	97 i	>95	-	<200	<500	165 a	-	73	92			
Haití	12.000	5.700	18.000	5.000	2.600	7.500	448 a	9	5.700	2.700	8.600	1.098	19	13	41			
Honduras	-	-	-	-	<500	1.300	-	-	-	<1.000	1.800	719	-	40	81			

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

	Cifra estimada de niños (0-14 años) que viven con VIH, 2009			Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2009 <sup>f</sup>			Cifra registrada de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2009	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2009	Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2009 <sup>e</sup>			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben ART 2009 <sup>**</sup>	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños, diciembre de 2009 <sup>g</sup>					
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado			Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
India	-	-	-	-	23.000	65.000	-	-	-	30.000	76.000	17.952	-	24	59			
Indonesia	-	-	-	-	1.100	4.600	25 e	1	-	<1.000	2.600	356 a	-	14	48			
Irán (República Islámica del)	-	-	-	-	<500	1.300	20 a	3	-	<500	1.300	54 r	-	4	14			
Iraq	-	-	-	-	-	-	0 a	-	-	-	-	0 a	-	-	-			
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0 a	-	-	-			
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-			
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	0 a	-	-	-	-	0	-	-	-			
Jamahiriyá Árabe Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Jamaica	-	-	-	-	<200	<1.000	-	-	-	<500	<1.000	436	-	52	>95			
Jordania	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	2 a	-	-	-			
Kazajstán	-	-	-	-	<200	<1.000	204	70	-	<100	<200	191 r	-	>95	>95			
Kenya	180.000	98.000	260.000	81.000	41.000	120.000	4.043	5	89.000	48.000	130.000	28.370	32	22	59			
Kirguistán	-	-	-	-	<100	<500	70	59	-	<100	<100	101 r	-	>95	>95			
Kiribati	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0 a	-	-	-			
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lesotho	28.000	17.000	37.000	14.000	8.400	18.000	1.542 a	11	13.000	7.800	18.000	3.038 a	23	17	39			
Líbano	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	<100	<200	9 d. e	-	9	28			
Liberia	6.100	3.000	9.900	2.400	1.100	3.700	45 j	2	2.900	1.400	4.500	266	9	6	19			
Madagascar	-	-	-	-	<500	1.100	-	-	-	<500	<1.000	5	-	1	2			
Malasia	-	-	-	-	<100	<1.000	163	54	-	<1.000	<1.000	501 a	-	88	94			
Malawi	120.000	68.000	170.000	57.000	31.000	83.000	28.079	49	61.000	34.000	84.000	17.364	29	21	51			
Maldivas	-	-	-	-	<100	<100	0	0	-	<100	<100	0	-	0	0			
Malí	-	-	-	-	2.100	6.700	722	17	-	2.300	7.200	1.266	-	18	55			
Marruecos	-	-	-	-	<200	<1.000	19 a	5	-	<200	<500	145	-	29	>95			
Mauricio	-	-	-	-	<100	<200	48	66	-	<100	<100	-	-	-	-			
Mauritania	-	-	-	-	<200	<1.000	18 e	5	-	<200	<500	42	-	9	28			
México	-	-	-	-	1.500	4.500	-	-	-	1.300	3.200	1.594	-	50	>95			
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-			
Mongolia	-	-	-	-	<100	<100	1	17	-	<100	<100	0	-	0	0			
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 s	-	-	-			
Mozambique	130.000	70.000	180.000	97.000	53.000	130.000	-	-	66.000	36.000	93.000	9.393	14	10	26			
Myanmar	-	-	-	-	1.800	5.600	858	23	-	1.900	4.900	1.535	-	32	83			
Namibia	16.000	9.100	23.000	7.700	4.100	11.000	-	-	9.200	7.300	13.000	8.188 t	89	65	>95			
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0 a	-	-	-			
Nepal	-	-	-	-	<1.000	2.100	75	6	-	<1.000	2.600	178 u	-	7	23			
Nicaragua	-	-	-	-	<100	<500	81	63	-	<100	<200	56	-	34	79			
Níger	-	-	-	-	2.300	7.000	309	6	-	1.800	5.900	258	-	4	15			
Nigeria	360.000	180.000	520.000	210.000	110.000	300.000	3.927 k	2	180.000	94.000	270.000	18.092	10	7	19			
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0 a	-	-	-			
Omán	-	-	-	-	<100	<100	4	21	-	<100	<100	26	-	>95	>95			
Pakistán	-	-	-	-	1.000	3.700	0	0	-	<1.000	2.300	57	-	2	8			
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-			
Panamá	-	-	-	-	<200	<1.000	62 a. l	23	-	<500	<500	256	-	79	>95			
Papua Nueva Guinea	3.100	1.600	4.800	2.000	<1.000	3.000	19	1	1.700	<1.000	2.600	427	26	17	49			
Paraguay	-	-	-	-	<200	<500	85	36	-	<200	<500	130 a	-	49	>95			
Perú	-	-	-	-	<500	1.700	-	-	-	<500	1.400	517	-	36	>95			
Qatar	-	<100	<100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-			
República Centroafricana	17.000	8.200	25.000	6.300	3.200	9.500	887	14	7.600	3.600	11.000	724	9	6	20			
República de Corea	-	<100	<100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
República de Moldova	-	-	-	-	<100	<200	33	37	-	<100	<100	34	-	45	>95			
República Democrática del Congo	-	33.000	86.000	- f	20.000	54.000	396	1	- g	17.000	46.000	4.053 a	-	9	23			
República Dominicana	-	-	-	-	<1.000	3.000	-	-	-	<1.000	2.900	782 a	-	27	84			
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-			
República Popular Democrática Lao	-	<200	<500	-	<200	<500	17 a	7	-	<100	<500	95	-	36	>95			
República Unida de Tanzania	160.000	83.000	240.000	84.000	45.000	120.000	8.348 o	10	75.000	38.000	110.000	12.822 a	17	11	34			
Rumania	-	-	-	-	<100	<500	7	6	-	<500	<500	192	-	52	71			
Rwanda	22.000	11.000	34.000	11.000	5.400	16.000	7.222	67	11.000	7.000	17.000	6.679	60	40	>95			
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
San Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			

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

	Cifra estimada de niños (0-14 años) que viven con VIH, 2009			Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2009 <sup>a</sup>			Cifra registrada de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2009	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2009	Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2009 <sup>a</sup>			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben ART 2009**	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños, diciembre de 2009 <sup>a</sup>					
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado			Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	3	-	-	-			
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-			
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	5 a	-	-	-			
Senegal	-	-	-	-	2.000	5.900	-	-	-	1.600	4.300	794	-	18	51			
Serbia	-	-	-	-	<100	<100	0	0	-	<100	<100	11	-	55	>95			
Seychelles	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	9	-	-	-			
Sierra Leona	2.900	1.500	4.500	3.300	1.800	5.100	363 a	11	1.700	<1.000	2.600	237	14	9	25			
Singapur	-	<100	<500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Somalia	-	-	-	-	1.000	3.700	0	0	-	<1.000	1.900	9 a	-	0	1			
Sri Lanka	-	-	-	-	<100	<100	4	15	-	<100	<100	11	-	34	92			
Sudáfrica	330.000	190.000	440.000	210.000	120.000	290.000	43.394	20	160.000	92.000	210.000	86.270 v	54	41	94			
Sudán	-	7.500	23.000	14.000	7.300	22.000	34 m	<1	8.700	4.400	13.000	188 d. n	2	1	4			
Surinam	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	<100	<200	80 a	-	74	>95			
Swazilandia	14.000	8.300	18.000	9.300	5.700	12.000	9.189	>95	6.800	4.400	9.000	4.772	70	53	>95			
Tailandia	-	-	-	-	4.900	8.300	2.074	32	-	7.900	11.000	8.076 t	-	73	>95			
Tayikistán	-	-	-	-	<100	<500	23	15	-	<100	<200	9	-	5	21			
Territorio Palestino Ocupado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-			
Togo	11.000	3.700	18.000	5.600	2.200	9.400	945	17	5.200	1.800	8.800	1.028	20	12	58			
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0 a	-	-	-			
Trinidad y Tabago	-	<200	<500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Túnez	-	-	-	-	<100	<100	0	0	-	<100	<100	12	-	35	86			
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Turquía	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	<100	<100	9 d. e	-	10	21			
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-			
Ucrania	-	-	-	-	1.200	4.800	3.021	>95	-	1.500	2.500	1.720	-	69	>95			
Uganda	150.000	80.000	210.000	88.000	48.000	130.000	-	-	76.000	41.000	110.000	13.413 w	18	12	33			
Uruguay	-	-	-	-	<100	<500	-	-	-	<100	<200	160 x	-	81	>95			
Uzbekistán	-	-	-	- f	-	-	-	-	- c	-	-	225 d. e	-	-	-			
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-			
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	- f	-	-	-	-	- c	-	-	784	-	-	-			
Viet Nam	-	-	-	-	1.700	4.700	944	30	-	1.700	3.700	1.987	-	54	>95			
Yemen	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	9 a	-	-	-			
Zambia	120.000	64.000	160.000	68.000	37.000	94.000	25.139	37	59.000	32.000	82.000	21.120	36	26	65			
Zimbabwé	150.000	92.000	200.000	50.000	28.000	69.000	13.852	28	71.000	43.000	95.000	21.521 y	30	23	50			

### RESUMEN DE INDICADORES

<b>África</b>	2.300.000 †	1.400.000 †	3.100.000 †	1.260.000	810.000	1.700.000	175.944	14	1.150.000	720.000	1.500.000	296.500	26	19	41
<b>África subsahariana<sup>a/</sup></b>	2.300.000 †	1.400.000 †	3.100.000 †	1.260.000	810.000	1.700.000	175.925	14	1.150.000	720.000	1.500.000	296.200	26	19	41
África oriental y meridional	1.600.000 †	1.100.000 †	2.100.000 †	860.000	600.000	1.100.000	154.164	18	790.000	530.000	1.000.000	254.900	32	25	48
África occidental y central	690.000 †	360.000 †	1.000.000 †	380.000	200.000	560.000	21.705	6	350.000	180.000	510.000	41.000	12	8	22
<b>Oriente Medio y África del Norte</b>	19.000 †	12.000 †	26.000 †	16.400	9.600	23.000	107	1	10.800	6.700	15.000	600	6	4	9
<b>Asia</b>	160.000 †	110.000 †	210.000 †	73.200	45.000	110.000	4.411	6	82.700	61.000	140.000	36.400	44	27	60
Asia meridional	110.000 †	65.000 †	160.000 †	46.800	23.000	78.000	102	<1	55.100	36.000	110.000	18.200	33	17	51
Asia oriental y el Pacífico	48.000 †	34.000 †	61.000 †	26.200	18.000	40.000	4.309	16	27.500	21.000	33.000	18.200	66	55	85
<b>América Latina y el Caribe</b>	58.000 †	38.000 †	78.000 †	29.900	19.000	41.000	3.420	11	32.200	23.000	42.000	18.600	58	45	80
<b>ECE/CEI</b>	19.000 †	9.100 †	30.000 †	15.100	7.600	22.000	3.666	24	9.700	5.700	15.000	4.600	48	30	82
Países de bajos y medianos ingresos <sup>b/</sup>	-	-	-	1.380.000	920.000	1.800.000	187.473	14	1.270.000	830.000	1.700.000	356.400	28	21	43
Países en desarrollo <sup>b/</sup>	2.500.000 †	1.600.000 †	3.400.000 †	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Mundo</b>	2.500.000 †	1.600.000 †	3.400.000 †	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Cifra estimada de niños que viven con VIH:** Número estimado de niños (0 a 14 años) que vivían con el VIH en 2009.

**Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH:** Número estimado de mujeres embarazadas (15 a 49 años) que vivían con el VIH en 2009.

**Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol:** Número registrado de hijos de madres con VIH que iniciaron tratamiento profiláctico con cotrimoxazol antes de cumplir dos meses de vida.

**Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol:** Se calculó dividiendo el número de lactantes expuestos al VIH que empezaron profilaxis con cotrimoxazol por el número

estimado de hijos de mujeres embarazadas con VIH, suponiendo que el coeficiente es de un niño por cada madre infectada con el VIH. El denominador es el número estimado de mujeres embarazadas con VIH.

**Cifra estimada de niños con VIH que necesitan terapia antirretroviral:** Número estimado de niños (0 a 14 años) que vivían con el VIH y necesitaban terapia antirretroviral en 2009.

**Número de niños que reciben terapia antirretroviral:** Número registrado de niños (0 a 14 años) que vivían con el VIH y recibieron terapia antirretroviral en 2009.

**Porcentaje de niños necesitados que reciben terapia antirretroviral:** Se calculó dividiendo el número de niños que reciben terapia antirretroviral por el número estimado de niños que la necesitan.

### FUENTES DE LOS DATOS PRINCIPALES

**Cifra estimada de niños que viven con VIH:** ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del sida de 2010*.

**Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*.

**Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*.

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

### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS, CONTINUACIÓN

**Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010.*

**Cifra estimada de niños con VIH que necesitan terapia antirretroviral:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010.*

**Número de niños que reciben ART:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010.*

**Porcentaje de niños necesitados que reciben ART:** OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010.*

### NOTAS

– No se dispone de datos.

\*\* Indicador del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2001), como parte de los hombres y las mujeres con infección avanzada por VIH que recibían terapia antirretroviral combinada.

† Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

‡ Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en las notas exploratorias de los anexos. Las estimaciones para los países individuales pueden ser distintas según los métodos locales que se utilicen.

† Las estimaciones sobre la cobertura se basan en el número estimado, sin redondear, de niños que reciben la terapia antirretroviral, y la necesidad estimada, sin redondear, de terapia antirretroviral (sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS). Las escalas en los estimados de la cobertura se basan en márgenes de incertidumbre en el denominador; por ejemplo, el número estimado bajo y alto de las necesidades.

a Los últimos datos registrados son de diciembre de 2008.

b No es posible especificar a partir de los datos si los datos registrados correspondían a lactantes en sus dos primeros meses de vida, pero la política es que todos los lactantes comienzan a recibir cotrimoxazol a las 6 semanas de edad. Los datos sugieren que alrededor de dos terceras partes de los lactantes que comenzaron a recibir cotrimoxazol lo hicieron a los dos meses de nacer.

c Las estimaciones sobre el número de niños que necesitan terapia antirretroviral se están revisando actualmente y se ajustarán, como resulte apropiado, sobre la base de la recopilación y el análisis de datos en marcha.

d Los últimos datos disponibles no reflejan los datos a nivel nacional.

e Los últimos datos registrados son de diciembre de 2007.

f Las estimaciones del número de mujeres embarazadas que viven con VIH y necesitan antirretrovirales para evitar la transmisión de madre a hijo se están revisando en la actualidad y se ajustarán, como resulte apropiado, sobre la base de la recopilación y el análisis de los datos. Por tanto, algunos países han solicitado que se publique solamente una escala de las estimaciones de las necesidades, o que no se publique ningún dato.

g A petición del país, solamente se presenta una escala de las estimaciones.

h Sólo se recopilaban datos parciales.

i Los datos se recopilan en un formulario mensual de información de datos a las 6 semanas, no a los 2 meses. Por tanto, es posible que algunos lactantes pasen desapercibidos en el seguimiento.

j Puede que no haya una presentación completa de los datos.

k Cuatro de los 10 aliados en la ejecución ofrecieron informes sobre este indicador.

l Los datos provienen de tres de cuatro clínicas de atención pediátrica.

m Se recibieron dos informes separados del Sudán: el norte del Sudán informó 34 para el periodo entre enero y diciembre de 2009; el sur del Sudán informó "sin datos", señalando que los servicios acababan de iniciarse y el cotrimoxazol no formaba inicialmente parte de los suministros para evitar la transmisión de madre a hijo. Se espera que los datos para el sur del Sudán estén listos en el próximo periodo de presentación de informes.

n Solamente se recibió un desglose por género y grupos de edad del norte del Sudán. Por tanto, es preciso interpretar con cautela los datos.

o No hay una presentación completa de los datos.

p Los últimos datos registrados son de enero de 2009.

q Los últimos datos registrados son de noviembre de 2009.

r Los últimos datos registrados son de enero de 2010.

s Los últimos datos registrados son de marzo de 2010.

t Los últimos datos registrados son de septiembre de 2009.

u Los últimos datos registrados son de julio de 2009.

v Los últimos datos registrados son de octubre de 2009.

w Los últimos datos registrados son de septiembre de 2008.

x Los últimos datos registrados son de diciembre de 2006.

y Los últimos datos registrados son de febrero de 2010.

z Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en el Anexo. Las estimaciones correspondientes a países individuales pueden diferir debido a las diferencias en los métodos que se hayan empleado para realizarlas.

a/ Incluidos Djibouti y el Sudán.

b/ La suma de algunas de las cifras estimadas correspondientes a África oriental y meridional y a África occidental y central no equivalen a los totales correspondientes a África subsahariana debido a que fueron redondeadas.

Los países de ingresos bajos y medios están clasificados de esa manera por el Banco Mundial desde julio de 2007. Esos 149 países forman la base que emplearon la OMS, ONUSIDA y UNICEF para el análisis de datos en *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*. "Países en desarrollo" es una clasificación que da a conocer anualmente UNICEF en su informe *El Estado Mundial de la Infancia*.

Las cifras estimadas globales de los países de ingresos bajos y medios se calculan solamente para los indicadores tomados directamente del informe *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud*. (en esta tabla, se trata de la cifra estimada de mujeres embarazadas infectadas con el VIH, el número y el porcentaje estimado de lactantes que comenzaron a recibir profilaxis con cotrimoxazol, la cifra estimada de niños que requieren terapia antirretroviral, el número estimado de niños que reciben tratamiento con medicamentos antirretrovirales y el porcentaje estimado de cobertura de terapia antirretroviral en la población infantil). Para todos los demás indicadores se calculan cifras estimadas globales.

### 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), 2009**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 24 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2005-2009*)**	
	Hombre (%)	Mujer (%)	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Afganistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Albania	–	–	22	36	6	<1	55	–	1	1
Angola	0,6	1,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	0,1	<0,1	–	13	–	–	–	–	–	–
Argentina	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	<0,1	<0,1	15	23	13	0	79	–	3	<1
Azerbaiján	<0,1	0,1	5	5	9	0	29	–	1	<1
Bahamas	1,4	3,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,1	<0,1	–	15	–	–	–	–	–	–
Barbados	0,9	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	<0,1	0,1	–	34	–	–	–	–	–	–
Belice	0,7	1,8	–	40	–	1	–	–	–	–
Benin	0,3	0,7	35	16	10	1	45	27	13	13
Bhután	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,1	0,1	28	24	14	–	41	–	10	7
Bosnia y Herzegovina	–	–	–	44	–	–	–	–	–	1
Botswana	5,2	11,8	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasil	–	–	–	–	–	–	–	–	–	33
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	<0,1	<0,1	15	17	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	0,5	0,8	–	19	–	1	–	71 x	–	6
Burundi	1,0	2,1	–	30	–	1	–	–	–	3
Cabo Verde	–	–	36	36	33	4	80	64	32	11
Camboya	0,1	0,1	45	50	5	0	75	–	<1	1
Camerún	1,6	3,9	–	32	–	5	–	68	–	13
Chad	1,0	2,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Chile	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
China	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	0,2	0,1	–	–	–	5	–	36	–	14
Comoras	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	1,2	2,6	22	8	21	9	40	26	24	23
Costa Rica	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	0,7	1,5	28	18	20	5	62	45	17	20
Croacia	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,1	0,1	–	52	–	–	–	–	–	–
Djibouti	0,8	1,9	–	18	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Egipto	<0,1	<0,1	18	5	–	–	–	–	–	–
El Salvador	0,4	0,3	–	27	–	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	0,2	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	–	–	33	20	1	<1	–	–	2	11
Ex República Yugoslava de Macedonia	–	–	–	27	–	1	–	36 x	–	1
Federación de Rusia	0,2	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Filipinas	<0,1	<0,1	–	21	–	–	–	–	–	2
Gabón	1,4	3,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	0,9	2,4	–	39	–	1	–	64 x	–	4
Georgia	<0,1	<0,1	–	15	–	–	–	–	–	–
Ghana	0,5	1,3	34	28	6	2	61 x	43 x	4	8
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	0,5	0,3	–	–	–	–	–	27 x	29	29
Guinea	0,4	0,9	23	17	19	2	39	28	18	20
Guinea Ecuatorial	1,9	5,0	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea-Bissau	0,8	2,0	–	18	–	6	–	58	–	22
Guyana	0,6	0,8	–	50	9	2	62	–	11	8
Haití	0,6	1,3	40	34	20	2	51	23	42	15
Honduras	0,3	0,2	–	30	–	1	–	27	25	10
India	0,1	0,1	36	20	2	<1	32	17 x	3	8
Indonesia	0,1	<0,1	15 y	10 y	–	–	–	–	–	–

### 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), 2009**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 24 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2005-2009*)**	
	Hombre (%)	Mujer (%)	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Irán (República Islámica del)	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	–	39	27	10	5	23 x	9 x	25	15
Islas Salomón	–	–	35	29	–	–	–	–	16	15
Jamahiriyá Árabe Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	1,0	0,7	–	60	–	–	–	–	–	–
Jordania	–	–	–	13 y	–	–	–	–	–	–
Kazajstán	0,1	0,2	–	22	–	–	–	–	–	–
Kenya	1,8	4,1	55	48	8	2	67	37	22	12
Kirguistán	0,1	0,1	–	20	–	1	–	–	–	<1
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	5,4	14,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	0,3	0,7	27	21	15	7	28	16	9	19
Madagascar	0,1	0,1	–	–	18	3	4	3	–	–
Malasia	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	3,1	6,8	42	42	6	1	46	48	16	14
Maldivas	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Malí	0,2	0,5	22	18	6	2	28	8	6	24
Marruecos	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauricio	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	0,4	0,3	14	5	–	–	–	–	–	–
México	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	11	17
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	<0,1	<0,1	–	31	–	–	–	–	–	<1
Montenegro	–	–	–	30	–	<1	–	–	–	<1
Mozambique	3,1	8,6	–	14	–	5	–	–	–	29
Myanmar	0,3	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	2,3	5,8	62	65	11	2	82	74	19	7
Nauru	–	–	10	13	–	–	17 x	8 x	35	15
Nepal	0,2	0,1	44	28	2	<1	59 x	–	3	6
Nicaragua	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–	13
Niger	0,2	0,5	16	13	2	<1	42 x	–	5	26
Nigeria	1,2	2,9	33	22	6	1	56	29	6	15
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	0,1	<0,1	–	3	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	0,4	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	0,3	0,8	–	–	–	–	–	–	4	4
Paraguay	0,2	0,1	–	–	–	7	–	51	–	7
Perú	0,2	0,1	–	19	–	1	–	38 x	–	6
Qatar	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	–	–	–	7	–	–	–	–	–	–
República Centroafricana	1,0	2,2	26	17	21	6	73	59	12	29
República de Corea	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	0,1	0,1	39 y	42 y	17	2	60	30	9	1
República Democrática del Congo	–	–	21	15	14	3	22	9	18	18
República Dominicana	0,3	0,7	34	41	23	5	62	34	21	14
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Popular Democrática Lao	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–	9
República Unida de Tanzania	1,7	3,9	42	39	9	3	37	–	11	11
Rumania	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	1,3	1,9	54	51	1	<1	–	–	15	5
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	–	–	–	44	–	2	–	57 x	–	9
Senegal	0,3	0,7	24	19	6	1	64	33	13	9
Serbia	0,1	0,1	–	42	–	2	–	80 x	–	1
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

## 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), 2009**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 24 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual (2005-2009*)**		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2005-2009*)**	
	Hombre (%)	Mujer (%)	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Sierra Leona	0,6	1,5	28	17	10	4	29	12	11	22
Singapur	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Somalia	0,4	0,6	—	4	—	—	—	—	—	—
Sri Lanka	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Sudáfrica	4,5	13,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Sudán	0,5	1,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Surinam	0,6	0,4	—	41	—	3	—	80	—	9
Swazilandia	6,5	15,6	52	52	10	2	67	51 x	5	7
Tailandia	—	—	—	46	—	—	—	—	—	—
Tayikistán	<0,1	<0,1	—	2	—	—	—	—	—	—
Territorio Palestino Ocupado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Timor-Leste	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Togo	0,9	2,2	—	15	—	3	—	50	—	12
Tonga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	1,0	0,7	—	54	—	3	—	67	—	5
Túnez	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Turkmenistán	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—
Turquía	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Tuvalu	—	—	61	39	—	—	—	—	19	2
Ucrania	0,2	0,3	43	45	16	3	64	63	3	1
Uganda	2,3	4,8	38	32	9	2	45	39	14	12
Uruguay	0,3	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—
Uzbekistán	<0,1	<0,1	—	31	—	<1	—	—	—	—
Vanuatu	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—
Venezuela (República Bolivariana de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Viet Nam	0,1	0,1	—	44	<1	0	—	—	0,3	1
Yemen	—	—	—	2 y	—	—	—	—	—	—
Zambia	4,2	8,9	41	38	5	1	43	42 x	9	7
Zimbabwe	3,3	6,9	—	53	7	1	59	38 x	5	5
<b>RESUMEN DE INDICADORES†</b>										
<b>África</b>	1,1	2,7	32	23	8	2	47	32	10	14
<b>África subsahariana<sup>a/</sup></b>	1,3	3,3	34	26	8	2	47	32	10	14
África oriental y meridional	1,9	4,8	41	33	6	1	—	—	10	12
África occidental y central	0,8	2,0	28	20	9	2	48	31	10	16
<b>Oriente Medio y África del Norte</b>	0,1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Asia</b>	0,1	0,1	33 ‡	19 ‡	2 ‡	0 ‡	34 ‡	17 ‡	2 ‡	7 ‡
Asia meridional	0,1	0,1	36	17	2	0	33	17	3	8
Asia oriental y el Pacífico	<0,1	<0,1	—	24 ‡	—	—	—	—	—	—
<b>América Latina y el Caribe</b>	0,2	0,2	—	—	—	—	—	—	—	22
<b>ECE/CEI</b>	0,1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—
Países de bajos y medianos ingresos <sup>b/</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países en desarrollo <sup>b/</sup>	0,3	0,6	33 ‡	20 ‡	4 ‡	1 ‡	—	—	6 ‡	11 ‡
Mundo	0,3	0,6	—	20 ‡	—	—	—	—	—	11 ‡

### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Prevalencia del VIH entre los jóvenes:** Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15 a 24 años) que vivían con el VIH a finales de 2009.

**Conocimientos amplios del VIH:** Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15 a 24 años) que identifican correctamente las dos principales maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativo y tener una sola pareja sexual, fiel y no infectada); que rechazan los dos conceptos erróneos más frecuentes sobre la transmisión del VIH; y que saben que una persona de apariencia saludable puede, no obstante, transmitir el VIH.

**Relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses:** Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15 a 24 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.

**Uso de preservativo con múltiples parejas:** Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15 a 24 años) que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses e informaron de haber utilizado preservativo durante la última relación sexual.

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

### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Prevalencia del VIH entre los jóvenes:** ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del sida de 2010*.

**Conocimientos amplios del VIH:** Base mundial de datos de UNICEF, 2010. **Relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses:** Base mundial de datos de UNICEF, 2010.

**Uso de preservativos con múltiples parejas:** Base mundial de datos de UNICEF, 2010.

**Relaciones sexuales antes de cumplir 15 años:** Base mundial de datos de UNICEF, 2010.

### NOTAS

— No se dispone de datos.

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

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

† Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

x Basado en pequeños denominadores (normalmente 25–49 casos no ponderados).

y Los datos se refieren a años o períodos distintos de los que figuran en el titular de la columna, difieren de las definiciones estándar o solamente se refieren a una parte de un país. Esos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

‡ No incluye a China.

a/ Incluidos Djibouti y el Sudán.

b/ Algunas estimaciones para África oriental y meridional y África occidental y central no equivalen a los totales para África subsahariana debido al redondeo.

Hasta julio de 2007, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos 159 países forman la base del análisis de los datos en la publicación de la OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*. Países en desarrollo es una clasificación de UNICEF que se publica anualmente en el informe *Estado Mundial de la Infancia*.

## OBJETIVO 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida

### Niños huérfanos y vulnerables

	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2009	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida, 2009			Niños cuya madre ha muerto debido a cualquier causa, 2009	Niños cuyo padre ha muerto debido a cualquier causa, 2009	Niños cuyo padre y madre han muerto debido a cualquier causa, 2009	Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos (2005-2009)**	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo (2005-2009)**
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado					
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-	
Albania	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	1.500.000	140.000	95.000	200.000	630.000	1.100.000	240.000	-	
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	
Argelia	550.000	-	-	-	-	-	-	-	
Argentina	630.000	-	-	-	-	-	-	-	
Armenia	46.000	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaiyán	190.000	-	-	-	-	-	-	-	
Bahamas	6.800	-	-	-	-	-	-	-	
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	4.800.000	-	-	-	-	-	-	84	
Barbados	2.000	-	-	-	-	-	-	-	
Belarús	150.000	-	-	-	-	-	-	-	
Belice	6.400	-	-	-	-	-	-	-	
Benin	310.000	30.000	18.000	53.000	110.000	220.000	28.000	90	
Bhután	21.000	-	-	-	-	-	-	-	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	320.000	-	-	-	-	-	-	-	
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	
Botswana	130.000	93.000	71.000	120.000	76.000	86.000	28.000	-	
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bulgaria	94.000	-	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	770.000	140.000	100.000	170.000	320.000	550.000	100.000	61 p	
Burundi	610.000	200.000	170.000	230.000	270.000	440.000	100.000	85	
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	
Camboya	630.000	-	-	-	-	-	-	83	
Camerún	1.200.000	330.000	270.000	420.000	560.000	870.000	190.000	91	
Chad	670.000	120.000	79.000	170.000	270.000	490.000	89.000	-	
Chile	140.000	-	-	-	-	-	-	-	
China	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombia	820.000	-	-	-	-	-	-	85	
Comoras	22.000	<100	<100	<100	7.800	16.000	1.900	-	
Congo	220.000	51.000	41.000	66.000	97.000	160.000	32.000	88	
Costa Rica	36.000	-	-	-	-	-	-	-	
Côte d'Ivoire	1.100.000	-	-	-	-	-	-	83	
Croacia	44.000	-	-	-	-	-	-	-	
Cuba	86.000	-	-	-	-	-	-	-	
Djibouti	47.000	-	-	-	-	-	-	-	
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ecuador	210.000	-	-	-	-	-	-	-	
Egipto	1.700.000	-	-	-	-	-	-	-	
El Salvador	150.000	-	-	-	-	-	-	-	
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eritrea	240.000	19.000	12.000	28.000	92.000	180.000	29.000	-	
Etiopía	-	-	-	-	-	-	-	90	
Ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	-	-	
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fiji	23.000	-	-	-	-	-	-	-	
Filipinas	1.900.000	-	-	-	-	-	-	-	
Gabón	64.000	18.000	12.000	25.000	28.000	45.000	8.000	-	
Gambia	72.000	2.800	1.400	6.500	26.000	53.000	6.600	87	
Georgia	68.000	-	-	-	-	-	-	-	
Ghana	1.100.000	160.000	120.000	210.000	500.000	790.000	150.000	76	
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	380.000	-	-	-	-	-	-	-	
Guinea	440.000	59.000	34.000	120.000	160.000	330.000	47.000	73	
Guinea Ecuatorial	45.000	4.100	2.500	6.400	20.000	31.000	5.500	-	
Guinea-Bissau	110.000	9.700	7.700	12.000	46.000	81.000	16.000	97	
Guyana	30.000	-	-	-	-	-	-	13	
Haití	440.000	-	-	-	-	-	-	86	
Honduras	150.000	-	-	-	-	-	-	108	
India	31.000.000	-	-	-	-	-	-	72	
Indonesia	4.700.000	-	-	-	-	-	-	-	

## OBJETIVO 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida

### Niños huérfanos y vulnerables

	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2009	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida, 2009			Niños cuya madre ha muerto debido a cualquier causa, 2009	Niños cuyo padre ha muerto debido a cualquier causa, 2009	Niños cuyo padre y madre han muerto debido a cualquier causa, 2009	Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos (2005-2009)**	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo (2005-2009)**
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado					
Irán (República Islámica del)	1.200.000	-	-	-	-	-	-	-	
Iraq	-	-	-	-	-	-	84	-	
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamahiriyá Árabe Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	73.000	-	-	-	-	-	-	15	
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kazajstán	420.000	-	-	-	-	-	-	-	
Kenya	2.600.000	1.200.000	980.000	1.400.000	1.300.000	1.700.000	460.000	-	21
Kirguistán	140.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	200.000	130.000	110.000	160.000	120.000	130.000	49.000	-	-
Líbano	70.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	340.000	52.000	34.000	76.000	150.000	250.000	60.000	85	-
Madagascar	910.000	11.000	9.300	14.000	340.000	660.000	93.000	-	-
Malasia	450.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	1.000.000	650.000	540.000	780.000	510.000	690.000	180.000	97	19
Maldivas	7.300	-	-	-	-	-	-	-	-
Malí	690.000	59.000	36.000	93.000	280.000	500.000	93.000	87	-
Marruecos	650.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauricio	19.000	<1.000	<500	<1.000	3.300	16.000	<1.000	-	-
Mauritania	120.000	3.600	2.700	4.800	44.000	91.000	12.000	66 p	-
México	1.500.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	67.000	-	-	-	-	-	-	96 p	-
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	2.100.000	670.000	-	-	980.000	1.500.000	390.000	89	22
Myanmar	1.600.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibia	120.000	70.000	50.000	96.000	60.000	76.000	19.000	100	17
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	650.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	120.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	970.000	57.000	47.000	68.000	340.000	760.000	120.000	67	-
Nigeria	12.000.000	2.500.000	1.800.000	3.100.000	5.400.000	8.300.000	2.000.000	117	6
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	41.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	4.200.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	53.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	260.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	150.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú	550.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	14.000	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	370.000	140.000	110.000	180.000	180.000	270.000	77.000	96	7
República de Corea	280.000	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	79.000	-	-	-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	-	-	350.000	510.000	-	-	-	77	9
República Dominicana	190.000	-	-	-	-	-	-	77	-
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Popular Democrática Lao	220.000	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	3.000.000	1.300.000	1.100.000	1.500.000	1.400.000	2.100.000	520.000	97	7
Rumania	290.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	690.000	130.000	98.000	180.000	320.000	490.000	110.000	82	13
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Senegal	520.000	19.000	15.000	25.000	190.000	380.000	50.000	83	-
Serbia	94.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## OBJETIVO 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida

### Niños huérfanos y vulnerables

	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2009	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida, 2009			Niños cuya madre ha muerto debido a cualquier causa, 2009	Niños cuyo padre ha muerto debido a cualquier causa, 2009	Niños cuyo padre y madre han muerto debido a cualquier causa, 2009	Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos (2005-2009)**	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo (2005-2009)**
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado					
Sierra Leona	320.000	15.000	9.200	26.000	120.000	230.000	37.000	62	1
Singapur	17.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	630.000	–	–	–	–	–	–	78	–
Sri Lanka	340.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	3.400.000	1.900.000	1.600.000	2.400.000	1.800.000	2.300.000	670.000	–	–
Sudán	2.000.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Surinam	12.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Swazilandia	100.000	69.000	55.000	86.000	56.000	66.000	21.000	97	41
Tailandia	1.400.000	–	–	–	–	–	–	93	21
Tayikistán	220.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Territorio Palestino Ocupado	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	240.000	66.000	47.000	89.000	92.000	180.000	25.000	94	6
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	25.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Túnez	130.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	1.200.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	810.000	–	–	–	–	–	–	98	–
Uganda	2.700.000	1.200.000	1.000.000	1.400.000	1.300.000	1.900.000	470.000	96	11
Uruguay	49.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	780.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	1.400.000	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	1.300.000	690.000	570.000	810.000	690.000	890.000	290.000	92	19
Zimbabwe	1.400.000	1.000.000	910.000	1.200.000	840.000	880.000	370.000	95	21

#### RESUMEN DE INDICADORES<sup>†</sup>

<b>África</b>	59.000.000	14.900.000	12.900.000	17.100.000	26.400.000	42.000.000	9.300.000	93	–
<b>África subsahariana<sup>a/</sup></b>	56.100.000	14.900.000	12.900.000	17.100.000	25.500.000	39.600.000	9.100.000	93	–
África oriental y meridional	27.600.000	10.100.000	8.900.000	11.500.000	13.300.000	19.200.000	4.900.000	92	–
África occidental y central	26.400.000	4.700.000	3.600.000	5.700.000	11.500.000	19.000.000	4.100.000	94	–
<b>Oriente Medio y África del Norte</b>	6.400.000	86.000	63.000	110.000	2.100.000	4.800.000	470.000	–	–
<b>Asia</b>	71.400.000	1.100.000	890.000	1.100.000	21.800.000	54.900.000	5.300.000	74 **	–
Asia meridional	41.000.000	570.000	480.000	660.000	14.300.000	30.100.000	3.400.000	73	–
Asia oriental y el Pacífico	30.500.000	490.000	350.000	550.000	7.500.000	24.800.000	1.800.000	–	–
<b>América Latina y el Caribe</b>	9.800.000	440.000	380.000	500.000	2.100.000	8.200.000	510.000	–	–
<b>ECE/CEI</b>	7.300.000	75.000	61.000	93.000	1.300.000	6.300.000	410.000	–	–
Países de bajos y medianos ingresos <sup>b/</sup>	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países en desarrollo <sup>b/</sup>	145.000.000	16.400.000	14.300.000	18.700.000	51.400.000	109.000.000	15.400.000	81 **	–
<b>Mundo</b>	153.000.000	16.600.000	14.400.000	18.800.000	52.300.000	119.000.000	17.800.000	–	–

#### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Niños que han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, por todas las causas:** Número estimado de niños (0 a 17 años) que en 2009 habían perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, por cualquier causa.

**Niños que han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, a causa del sida:** Número estimado de niños (0 a 17 años) que en 2009 habían perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, debido al sida.

**Niños cuyo padre o madre ha muerto por cualquier causa:** Número estimado de niños (0 a 17 años) que en 2009 habían perdido a su padre/madre biológicos por cualquier causa.

**Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa:** Número estimado de niños (0 a 17 años) que en 2009 habían perdido a sus dos progenitores por cualquier causa.

**Tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos:** Porcentaje de niños (10 a 14 años) que han perdido a sus dos progenitores biológicos y asisten a la escuela, como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que viven, al menos, con uno de sus progenitores y asisten a la escuela.

**Porcentaje de niños cuyos hogares recibieron ayuda externa:** Porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables cuyos hogares recibieron, sin costo alguno, ayuda externa básica para el cuidado del niño.

#### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Niños que han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, por todas las causas:** ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del sida de 2010*.

**Niños que han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, a causa del sida:** ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del sida de 2010*.

**Niños cuyo padre o madre ha muerto por cualquier causa:** Estimaciones de ONUSIDA, 2010.

**Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa:** Estimaciones de ONUSIDA, 2010.

**Tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos:** Base mundial de datos de UNICEF, 2010.

**Porcentaje de niños cuyos hogares recibieron ayuda externa:** Base mundial de datos de UNICEF, 2010.

#### NOTAS

– No se dispone de datos.

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

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

p La proporción de niños huérfanos (10 a 14 años) que asisten a la escuela se basa en pequeños denominadores (normalmente 25–49 casos no ponderados).

† Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

a/ Incluidos Djibouti y el Sudán.

b/ Algunas estimaciones para África oriental y meridional y África occidental y central no equivalen a los totales para África subsahariana debido al redondeo.

Hasta julio de 2007, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos 149 países forman la base del análisis de los datos en la publicación de la OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2010*. Países en desarrollo es una clasificación de UNICEF que se publica anualmente en el informe *Estado Mundial de la Infancia*.



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
3 United Nations Plaza  
Nueva York, NY 10017, Estados Unidos  
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

Fondo de Población de las Naciones Unidas  
220 East 42nd Street, 23rd Fl.  
Nueva York, NY 10017, Estados Unidos  
Tel.: (+1 212) 297-5146  
www.unfpa.org

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura  
7, place de Fontenoy  
75352 Paris 07 SP, Francia  
Tel.: +33 (0)1 45 68 10 00  
bpi@unesco.org  
www.unesco.org

Sírvase visitar el sitio web de **Únete por la niñez, únete con la juventud, únete para vencer al sida:**  
[www.uniteforchildren.org](http://www.uniteforchildren.org) o envíenos un correo a: [aidscampaign@unicef.org](mailto:aidscampaign@unicef.org)

**US\$15.00**  
**No. de ventas: S.10.XX.9**



© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
(UNICEF)  
Noviembre de 2010



Escanear este código QR para  
acceder a la página web de las  
publicaciones de UNICEF, o visitar  
[www.unicef.org/publications](http://www.unicef.org/publications)