



La infancia y el SIDA

Un inventario de la situación

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



La infancia y el SIDA

Un inventario de la situación

Medidas y progresos durante
el primer año de

Únete por la niñez,

Únete con la juventud,

Únete para vencer al SIDA

Las citas que aparecen en este informe representan el punto de vista de los individuos citados y no necesariamente los puntos de vista de UNICEF.

ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, coordina las actividades y recursos de 10 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en las tareas de respuesta mundial al SIDA. Los copatrocinadores son ACNUR, Banco Mundial, OIT, OMS, ONUDD, PMA, PNUD, UNESCO, UNFPA y UNICEF. Con sede en Ginebra, la secretaría de ONUSIDA realiza su labor en más de 75 países.



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

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**

ÍNDICE

| | |
|------------------|---|
| Página 2 | Introducción |
| Página 4 | Obtener resultados en favor de la infancia |
| Página 5 | Programas en favor de la infancia: Las “Cuatro P” |
| Página 6 | Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo |
| Página 9 | Proporcionar tratamiento pediátrico |
| Página 13 | Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes |
| Página 16 | Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA |
| Página 19 | Recursos para la infancia |
| Página 20 | Un enfoque integrado |
| Página 22 | Un llamamiento a la acción |
| Página 25 | Hacia un acceso universal |
| Página 26 | Notas |
| Página 28 | Tablas estadísticas |

INTRODUCCIÓN

El SIDA está redefiniendo e significado mismo del concepto de la infancia para millones de niños y niñas, privándoles de muchos de sus derechos humanos: del cuidado, el amor y el afecto de sus progenitores; de sus maestros y sus modelos de conducta; de su educación y sus posibilidades para el futuro; de la protección que necesitan contra la explotación y el abuso. El mundo debe actuar ahora, urgente y decisivamente, para asegurar que la próxima generación de niños esté libre del SIDA.

— UNICEF, Llamado a la acción: niños y niñas, la cara oculta del SIDA¹

Veintidós años después del comienzo de la epidemia del SIDA, los niños y las niñas expuestos a esta amenaza siguen corriendo un grave peligro. Se calcula que 2,3 millones de niños y niñas menores de 15 años están infectados con el VIH, 15,2 millones de niños y niñas menores de 18 años han perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA, y millones más son vulnerables a esta enfermedad. Los riesgos que revelan estas estadísticas son numerosos, ya que los niños y niñas afectados por el SIDA están expuestos a la pobreza, la falta de hogar, el abandono escolar, la discriminación, la pérdida de oportunidades en la vida y una muerte prematura.

Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA inició su andadura en octubre de 2005 con el objetivo de que el "rostro oculto" de los niños y las niñas fuese un elemento central de las iniciativas mundiales contra el VIH/SIDA. Un año después, la respuesta del mundo para proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el SIDA sigue siendo trágicamente insuficiente. Sin embargo, las cosas están comenzando a cambiar de una forma importante y positiva.

Este informe es un inventario de las medidas y cambios más importantes en favor de los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA durante el primer año de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*. Entre otras cuestiones, el informe indica que, en 2006, el tema de la infancia y el SIDA se integró más claramente en los marcos nacionales de política –entre ellos, los planes nacionales de acción y los documentos de estrategia para reducción de la pobreza– de por lo menos 20 países de África subsahariana. La publicación afirma que hay un número cada vez mayor de niños y niñas que reciben en la actualidad tratamiento como resultado de una mejora en las pruebas de detección; asimismo, se ha producido un descenso en los precios de los medicamentos y ha aumentado la preparación de formulaciones más simples. El informe revela que el cambio de comportamiento en varios países se ha traducido en un descenso de la prevalencia del VIH entre los jóvenes. Y la disparidad entre los huérfanos y los no huérfanos en el acceso a la educación se ha reducido en varios países.

Durante el año pasado, se ha otorgado un reconocimiento mayor y más amplio a la necesidad de intensificar y acelerar las medidas en favor del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo integrales. Los Jefes de Estado y de Gobierno –y sus representantes– que participaron en la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA, celebrada del 31 de mayo al 2 de junio de 2006 en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, reafirmaron su compromiso con este objetivo para 2010.

También existe una comprensión mejor de la importancia decisiva que supone lograr las metas establecidas durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001) para lograr el objetivo de un acceso universal en la medida de lo posible, así como las metas en pro de la infancia articuladas en las cuatro esferas programáticas de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) –especialmente el ODM 6, que consiste en detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015– no se alcanzarán si no se integran los enfoques relativos a la infancia y al SIDA con los enfoques relacionados con la salud y la supervivencia infantiles.

Sin embargo, todavía existen grandes disparidades en esta marcha hacia el progreso:

- Solamente 1 de cada 10 mujeres embarazadas y con VIH que viven en los países de bajos y medianos ingresos reciben profilaxis antirretroviral (ARV) para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo.
- Solamente 1 de cada 10 niños y niñas recibe el tratamiento antirretroviral (ARV) que necesita. Los demás tienen por delante un futuro aciago y muy corto.
- Como mucho, 1 de cada 25 niños y niñas nacidos de madres infectadas por VIH recibe profilaxis con cotrimoxazol para evitar infecciones oportunistas que pueden ser mortales.
- Los niños y niñas que han perdido a ambos progenitores –debido al SIDA o a cualquier otra causa– tienen menos posibilidades de ir a la escuela que los no huérfanos.
- Menos de uno de cada tres jóvenes de África subsahariana tiene el conocimiento amplio sobre el VIH necesario para protegerse del virus.

Este informe procura determinar las tendencias apreciables (por medio de una medición de datos nuevos y datos existentes) en relación a la base de referencia que se utiliza aquí por primera vez en las esferas de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, la administración de tratamiento pediátrico, la prevención de la infección entre los adolescentes y los jóvenes, y la protección y la ayuda a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA, es decir, las “Cuatro P”.

Seguimiento del progreso de las “Cuatro P”

Uno de los principales objetivos de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* es reflejar con mayor precisión la situación de la infancia y el SIDA y establecer una base de referencia para medir los progresos en favor de la infancia, así como definir las deficiencias en la respuesta. UNICEF y ONUSIDA han trabajado coordinadamente con gobiernos nacionales y otros asociados para establecer un conjunto básico de indicadores que puedan utilizarse para registrar los progresos de las “Cuatro P” en el plano nacional. Las estimaciones y los indicadores aprobados sobre la infancia y el SIDA se han recopilado en una serie de tablas estadísticas a partir de la página 28 de este informe.



© UNICEF/HD05-1406/CHRISTINE NESBITT

Además, este informe analiza los progresos en favor de la implantación de una serie de estrategias de ayuda que se consideran decisivas en una respuesta enfocada hacia la infancia. El informe procura ilustrar con algunos ejemplos la forma en que *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* ha servido de promesa y ha revelado su importancia, así como otros en que no ha logrado impulsar la movilización mundial, regional y nacional necesaria para abordar los problemas que sufren los niños y niñas afectados por el SIDA. El informe analizará en qué medida *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* tiene que avanzar durante el próximo año para lograr sus ambiciosos objetivos.

ONUSIDA ofrece una estructura dinámica y flexible para una amplia participación en *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*, basada en los mandatos, las responsabilidades y las ventajas comparativas de cada uno de los miembros de la familia de las Naciones Unidas. En las páginas siguientes se ofrece un reconocimiento de las contribuciones de éstos y de muchos otros aliados a las “Cuatro P”.

OBTENER RESULTADOS EN FAVOR DE LA INFANCIA

“Se reconoció que la situación era desesperada, que nos encontrábamos muy retrasados en todas las esferas decisivas relacionadas con la infancia, y que había llegado el momento de hacer algo sobre este tema de la manera más urgente posible.”

— Stephen Lewis, Ex Enviado especial para el VIH/SIDA en África del Secretario General de las Naciones Unidas, durante la XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA

Ha pasado ya un año desde que se inició *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*. Las respuestas iniciales se pueden apreciar y escuchar de muchas maneras y en muchos contextos: un gran número de personas de todo el mundo y numerosas organizaciones grandes y pequeñas se han hecho eco de la llamada a la acción para lograr una generación libre del SIDA, y han hablado de la infancia como el “rostro oculto” del SIDA. Los niños y niñas afectados por el SIDA son ahora más visibles y se les toma más en serio en los foros mundiales, regionales y nacionales, donde antes habían recibido muy poca atención.

La Declaración Política sobre el VIH/SIDA, aprobada en la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA celebrada en las Naciones Unidas en junio de 2006, mencionó especialmente las necesidades de la infancia y las mujeres que luchan contra la epidemia. Más de dos docenas de reuniones de la XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Toronto en agosto de 2006, estuvieron dedicadas a la infancia y los jóvenes.

Los problemas que supone lograr una generación libre del SIDA siguen siendo enormes. ¿Han acatado los países las numerosas llamadas a la acción? Este informe concluye que, en muchos casos, la respuesta ha sido positiva.

Promoción en la sociedad civil

Durante el año pasado, las organizaciones dedicadas a la promoción se han unido para ayudar a colocar a la infancia en un lugar más destacado del programa internacional sobre el SIDA. Por nombrar sólo algunas, el Movimiento Mundial en favor de la Infancia publicó en 2006 un informe titulado *Saving Lives: Children's right to VIH and SIDA treatment*, en el que pedía a la comunidad internacional que tomara más medidas para ofrecer tratamiento a los niños y niñas con VIH. La Alianza Mundial del SIDA mostró su capacidad de liderazgo estratégico al orientar el debate sobre las políticas en torno al SIDA y realizar campañas basadas en coaliciones. La campaña de la Ecumenical Advocacy Alliance, 'Keep the Promise', responsabiliza a los dirigentes religiosos, a las organizaciones confesionales, a los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales por sus compromisos, y defiende un aumento de las actividades y los recursos para luchar contra el VIH y el SIDA. Una campaña de la Organización de Primeras Damas Africanas contra el VIH/SIDA se centra en los adultos y su función como protectores y guardianes de la infancia.

PROGRAMAS EN FAVOR DE LA INFANCIA: LAS “CUATRO P”

“La campaña tiene que ofrecer ahora resultados en la esfera de las ‘Cuatro P’. Hay un programa claro y tenemos que transformarlo en acción en los países.”

*— Peter Piot,
Director Ejecutivo,
ONUSIDA*

Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA ofrece un marco para la creación de programas nacionales sobre el SIDA en torno a las “Cuatro P”: una serie de imperativos urgentes para prevenir la transmisión del VIH de madre a 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. Los progresos en estas esferas supondrán un cambio real en las vidas y las oportunidades vitales de los niños y niñas afectados por el SIDA. Contribuirán al logro del ODM 6 –detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA a partir de 2015–, así como al de los otros ODM.

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

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



© UNICEF/H004-1224/GIA COMO PIROZZI

PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO

“Creemos que el acceso universal a la prevención de la transmisión de madre a hijo es una necesidad que debe resolverse ahora mismo.”

— **Leslie Ramsammy,**
Ministra de Salud,
Guyana

Objetivo: Para 2010, ofrecer servicios apropiados al 80% de las mujeres necesitadas

Los progresos en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo reflejan un deseo por parte de los gobiernos y de los aliados de actuar decisivamente para acelerar la adopción de medidas en los países.

La urgencia es clara. Alrededor de 530.000 niños contrajeron por primera vez el VIH en 2006, principalmente a través de la madre². Sin tratamiento, uno de cada dos recién nacidos infectados morirá antes de cumplir 2 años³.

Los conocimientos aplicados en los países de altos ingresos han generado ya un descenso pronunciado en la tasa de transmisión, a alrededor de un 2%⁴. Las reducciones se producen por medio de medidas esenciales, como establecer un censo de las mujeres embarazadas infectadas por VIH mediante pruebas de detección sistemáticas, inscribiéndolas en programas para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, asegurando que los sistemas de salud puedan proporcionar regímenes antirretrovirales eficaces, y prestando apoyo a las mujeres para que sus hijos reciban una alimentación óptima y sin riesgos.

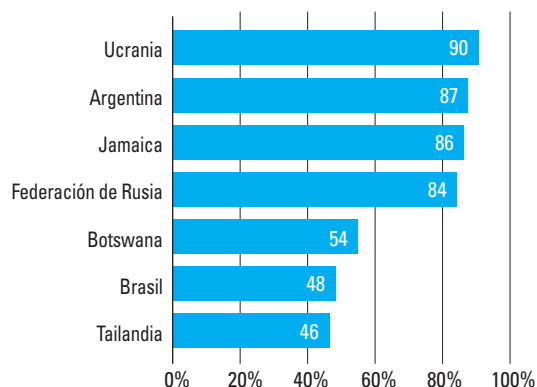
Situaciones y tendencias

Una de cada 10 mujeres jóvenes embarazadas que viven en las capitales de África subsahariana están infectadas por VIH, y alrededor de uno de cada tres niños nacidos de mujeres infectadas por VIH contraerán el virus⁵. De los países que presentan estos datos, las tasas de infección son más elevadas en Botswana (Gaborone) y Swazilandia (Mbabane), donde una de cada tres mujeres jóvenes embarazadas está infectada, y en Lesotho (Maseru) y Sudáfrica (Pretoria), donde lo está una de cada cuatro⁶.

Aumentar la escala de los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo sigue siendo problemático. Se calcula que solamente el 9% de las mujeres embarazadas y con VIH en los países de bajos y medianos ingresos recibieron en 2005 profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión del VIH a sus hijos, un aumento con respecto al 3% que se registraba en 2003⁷.

Solamente siete países donde estos datos de 2005 estaban disponibles ofrecen profilaxis antirretroviral a más del 40% de las mujeres embarazadas infectadas con VIH (véase el gráfico 1 en la página 7). Excepto Botswana, todos los demás países se encuentran fuera de África subsahariana, la región más afectada.

Gráfico 1: Países donde al menos el 40% de las mujeres embarazadas y con VIH recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos, 2005



Nota: Dos países informaron que por lo menos el 40% de las mujeres embarazadas infectadas con VIH recibieron antes de 2005 antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo: Belarús (más del 60%) y Surinam (44%).

Fuente: UNICEF y la OMS en nombre del Grupo de Tareas Interinstitucional para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo, 'A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006' (de próxima publicación).

Sin embargo, en algunos países de alta prevalencia de África oriental y meridional (Namibia, Rwanda, Sudáfrica y Swazilandia), las tendencias en el acceso a los antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo están comenzando a mostrar aumentos considerables (véase el gráfico 2).

Los progresos se pueden atribuir en parte a un enfoque descentralizado en el que las estructuras –como los equipos de gestión de la salud distritales, regionales y provinciales– son responsables de la planificación, aplicación y seguimiento de los servicios de transmisión de madre a hijo, entre ellos la capacitación de los prestadores de servicios.

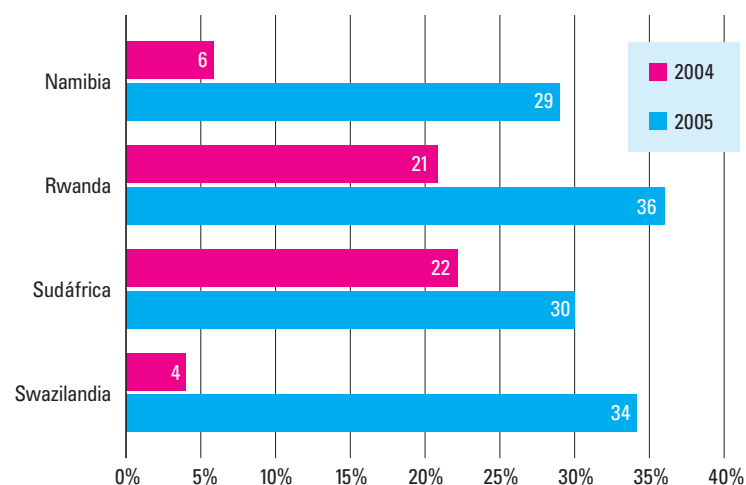
Otro factor de éxito es compromiso político manifiesto. Hasta la fecha, más de 100 países examinados por UNICEF en nombre del Grupo de Tareas Interinstitucional para la prevención de la transmisión del HIV de la madre al hijo han establecido programas nacionales de prevención de la transmisión de madre a hijo.

En algunos países, los programas han pasado de ocuparse de la atención de los individuos infectados a ocuparse de la atención de toda la familia. Varios países han adoptado el modelo de atención MTCT-Plus –un conjunto de medidas de prevención, cuidado, apoyo y tratamiento del VIH para madres, niños y sus familias, que utiliza como punto de iniciación la prevención de la transmisión de madre a hijo–, entre ellos nueve países que reciben asistencia de la Columbia University Mailman School of Public Health, que fue la pionera en este enfoque⁸.

Mothers 2 Mothers (m2m) es un programa innovador, basado en los establecimientos de salud, que se lleva a cabo en 73 instituciones de Botswana, Etiopía y Sudáfrica por medio de la educación y la habilitación para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo, combatir el estigma en las familias y las comunidades, y mantener vivas a las madres asegurando el cumplimiento estricto del tratamiento. El m2m capacita y emplea a las madres infectadas con VIH como educadoras de otras madres –“madres tutoras”– y trabaja con organizaciones no gubernamentales locales para crear un modelo que pueda integrarse en las actividades nacionales de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en África subsahariana.

En agosto de 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó unas directrices revisadas sobre la prevención de la infección por VIH en la infancia que incluyen regímenes antirretrovirales más eficaces, así como atención y tratamiento a las madres con VIH⁹. En noviembre de 2006, la OMS y ONUSIDA publicaron el borrador de unas directrices sobre la provisión de orientación y pruebas de detección sistemáticas del VIH iniciadas por el proveedor, y que están basadas en un proceso de consultas en marcha¹⁰.

Gráfico 2: Porcentaje de mujeres embarazadas y con HIV que recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos, 2004–2005 (países seleccionados)



Fuente: UNICEF y la OMS en nombre del Grupo de Tareas Interinstitucional para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo, 'A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006' (de próxima publicación), y 'PTMC Report Card 2005: Monitoring Progress on the Implementation of Programmes to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV, diciembre de 2005.

Mediante el apoyo a programas nacionales y como parte de la alianza internacional contra el SIDA, el **Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA (PEPFAR)** informa que hasta septiembre de 2006 evitó que 101.500 recién nacidos contrajeran la infección, al prestar asistencia a los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo para las mujeres en el caso de más de 6 millones de embarazos y ofrecer profilaxis antirretroviral a las mujeres en el caso de 533.300 embarazos.

Hacia la eliminación del VIH en la infancia

En diciembre de 2005 se llevó a cabo en Abuja (Nigeria) el Foro Mundial de Asociados para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. La reunión concluyó con un llamamiento a la acción para que los gobiernos y asociados nacionales apoyaran las medidas necesarias para eliminar el VIH entre los recién nacidos y entre los niños en la primera infancia.

El llamamiento de Abuja ha sido un catalizador real, y las reuniones regionales de seguimiento de la prevención de la transmisión de madre a hijo, celebradas en Kampala (Uganda) en abril de 2006 y en Nairobi (Kenya) en junio de 2006, reflejaron un nuevo impulso en el fomento de alianzas en torno a esta cuestión. La reunión de Kampala dio seguimiento a una resolución de los ministros de salud de la Secretaría de la Comunidad de Salud de África oriental, central y meridional sobre el fortalecimiento de los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo en la región. Se definieron esferas programáticas fundamentales y necesidades de apoyo técnico para acelerar la ampliación de la escala. La reunión de Nairobi trató de fomentar la capacidad de un grupo básico de expertos regionales para que ayuden a los países a adaptar y aplicar un conjunto estandarizado de capacitación sobre la prevención de la transmisión de madre a hijo.



© UNICEF/H004-1201/ANMI VITALE

La Fundación Elizabeth Glaser sobre el SIDA pediátrico ofreció orientación y pruebas de detección en 2005 a más de 658.500 mujeres, y profilaxis antirretroviral a más de 52.200 mujeres en 17 países. Hasta septiembre de 2006, cerca del 9% de las personas a quienes presta apoyo la Fundación son niños. Su objetivo es aumentar esta cifra hasta el 15% mediante una mejora en la identificación de los niños enfermos, la integración del tratamiento pediátrico en los centros de antirretrovirales existentes y el fortalecimiento del seguimiento y la evaluación.

PROPORCIONAR TRATAMIENTO PEDIÁTRICO

“Tenemos los instrumentos. Tenemos los conocimientos técnicos. Simplemente tenemos que encontrar una manera de prestar asistencia a los cientos de millones de niños que necesitan inmediatamente el tratamiento.”

**— Mark Kline, Presidente,
Iniciativa Internacional Pediátrica
Baylor sobre el SIDA**

Objetivo: Para 2010, ofrecer tratamiento antirretroviral o cotrimoxazol, o ambos, al 80% de los niños necesitados

Alrededor de 2,3 millones de niños y niñas menores de 15 años viven con el VIH¹¹. El virus avanza rápidamente en la infancia, ya que se calcula que una tercera parte de los recién nacidos han muerto antes de cumplir un año, y la mitad al cumplir los dos años¹². Sólo en 2006, alrededor de 380.000 niños y niñas murieron por motivos relacionados con el SIDA¹³. La gran mayoría de estas muertes se habrían podido evitar o bien mediante el tratamiento con antibióticos de las infecciones oportunistas, o bien por medio de tratamiento antirretroviral.

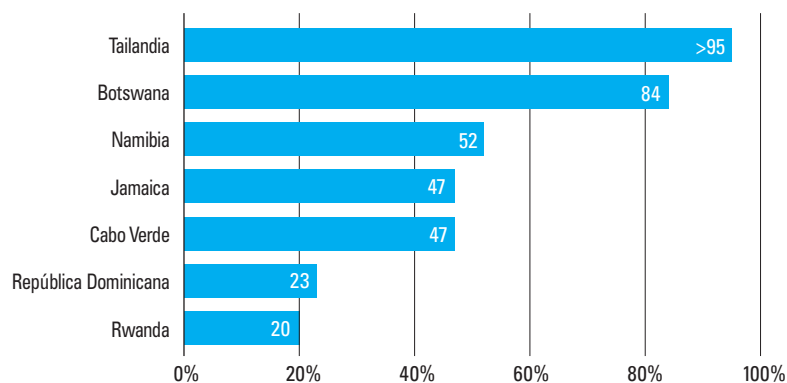
La OMS recomienda que se administre cotrimoxazol a los niños y niñas infectados por VIH, así como a los nacidos de madres infectadas por VIH cuando no está disponible un diagnóstico temprano de la infección. Los cálculos indican que el número de niños y niñas expuestos al VIH o infectados por VIH en 2005 alcanzó los 4 millones. Esta cifra podría haberse reducido a la mitad si en todos los países se diagnosticara la infección por VIH y se administrara el cotrimoxazol únicamente a los niños y niñas infectados¹⁴. De los 2,3 millones de niños y niñas infectados por VIH, se calcula que 780.000 necesitaban en 2005 tratamiento antirretroviral¹⁵.

Situación y pautas

En el plano mundial, UNICEF, la OMS y otros aliados calculan que en 2005 solamente el 4% de los niños y niñas que lo necesitaban recibieron profilaxis a base de cotrimoxazol¹⁶, y solamente alrededor de 75.000 niños y niñas –el 10% de todos los que lo necesitaban– tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral¹⁷.

Solamente en siete de los países donde había datos disponibles para 2005 se trataba con antirretrovirales a por lo menos el 20% de los niños y niñas que lo necesitaban (véase el gráfico 3). Pero solamente cuatro de estos países –Botswana, Cabo Verde, Namibia y Rwanda– se encuentran en África subsahariana, donde la carga del VIH es mayor (véase el gráfico 4 en la página 10).

Gráfico 3: Países donde por lo menos el 20% de los niños y niñas menores de 15 años recibieron tratamiento antirretroviral, 2005



Fuente: UNICEF y la OMS en nombre del Grupo de Tareas Interinstitucional para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo, "A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006" (de próxima publicación).

Los datos nacionales sobre la atención y el tratamiento pediátricos son limitados debido a que la mayoría de los países no han incorporado todavía los indicadores específicos clave en sus sistemas nacionales de seguimiento, o lo están haciendo en este momento. Sin embargo, parece haber un impulso para hacerlo, aunque desde una base del tratamiento muy baja. Y debido a un aumento considerable en el enfoque hacia el tratamiento pediátrico durante los últimos 12 meses, se espera que los datos de 2006 muestren un aumento importante en el número de niños y niñas que reciben tratamiento.

Ampliación del tratamiento

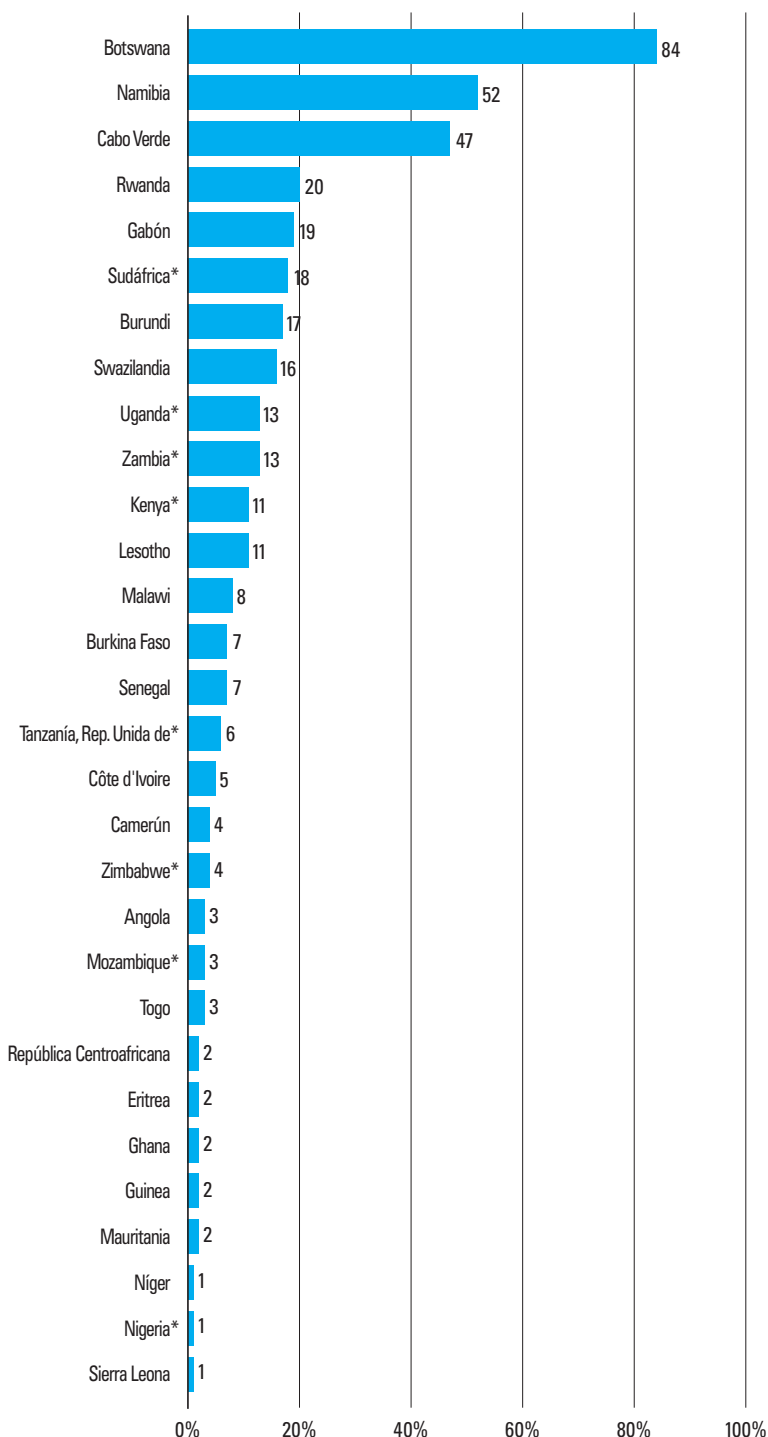
Varios países –entre ellos Botswana, la India, Rwanda, Sudáfrica, Tailandia, Uganda, Tanzania y Zambia– han conseguido ampliar el tratamiento del VIH para los niños y niñas, integrándolo en los lugares de tratamiento para adultos. Algunos países –Uganda, Tanzania y Zambia– han mejorado el proceso de identificación de los recién nacidos infectados por VIH para proporcionarles tratamiento antes de que sufran una grave enfermedad, sometiendo a los niños enfermos a las pruebas sistemáticas de detección de la infección por VIH.

Varios países han empleado pruebas innovadoras para la detección temprana del VIH en la infancia. En Botswana, por ejemplo, se inició en 2005 la utilización de papel filtro para obtener gotas sangre seca a fin de facilitar las pruebas de detección virológicas del VIH entre los niños y niñas expuestos; las gotas se obtienen en las clínicas y hospitales y se envían a un laboratorio centralizado para su análisis¹⁸. Los médicos y enfermeros han comenzado a capacitarse con miras a ampliar este enfoque por todo el país.

“Con la gota de sangre seca hemos podido diagnosticar ahora a los niños mucho antes de lo que solíamos, a los 18 meses. Por ello, lo que estamos haciendo ahora es ampliarlo a todos los distritos.”

– **Sheila Tlou, Ministra de Salud, Botswana**

Gráfico 4: Porcentaje de niños menores de 15 años que necesitan tratamiento antirretroviral en África subsahariana, 2005



Nota: Los porcentajes en Chad, Comoras, Congo, Gambia, Madagascar y la República Democrática del Congo* son de menos de 1. Los países con un asterisco (*) y la India representaron aproximadamente dos tercios de todas las transmisiones de madre a hijo del VIH en 2005.

Fuente: UNICEF y la OMS en nombre del Grupo de Tareas Interinstitucional para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo, "A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006" (de próxima publicación).



© UNICEF/H005-1903/DONNA DECESARE

La India y Rwanda han preparado planes para la ampliación de la escala de la atención y el tratamiento pediátricos, que han formado la base de la planificación estratégica, la aplicación de fondos y la asignación de recursos. Zimbabwe ha reexaminado la tarjeta de salud infantil para obtener más eficazmente la información relacionada con el VIH, y otros países siguen esta misma tendencia.

En **Rwanda**, las conferencias nacionales que se celebraron en 2005 y 2006 sobre tratamiento pediátrico, atención y ayuda a los niños y niñas infectados y afectados por el VIH/SIDA resultaron en un compromiso para integrar plenamente a la infancia en la respuesta nacional contra el SIDA y una serie de recomendaciones básicas sobre la infancia y el SIDA para el plan de acción nacional de 2007. Las conferencias fueron organizadas por la Comisión Nacional para el Control del SIDA, con el Presidente Paul Kagame como patrocinador. Rwanda es el primer país que celebra evaluaciones nacionales anuales sobre la infancia y el SIDA.

Aumento del compromiso

El sentimiento de urgencia en torno a las cuestiones que rodean el tratamiento pediátrico del VIH ha aumentado, debido en parte a la promoción realizada por organizaciones como el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, PEPFAR, el Banco Mundial y grupos de la sociedad civil.

También ha aumentado el nivel de compromiso de una serie de individuos y organizaciones. En septiembre de 2006, los Gobiernos del Brasil, Chile, Francia, Noruega y el Reino Unido presentaron la iniciativa UNITAID, una institución para la adquisición de medicamentos financiada mediante gravámenes a los viajes aéreos internacionales y otros mecanismos similares. Los fondos generados por medio de UNITAID se utilizan para suministrar medicamentos antirretrovirales pediátricos y diagnósticos a los gobiernos comprometidos con la ampliación del tratamiento. Hasta la fecha se han recaudado ya 35 millones de dólares. La Fundación Clinton coordinará la distribución de los productos relacionados con el tratamiento pediátrico del VIH.

Los precios de los medicamentos antirretrovirales para la infancia se han reducido considerablemente durante los últimos 12 a 18 meses. Por ejemplo, la Iniciativa sobre el VIH/SIDA de la Fundación Clinton negoció una reducción para que el costo de los antirretrovirales en el tratamiento pediátrico fuera menos de 0,16 dólares al día, o 60 dólares al año, lo que contribuyó a estimular la competencia en la fabricación de formulaciones pediátricas¹⁹.

Desde abril de 2005, la Iniciativa Pediátrica de la **Iniciativa sobre el VIH/SIDA de la Fundación Clinton (CHAI)** ha prestado asistencia a 16 países en el tratamiento de 10.000 niños y niñas, duplicando el número de los que reciben tratamiento fuera del Brasil y Tailandia. La Iniciativa trata de conseguir que otros 100.000 niños y niñas de 35 países reciban antirretrovirales a finales de 2007. CHAI trabaja con varios gobiernos para fortalecer el diagnóstico y distribuir antirretrovirales entre la población infantil por medio de capacitación en recursos humanos y una mejora en la infraestructura de los laboratorios.

En la actualidad hay varios medicamentos disponibles en formulaciones pediátricas de una sola dosis, y Cipla ha fabricado Pedimune[®], una formulación combinada de dosis fija para niños en la primera infancia. Abbot, Bristol-Myers Squibb y otras industrias farmacéuticas han proporcionado también un considerable apoyo financiero a organizaciones como la Iniciativa Internacional Pediátrica Baylor sobre el SIDA, así como para el nuevo Cuerpo Pediátrico del SIDA que se está desplegando para ayudar a aumentar el número de respuestas nacionales al tratamiento pediátrico.

La **Iniciativa Internacional Pediátrica Baylor sobre el SIDA** se inició en 1996 para mejorar las pruebas de detección, la atención, la ayuda, la prevención y la investigación en relación con los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA y sus familias. Hasta octubre de 2006 había proporcionado atención a 12.196 niños y niñas infectados por VIH y distribuido antirretrovirales de acción elevada entre 4.924 niños y niñas por medio de sus clínicas de salud –Centros de excelencia– en África y Europa del Este.

En la actualidad se realizan investigaciones en varias esferas, entre ellas sobre las consecuencias de la oferta sistemática de pruebas de detección para identificar a los recién nacidos infectados por VIH, el cumplimiento del tratamiento, la interrupción estratégica del tratamiento para los niños y niñas en la primera infancia, las consecuencias de regímenes antirretrovirales específicos y los resultados clínicos para niños y niñas en entornos de bajos recursos.

En agosto de 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió unas directrices revisadas sobre la atención y el tratamiento de los niños infectados por VIH y la administración de profilaxis de cotrimoxazol entre los niños y niñas expuestos al VIH o infectados por VIH; estas normas contribuirán a estandarizar la atención en el marco de los programas nacionales²⁰.

Con la colaboración de varios aliados, la **Organización Mundial de la Salud** promueve el acceso universal a la prevención del SIDA, la atención y el tratamiento de la infancia, y trabaja en los planos nacional e internacional para establecer la respuesta del sector de la salud al VIH. La OMS y UNICEF convocan conjuntamente el Grupo de Tareas Interinstitucional para la prevención de la infección por VIH en las mujeres embarazadas, las madres y sus hijos, y la atención, el tratamiento y el apoyo pediátricos (Grupo de Tareas Interinstitucional ampliado sobre la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo). Las directrices integrales de la OMS sobre la transmisión de madre a hijo, sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en la infancia y sobre el uso del cotrimoxazol en los adultos y en los niños, así como los instrumentos operativos que ha preparado para prestar apoyo a la aplicación de programas, la capacitación y la evaluación, han sido fundamentales para facilitar las respuestas nacionales en favor de la infancia. La OMS presta apoyo también a las actividades para definir las necesidades de productos antirretrovirales y para abordar los obstáculos que impiden la reformulación y desarrollo de medicamentos.



© UNICEF/HQ.06-1504/GIACOMO PIROZZI

PREVENIR LA INFECCIÓN ENTRE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES

“Debemos defender y promover un amplio enfoque de la prevención del VIH: un enfoque que esté basado en los derechos, que obtenga información de las pruebas y sea amplio en su naturaleza. Es el único enfoque honesto, que refleja los mejores métodos en el plano internacional.”

— **Steve Kraus, Jefe, Sección VIH/SIDA, UNFPA**

Objetivo: Para 2010, reducir en un 25% el porcentaje de jóvenes que viven con VIH en todo el mundo

La prevención primaria es fundamental para dar una respuesta eficaz a la epidemia del SIDA. No será posible romper la cadena de infecciones si no se llevan a cabo estrategias amplias de prevención a fin de mantener a los adolescentes y a los jóvenes libres de la infección mediante el fomento de su capacidad para evitar comportamientos que les coloquen en una situación de riesgo.

Las nuevas pruebas indican que un descenso en la prevalencia del VIH en Kenya, en las zonas urbanas de Côte d'Ivoire, Malawi y Zimbabwe, y en las zonas rurales de Botswana, se deriva de la adopción de comportamientos sexuales más seguros por parte de los jóvenes²¹.

Se calcula que más de 10 millones de jóvenes de 15 a 24 años están infectados por VIH²². Las tasas de prevalencia son más elevadas en África subsahariana y mayores entre las mujeres jóvenes que entre los hombres jóvenes de la región²³. En Côte d'Ivoire y Kenya, por ejemplo, hay cinco mujeres jóvenes infectadas por cada joven infectado; los coeficientes correspondientes son 4 por cada 1 en Uganda y 3 por cada 1 en varios países, entre ellos Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe²⁴.

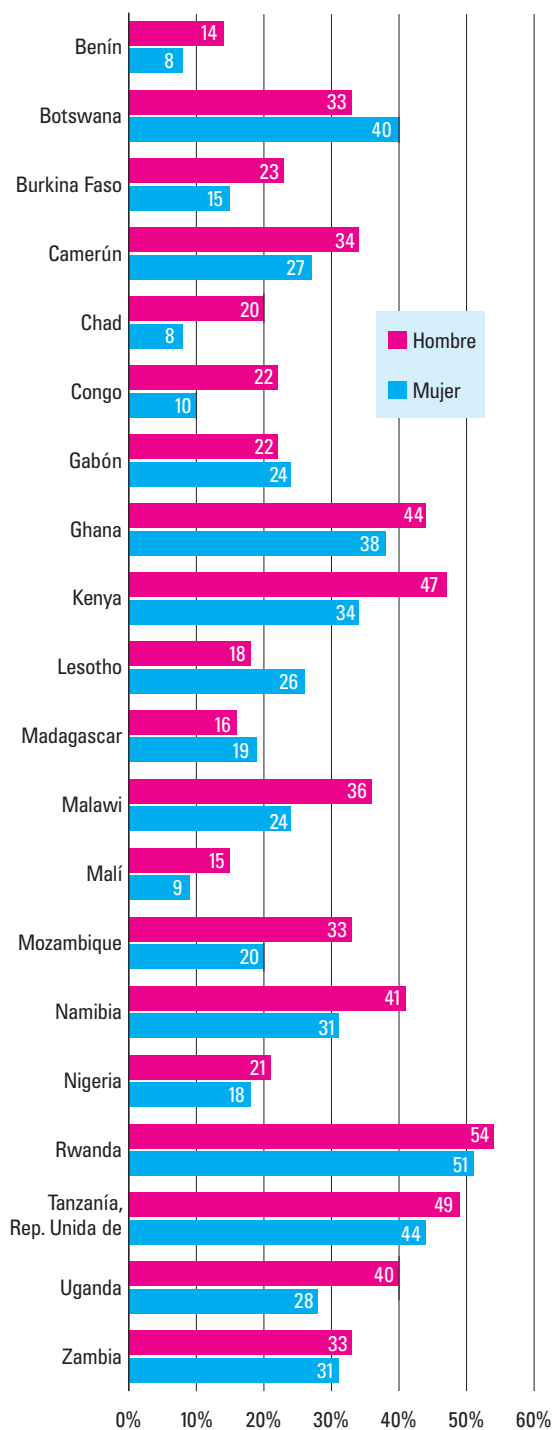
Tendencias en la prevención y un conocimiento más completo

Parece que las actividades de prevención se han intensificado en algunos países. En su *Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA de 2006*, ONUSIDA revela un aumento en las intervenciones amplias de prevención, como por ejemplo la orientación y las pruebas de detección voluntarias, y la educación sobre el VIH en las escuelas²⁵.

En más de 70 países encuestados, las pruebas de detección y la utilización de servicios de orientación aumentaron de apenas 4 millones de personas en 2001 a 16,5 millones en 2005. En 58 de los países encuestados que presentaron informes sobre estos datos de 2005, se ofrecía educación sobre el SIDA en el 74% de las escuelas primarias y en el 81% de las escuelas secundarias²⁶.

Los progresos hacia el objetivo de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* de reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes se analizan utilizando dos indicadores de los ODM: la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años y el porcentaje de la población con un “conocimiento amplio y correcto” del VIH/SIDA. Este conocimiento incluye identificar claramente dos maneras importantes de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y limitar las relaciones sexuales a un compañero fiel y que no esté afectado); rechazar los errores más frecuentes sobre la transmisión del VIH; y saber que una persona que parece sana puede tener el VIH.

Gráfico 5: Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) de África subsahariana que tienen un conocimiento amplio del VIH



Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2007.

Como promedio, solamente el 23% de las mujeres jóvenes y el 31% de los hombres jóvenes encuestados en África subsahariana disponían de estos conocimientos que pueden salvarles la vida, aunque los promedios en cada uno de los países pueden ser mayores o más reducidos (véase el gráfico 5)²⁷.

Por otra parte, las Encuestas Demográficas y de Salud y las Encuestas Múltiples de Indicadores por Conglomerados (MICS) llevadas a cabo entre 1995 y 2003–2004 presentan un panorama más optimista con respecto al conocimiento básico que del SIDA tienen los jóvenes, así como de sus conductas sexuales (véase el recuadro más abajo). Aunque la mayoría de los resultados de estas encuestas son anteriores a *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*, tales resultados subrayan la necesidad de obtener una base estadística de referencia, e indican también que es posible lograr buenos resultados.

Conocimientos y comportamiento de los jóvenes: qué dicen las encuestas²⁸

- Parece que los jóvenes tienen sus primeras relaciones sexuales a una edad más tardía.** Se entrevistó a mujeres de 15 a 24 años en 24 países, en 11 de los cuales se registró un descenso considerable en la proporción de mujeres jóvenes que informaban haber tenido una experiencia sexual antes de cumplir 15 años, y en otros 11 no se produjo un cambio importante. Solamente en Haití y Nigeria se registró un aumento en la proporción de mujeres que informaron haber tenido experiencias sexuales antes de cumplir 15 años. Los resultados para los hombres jóvenes fueron muy similares: de los 12 países encuestados, solamente se produjo un aumento en Haití.
- Parece que la utilización de preservativos aumenta durante las relaciones sexuales de "alto riesgo", o con compañeros sexuales con quienes no tienen una relación marital o de cohabitación.** De 11 países donde se entrevistó dos veces a mujeres y hombres jóvenes, 9 mostraron aumentos importantes en la utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, según informaron las mujeres, y 5 mostraron aumentos importantes, según informaron los hombres. En el resto de los países no se apreciaron cambios entre las encuestas.
- Parece que hay más mujeres jóvenes que tienen relaciones sexuales de alto riesgo, y la utilización de preservativos durante las relaciones sexuales de alto riesgo sigue siendo baja.** Se entrevistó a mujeres de 15 a 24 años en 10 países de África subsahariana. En siete de estos países se produjeron aumentos considerables en el porcentaje de mujeres jóvenes que habían tenido relaciones sexuales durante el último año con compañeros con quienes no hay una relación marital o de cohabitación, y solamente en dos de ellos se registraron descensos: Malawi y Zambia. Las mujeres jóvenes entrevistadas informaron haber utilizado un preservativo con un compañero con quien no tenían una relación marital o de cohabitación solamente en el 26% de los casos, mientras que los hombres jóvenes encuestados dijeron haber utilizado el preservativo durante relaciones sexuales de alto riesgo solamente en el 40% de los casos.

Llegar a los adolescentes y a los jóvenes en mayor situación de riesgo

La importancia de las respuestas en materia de prevención está cambiando, a medida que los agentes más importantes en materia de SIDA –entre ellos el Banco Mundial, la OMS, ONUSIDA, UNFPA y UNICEF– se han unido para prestar una renovada atención a la necesidad de centrar las estrategias en los adolescentes y los jóvenes que se encuentran en mayor situación de riesgo. El consenso alcanzado es que las intervenciones para evitar riesgos entre los grupos vulnerables y en peligro en los países con una escasa prevalencia del VIH y epidemias concentradas son más eficaces que las intervenciones para cambiar la conducta entre la población general.

Las estrategias de prevención incluyen no solamente información, orientación y pruebas de detección voluntarias del VIH, sino también servicios para la reducción de los daños y la prevención de infecciones transmitidas sexualmente, así como una educación basada en enseñanzas para una vida práctica.

Family Health International (FHI) trabaja en más de 60 países para impartir los conocimientos y aptitudes que los jóvenes necesitan para mantener una buena salud y evitar el VIH. La red YouthNet, establecida por FHI, es un programa sobre la salud de la reproducción y realiza actividades de prevención del VIH para los jóvenes. YouthNet ha llevado a cabo investigaciones sobre cuestiones fundamentales y ha difundido información sobre los mejores métodos en todo el mundo. La organización ha proporcionado asistencia técnica en más de 20 países.

Un buen ejemplo de un programa de prevención para niños y niñas en situación de riesgo se lleva a cabo en Punjab (Pakistán), donde departamentos gubernamentales provinciales y ONG acordaron en 2005 trabajar juntos para promover la concienciación sobre los peligros del VIH/SIDA entre los prestadores de servicios, proporcionar información e instrumentos para los jóvenes en situación de riesgo, y asegurar que puedan tener acceso a un especialista. En Siria, el programa “SHOUT”, que comenzó en mayo de 2005, capacita a jóvenes voluntarios como educadores de otros jóvenes de su misma edad sobre

cuestiones como la prevención del VIH, y aborda las deficiencias en los servicios para adolescentes en situación de riesgo en tres gobernaciones. En Ucrania, la estrategia de respuesta incluye prestar una buena atención de la salud a los jóvenes en 10 clínicas gubernamentales repartidas por todo el país.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) trabaja para vincular mejor el SIDA, la salud sexual y de la reproducción y otros temas más amplios de salud pública, desarrollo, género y derechos humanos. UNFPA se centra en la prevención del VIH y trabaja con sus aliados en tres esferas prioritarias: la prevención del VIH entre los jóvenes y los adolescentes, un programa amplio de utilización de preservativos, y la prevención del VIH entre las mujeres y las niñas, con actividades para reducir la violencia de género, fortalecer la participación masculina y proteger y promover los derechos de la mujer. UNFPA encabeza el Equipo de Tareas Interinstitucional sobre los Jóvenes y el VIH/SIDA.



© UNICEF/H005-2009/2/GEORGINA CRANSTON

PROTEGER Y AYUDAR A LOS NIÑOS Y NIÑAS AFECTADOS POR EL VIH/SIDA

“Ha habido alianzas mucho mejores entre los niños y los grupos del SIDA y los temas más amplios de desarrollo que están relacionados: los del bienestar social o la justicia. Y creo que este tipo de alianzas son muy decisivas.”

— Clare Shakya, Asesora de Desarrollo Social y Medios de Vida, Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional

Objetivo: Para 2010, llegar al 80% de los niños y niñas más necesitados

Hasta 2005, se calcula que 15,2 millones de niños y niñas habían perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA. Alrededor del 80% de estos niños y niñas –unos 12 millones– viven en África subsahariana²⁹. Se calcula que en 2010 más de 20 millones de niños y niñas habrán quedado huérfanos debido al SIDA³⁰.

Los huérfanos a causa del SIDA no son los únicos niños y niñas afectados por la epidemia. Hay muchos más que viven con progenitores que están crónicamente enfermos, viven en hogares que han tenido que acoger a huérfanos a causa del SIDA o han perdido a maestros y otros miembros adultos de sus comunidades a causa del al SIDA.

Los huérfanos y los niños y niñas vulnerables corren graves riesgos que ponen en peligro su educación, su salud y su bienestar. Hay veces en que tienen que abandonar la escuela; puede que en sus hogares haya menos alimentos o vestidos para ellos; puede que sufran ansiedad y depresión y sean víctimas de malos tratos. Nuevas y alarmantes investigaciones han descubierto que los huérfanos y los niños y niñas vulnerables corren un mayor riesgo de exposición al VIH que los niños y niñas no afectados³¹.

Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA pide que se lleve a cabo una planificación estratégica nacional para que las comunidades y las familias sean las beneficiarias primarias de una respuesta mundial cada vez mayor en favor de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables.

Los huérfanos, incluidos en los instrumentos nacionales de planificación

Hasta la fecha, por lo menos 20 países de África subsahariana han terminado sus planes nacionales de acción sobre los huérfanos y los niños y niñas vulnerables (véase el recuadro más abajo), y varios países más están a punto de terminarlos y ponerlos en práctica.

Países de África subsahariana con planes nacionales de acción sobre los huérfanos y los niños y niñas vulnerables

| | |
|---------------|--------------------------|
| Benin | Nigeria |
| Burkina Faso | República Centroafricana |
| Côte d'Ivoire | Rwanda |
| Etiopía | Senegal |
| Kenya | Sudáfrica |
| Lesotho | Swazilandia |
| Malawi | Tanzanía, Rep. Unida de |
| Malí | Uganda |
| Mozambique | Zambia |
| Namibia | Zimbabwe |

Los planes nacionales de acción son una primera medida bastante útil, pero su éxito depende de su aplicación. Como promedio, hasta mayo de 2006 solamente se había comprometido el 35% del total de los presupuestos en 14 países donde había disponibles datos sobre la financiación de los planes nacionales de acción³².

En varios países se está tomando en consideración la protección social en los documentos de estrategia para la reducción de la pobreza. En Mozambique, los documentos de estrategia para la reducción de la pobreza entre 2006 y 2009 incluyen metas sobre la asistencia a la escuela y la prevalencia del peso inferior al normal, el apoyo externo a los cuidadores y la creación de un mecanismo de seguimiento. Los documentos de Tanzania para 2005–2010, preparados conjuntamente por la sociedad civil, las ONG y el gobierno local, abordan la vulnerabilidad dentro de un marco general de protección social³³.

Un conjunto de servicios esenciales

Algunas de las recomendaciones del tercer Foro Mundial de Asociados sobre los niños afectados por el VIH/SIDA, celebrado en Londres en febrero de 2006, estaban dedicadas a la esfera de la protección y el apoyo, como la promoción del registro civil y el acceso a los servicios sociales, el apoyo a las medidas de protección social y la eliminación de los costos escolares y los costos indirectos de la educación.

Un conjunto mínimo para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables requiere el acceso a servicios como la educación, la atención de la salud, el bienestar social y la protección. Los sistemas de registro civil eficaces son importantes, porque los huérfanos y los niños y niñas vulnerables tienen que presentar a menudo certificados de nacimiento y defunción a fin de recibir beneficios o de ir a la escuela.

Varios países de África meridional, entre ellos Botswana, Namibia y Sudáfrica, han proporcionado a los niños y niñas afectados por el SIDA subsidios y otros beneficios a escala nacional. En Sudáfrica, por ejemplo, que es el país con el mayor número de huérfanos debido al SIDA, más de 7,1 millones de niños menores de 14 años en situación de pobreza –un 79% de los que cumplen los requisitos– se habían beneficiado hasta abril de 2006 de un

subsidio de apoyo a la infancia. Esto representa un aumento de dos terceras partes desde 2004 y 20 veces más desde 2000. Más de 325.000 niños y niñas se beneficiaron de subsidios para hogares de guarda en 2006³⁴.

Un número cada vez mayor de países de África subsahariana han comenzado a proporcionar protección social a los niños y niñas afectados por el SIDA. Los mayores niveles de apoyo se registran en los siguientes países: Botswana, donde el 95% de los hogares recibe alguna forma de apoyo externo para el cuidado de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables; Namibia (33%); Lesotho (25%); Uganda (23%); Zambia (13%); y Kenya y Togo (ambos 10%). Kenya, Malawi y Mozambique, por ejemplo, han establecido programas piloto de transferencia de efectivo en algunas de las zonas más pobres, donde los niños y niñas corren peligro de abandonar el hogar o la escuela.

El **Departamento para el Desarrollo Internacional** del Reino Unido (DFID) presta apoyo al establecimiento de medidas de protección social, incluidos programas de transferencia de efectivo, en varios países de África. Trabaja con el Gobierno de Zambia para establecer un programa que proporcionará aproximadamente 6 dólares al mes para el 10% más pobre de las familias, que son alrededor de 1 millón de personas.

Las ONG aumentan cada vez más su respuesta, proporcionando protección esencial a miles de niños y niñas afectados por el SIDA. Una encuesta realizada en 2006 sobre las actividades de las ONG en 28 países de África subsahariana concluyó que entre 3,3 millones y 5 millones de huérfanos y niños y niñas vulnerables recibían servicios en forma de educación, atención sistemática de la salud, alimentos, apoyo económico o apoyo psicosocial³⁵.

El cuidado de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables es una de las principales prioridades de **Visión Mundial**, que presta asistencia a las comunidades para ofrecer atención y asistencia a más de 600.000 niños y niñas afectados por el SIDA en 20 países de África.

Educación para todos los niños y niñas

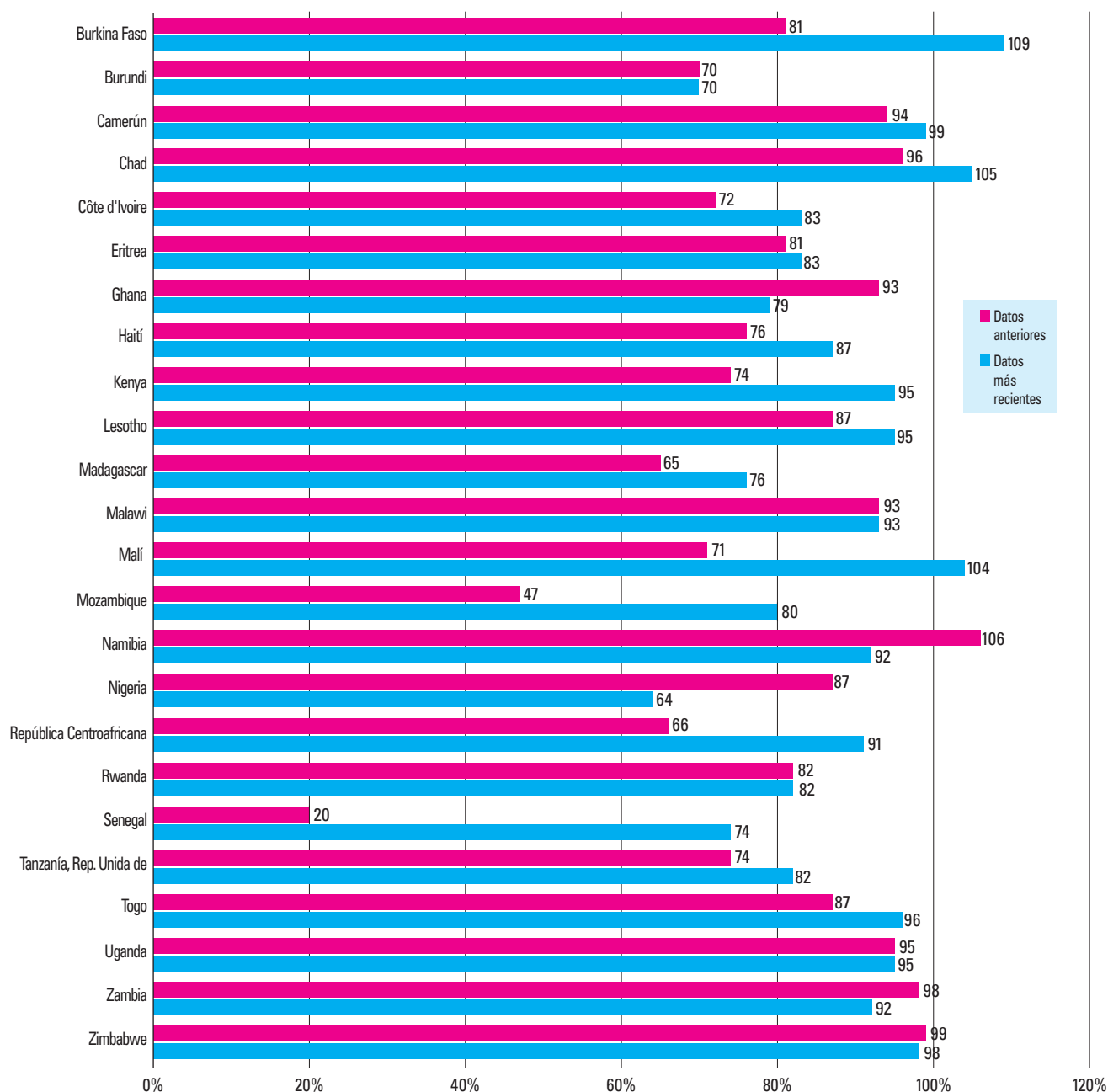
En varios países parece registrarse un progreso en la mejora del acceso a la educación de los niños y niñas huérfanos y vulnerables, tal como lo revelan los coeficientes entre los niños huérfanos y los niños no huérfanos de 10 a 14 años que acuden actualmente a la escuela, un indicador básico. Según los datos vigentes, por cada 100% de niños y niñas que viven con un progenitor y acuden a la escuela en África subsahariana, un 79% de los niños y niñas huérfanos también acuden a la escuela³⁶.

En 24 países se ha medido el coeficiente de asistencia a la escuela entre huérfanos y no huérfanos por lo menos dos veces. Los coeficientes han aumentado en 15 países, y los huérfanos tienen más posibilidades de acudir a la escuela que los no huérfanos en varios países donde los coeficientes son superiores al 100% (véase el gráfico 6, página 18).

Parte de este progreso se debe a la eliminación de los costos escolares, como ocurre en Kenya y Uganda. *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* exhorta a sus aliados a que presten asistencia a los gobiernos en las actividades para eliminar los costos de los usuarios y otros obstáculos a la educación primaria.

La primera **Consulta Regional sobre la Infancia y el SIDA de Asia oriental y el Pacífico**, celebrada en Viet Nam en marzo de 2006, difundió las "Cuatro P" entre los encargados de tomar decisiones de los gobiernos y de la sociedad civil, y subrayó la necesidad de ampliar la escala de los programas de la infancia a fin de lograr el objetivo del acceso universal. Concluyó con el Llamamiento a la Acción de Hanoi, una declaración consensuada sobre la infancia y el SIDA. Se espera que las consultas en toda la región tengan como consecuencia la integración de los niños y el SIDA en los planes y las políticas nacionales, y que generen un impulso importante³⁷.

Gráfico 6: Proporción de huérfanos que acuden a la escuela con respecto a no huérfanos



Nota: "Huérfanos" se refiere a los niños y niñas de 10 a 14 años cuyos progenitores han muerto por cualquier causa. "No huérfanos" se refiere a los niños y niñas de 10 a 14 años que viven con uno o ambos progenitores.
Fuente: Análisis de UNICEF (2006) de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud y MICS.

RECURSOS PARA LA INFANCIA

“¿Cuánto dinero se gasta en la infancia? Creo que todos los organismos donantes y los gobiernos nacionales deberían poder responder a esta pregunta dentro de un año.”

— **Gopakumar Nair, Asesor de políticas y programas sobre el VIH y el SIDA, Save the Children UK**

Los países donantes han tomado medidas durante los últimos años para asegurar que los niños y niñas reciban una parte justa de la financiación para el SIDA por medio de la utilización de fondos reservados y la asignación de recursos dirigidos a actividades relacionadas específicamente con la infancia, entre ellas las “Cuatro P”.

En la actualidad, varios gobiernos donantes han reservado por lo menos un 10% de sus fondos para el VIH/SIDA a servicios dirigidos a la infancia. La ley de los Estados Unidos denominada Liderazgo contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo (2003) asignó a la infancia un 10% del gasto total dedicado al SIDA para los años fiscales de 2006 a 2008, concretamente a huérfanos y a niños y niñas vulnerables debido a la epidemia. El gobierno del Reino Unido ha reservado para la infancia el 10% de su asistencia internacional destinada al SIDA, y ha prometido donar 150 millones de libras esterlinas (alrededor de 293 millones de dólares) entre 2005 y 2008 a los niños y niñas afectados por el SIDA³⁸. El Gobierno de Irlanda reservó en 2006 un 20% de sus recursos adicionales a la infancia y el SIDA³⁹.

Otros países han incorporado directamente la protección y la atención de la infancia en sus políticas sobre el SIDA y el desarrollo, entre ellos Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Noruega, los Países Bajos y Suecia⁴⁰. Y el Brasil, Chile, Francia, Noruega y el Reino Unido han ofrecido compromisos en favor del tratamiento pediátrico por medio de UNITAID (véase la página 11).

Sobre la base de una evaluación de ONUSIDA realizada en 2005, *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* calculó que entre 2006 y 2010 se necesitarán cerca de 30.000 millones de dólares para ampliar considerablemente la respuesta mundial en favor de la infancia. UNICEF espera haber recaudado para 2010 un total de 1.000 millones de dólares con los que contribuir a las “Cuatro P”; y su asignación presupuestaria a los programas de VIH/SIDA ha aumentado considerablemente.

Hacer un seguimiento de los recursos es una medida fundamental para los países dedicados a aplicar Evaluaciones Nacionales sobre el Costo del SIDA y otros sistemas dedicados a la recopilación, análisis y presentación sistemática de datos sobre gastos relacionados con el VIH en todos los sectores, y no solamente en el de la salud. ONUSIDA promueve estas actividades. Los aliados de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* trabajarán con ONUSIDA para asegurar que, en el marco de estas evaluaciones, se establezcan métodos con los que dar seguimiento a los fondos que benefician a la infancia.

Fueron los **Comités Nacionales en pro de UNICEF** quienes sugirieron la idea de crear *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* en respuesta al aumento cada vez mayor de los huérfanos en África subsahariana, y los Comités siguen desempeñando una importante función en la preparación y gestión

de la campaña. En 2006, los Comités Nacionales de 27 países organizaron conferencias sobre la infancia y el VIH/SIDA, presionaron para que se promulguen leyes, exhortaron a los gobiernos para que cambien sus políticas, y establecieron alianzas con los medios de comunicación, las empresas, los sectores del deporte

y de la música y el público en general para promover cuestiones relacionadas con los niños y el SIDA. También ofrecen contribuciones financieras estratégicas en apoyo a los programas nacionales, y en sus propios países constituyen una voz firme en favor de la infancia.

UN ENFOQUE INTEGRADO

“Esta cuestión del SIDA y la infancia es muy complicada. Es muy compleja. Porque no se trata solamente de la enfermedad, se trata del bienestar y de la educación de la infancia.”

**— Jeanette Kagame,
Primera Dama de Rwanda**

La integración de las medidas y de los recursos es un elemento esencial de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*. Para ello, es necesario adoptar un compromiso destinado a establecer vínculos entre las enfermedades y los sectores, superar las brechas entre los aliados que trabajan en favor de los objetivos relacionados con el VIH/SIDA y los aliados que trabajan en favor de los objetivos relacionados con la salud infantil, y asegurar que el gran número de recursos que se destinan al VIH/SIDA beneficien a los niños, a las familias que se ocupan de ellos y a los sistemas que les prestan apoyo.

La integración significa garantizar que los niños y las familias tengan acceso a sistemas y servicios de la salud que les proporcionen atención y apoyo de calidad, y que las niñas y los huérfanos permanezcan en la escuela y aprendan a protegerse a sí mismos. Significa proporcionar una buena nutrición para los niños y niñas afectados por el SIDA, y asegurar el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico a los hogares que viven con el SIDA. Significa promover la autonomía de la mujer para que pueda tomar decisiones sobre su propia salud teniendo en cuenta el interés superior de sus hijos y su familia.

La integración de éstas y otras medidas ofrece al mundo la mayor esperanza para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre los avances más alentadores se encuentran los siguientes: los Foros Mundiales de Asociados sobre el tratamiento pediátrico y la prevención de la transmisión de madre a hijo están trabajando más estrechamente con los grupos dedicados a la salud infantil. Informes de países como Kenya, Tanzania y Zambia indican que los fondos para el VIH/SIDA que se invierten estratégicamente en el sector de la salud, especialmente en la dotación de personal para los sistemas de salud, pueden tener repercusiones muy positivas sobre servicios no relacionados con el SIDA, como son la inmunización y la atención prenatal.



© UNICEF/H005-2188/GIACOMO PIROZZI

Aunar la respuesta mundial ante el VIH/ SIDA y la respuesta mundial en materia de salud brindará mejores resultados para la infancia. Uno de los principales desafíos que presenta llegar a todos los niños y niñas –con servicios de salud en general y con servicios, tratamiento y atención del VIH/ SIDA en particular– es avanzar más allá de los proyectos a pequeña escala en favor de los programas nacionales. Esto exige que los sistemas de salud actúen eficazmente, que haya personal cualificado disponible y que los suministros y los equipos esenciales estén en su lugar. También exige que las comunidades exijan estos servicios y los utilicen.

En las esferas específicas de las “Cuatro P”:

- **Prevenir la transmisión de madre a hijo:** La atención prenatal es el principal punto de partida para prevenir la transmisión de madre a hijo, y su cobertura tiene que ser elevada para alcanzar las metas de la prevención. Pero la atención prenatal no está llegando a todas las mujeres con un conjunto completo de servicios, y a medida que se amplían los programas para la prevención de la transmisión de madre a hijo será necesario mejorar tanto la cobertura como la calidad de los servicios de atención prenatal. Sistematizar las pruebas de detección, ampliar los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo, asegurar un enfoque centrado en las familias y proporcionar atención y tratamiento complementarios del VIH son los requisitos para una respuesta de amplia escala y un aumento en el acceso a los servicios.
- **Proporcionar tratamiento pediátrico:** Todavía es necesario realizar una labor considerable para abordar adecuadamente la disparidad que sufren los niños en el acceso a la atención y al tratamiento. En muchas situaciones, las próximas medidas son ampliar a mayor escala y actualizar mejor las actividades, y apoyar a los gobiernos nacionales con los instrumentos y la capacidad necesarios para cambiar considerablemente las vidas de los niños. Esto exigirá también asegurar que los niños estén sanos y sean capaces de responder al tratamiento. En ese contexto, la inmunización, la buena nutrición, el agua potable y el saneamiento básico son esenciales.



© UNICEF/H005-1814/GIACOMO PIRGOZI

- **Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes:** Lograr mejores resultados en materia de prevención significa recopilar mejor los datos y responder a las siguientes preguntas: ¿Quiénes son los adolescentes y los jóvenes que corren un mayor riesgo de contraer el VIH? ¿Dónde se encuentran? ¿Cuál es la mejor manera de llegar a ellos con información y servicios? Entre las medidas más decisivas se encuentran reforzar la planificación nacional, la asignación de recursos y la capacidad de los programas nacionales para distribuir y dar seguimiento a la utilización de los fondos. Se necesitan respuestas amplias debido a que en muchas poblaciones de alto riesgo se dan comportamientos de múltiples riesgos.
- **Proteger y ayudar a los niños afectados por el VIH/ SIDA:** Las respuestas nacionales eficaces proporcionan a los huérfanos y a los niños y niñas vulnerables un conjunto de servicios esenciales que incluyen la educación, la atención de la salud, el bienestar social y la protección. Se necesita un enfoque descentralizado debido a que la tarea, en gran medida, tendrá que realizarse a nivel comunitario, y deberán llevarla a cabo organizaciones no gubernamentales y religiosas. También es necesario mejorar el seguimiento de la evolución de la cobertura del servicio, a fin de cuantificar la amplitud con que los gobiernos, las ONG y otras entidades responden a las necesidades de protección y ayuda a los niños y para evaluar la calidad de esta ayuda.

UN LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Cada minuto que pasa, otro niño menor de 15 años muere debido una enfermedad relacionada con el SIDA, y otros cuatro jóvenes de 15 a 24 años se infectan con el VIH. Es algo que no tendría por qué ocurrir.

– UNICEF, Llamamiento a la acción, el rostro oculto del SIDA⁴¹

Asegurar que la próxima generación de niños y niñas no sufra las consecuencias del SIDA exigirá que las actividades del proyecto *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* sean más visibles en 2007. Esto se encuentra en la misma línea que el objetivo general de acercarse en la mayor medida de lo posible al acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. El elemento principal seguirá siendo garantizar que las prioridades para la infancia se encuentren en el centro mismo de la respuesta mundial al VIH/SIDA.

Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA exhorta a la comunidad internacional a que garantice que la ampliación de los programas de las “Cuatro P” reciba el apoyo de los progresos que se hacen en cuestiones generales que afectan a los resultados. Desde que se inició en octubre de 2005, la promoción de la infancia realizada por los aliados ha generado algunos avances considerables, facilitando nuevos llamamientos a la acción.

1. Movilizar recursos y considerar en primer lugar la atención y la protección de la infancia

El costo que supone aplicar programas a una escala lo suficientemente amplia como para alcanzar los objetivos de 2010 se calculó en un principio en 30.000 millones de dólares, asumiendo que los costos en 2009 y 2010 serían por lo menos tan elevados como en 2008. Los avances rápidos e importantes en la tarea de fijar los precios de los medicamentos y su disponibilidad, así como en la producción de medicamentos genéricos, transforman continuamente las bases de los cálculos, pero no es muy probable que esto reduzca considerablemente la escala de las necesidades generales de fondos.

Varios donantes, entre ellos el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA, y los Gobiernos de Irlanda y el Reino Unido, han decidido asignar por lo menos un 10% de su financiación en materia de SIDA, a los niños y los adolescentes. *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* promueve que otros gobiernos se hagan eco de esta medida en 2007 y realicen contribuciones más elevadas y predecibles a los programas nacionales para el control del SIDA, a mecanismos financieros innovadores como UNITAID e International Finance Facility, y a canales como el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, que cada vez son más importantes.

En 2007, todavía será preciso realizar tareas de promoción para que los países donantes tengan en cuenta la negociación del alivio de la deuda de los países con una tasa elevada de VIH/SIDA, así como tomar más medidas para promover la reasignación de recursos a las “Cuatro P” y dedicar sus contribuciones al fortalecimiento de los sistemas de atención de la salud y de educación, especialmente por medio de la autosuficiencia en materia de maestros y trabajadores sanitarios en países altamente afectados. Tal vez se necesite ofrecer apoyo a los esfuerzos de los países de África para cumplir con el compromiso de Abuja realizado en 2001, el cual propone asignar por lo menos el 15% de los presupuestos nacionales a la mejora de la atención de la salud.

La recopilación y ordenación desagregada de los datos relacionados con el SIDA por grupo de edad y por género es una de las formas más decisivas, simples y eficaces de aumentar el perfil de la infancia en la respuesta mundial.

2. Acercarse lo máximo posible al acceso universal del tratamiento

A pesar de los progresos notables alcanzados durante el último año en las esferas del tratamiento pediátrico y la prevención de la transmisión de madre a hijo, todavía es necesario fortalecer las alianzas entre el sector público y privado para el fomento de medicamentos y diagnósticos apropiados, eficaces y asequibles. Es urgentemente necesario aumentar las inversiones en la gestión de adquisiciones y suministros a fin de garantizar un acceso vital para todos los niños y niñas necesitados.

Las empresas, especialmente las que trabajan en países afectados por el SIDA, tienen que asumir la responsabilidad hacia sus empleados y comunidades de aprobar y aplicar políticas y programas sobre el VIH/SIDA.

También se necesita tomar medidas prioritarias a fin de que los países más afectados sean capaces de encontrar vías flexibles para eliminar los obstáculos en materia de fijación de precios, aranceles y políticas de regulación, así como aprovechar la flexibilidad que ofrecen los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS) de la Organización Mundial de Comercio.

3. Fortalecer los servicios de educación y de salud

A pesar de los avances importantes logrados el año pasado en la movilización de medidas conjuntas para ampliar rápidamente la escala de los programas, aún es necesario tomar más medidas para proporcionar recursos suficientes, establecer políticas y fomentar la capacidad necesaria para lograr que las pruebas de detección sistemáticas estén disponibles para todas las mujeres, adolescentes y niños y niñas en la primera infancia. Es preciso hacer el debido hincapié en la provisión de recursos para capacitar y prestar apoyo a los enfermeros, los trabajadores comunitarios de la salud y otro personal pertinente que se encuentre en el nivel primario de los servicios de prestación



de atención de la salud. Debería esperarse de los gobiernos de los países más afectados la adopción de medidas urgentes para prestar acceso a una atención de la salud de calidad para los niños y los adolescentes afectados por el VIH y el SIDA.

También deben esperarse medidas más urgentes de los gobiernos para que eliminen los gastos escolares y otros costos indirectos de la educación en el caso de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH y el SIDA.

Se necesita ampliar rápidamente la escala de las asignaciones y gastos presupuestarios, así como concebir políticas innovadoras para distribuir entre las familias y las comunidades recursos cada vez mayores y servicios apropiados; entre las medidas posibles hay que incluir la asistencia financiera directa y medidas de apoyo para todos aquellos que se ocupan de niños y niñas vulnerables.

También se alienta a los países a que incorporen el VIH/SIDA y la infancia en marcos políticos, como las estrategias de reducción de la pobreza, los marcos de gastos a mediano plazo, los enfoques intersectoriales y las estrategias nacionales sobre el SIDA.

Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA es un proyecto ideal para que se lleve a cabo el llamamiento realizado durante la XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA en favor de un rápido regreso hacia la prevención como una prioridad junto al tratamiento, la atención, el apoyo y la protección. Y no se debe aceptar ninguna excusa que justifique la constante falta de prioridad que sufren las necesidades de prevención de las niñas y las mujeres jóvenes.



© UNICEF/H005-2170/GIACOMO PIROZZI

Los gobiernos y la sociedad civil deben tomar más medidas para llegar a los adolescentes en mayor riesgo y más marginados, tanto dentro como fuera del sistema educativo. Se espera que los países garanticen que todos los jóvenes tengan acceso al conocimiento, a la información, a las aptitudes para la vida práctica y a los servicios necesarios para protegerse contra la infección.

4. Es posible afrontar el desafío por medio de las alianzas

Ningún país, ningún donante o ningún organismo dedicado al desarrollo puede por sí solo proporcionar todo lo que los niños y niñas necesitan, y los países no alcanzarán el ODM 6 ni el resto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio si no hay una mayor colaboración y cooperación entre la gran cantidad de individuos y entidades involucrados.

Las alianzas pueden facilitar que los diferentes organismos aborden distintas tareas, busquen objetivos complementarios y logren resultados mayores y mejores de lo que lo harían si actuaran por su cuenta. Solamente pueden tener éxito si comparten el sentimiento de propiedad y los objetivos.

Lograr una mayor coherencia entre los organismos por medio de la reforma de las Naciones Unidas y llevar a cabo los principios de los “Tres Unos” –un marco de acción nacional sobre el SIDA acordado por todos, una autoridad nacional que coordine el SIDA y tenga un apoyo multisectorial de amplia base, y un solo sistema a nivel de país para el seguimiento y evaluación– exigirá que todas las partes involucradas cambien sus actitudes y sus enfoques en favor de las alianzas.

En 2007, *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* hará un esfuerzo mucho mayor para cumplir una estrategia de alianzas sobre la base de estas consideraciones. La mejor manera de que los organismos y otras partes interesadas presten apoyo a *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* es seguir trabajando en los programas más estratégicamente que antes para fortalecer la coherencia, perfilar el enfoque y galvanizar las medidas aceleradas en favor de las “Cuatro P”.

HACIA UN ACCESO UNIVERSAL

“El hecho de que hayamos logrado progresos en favor del programa sobre el tratamiento es fantástico, pero presenta nuevos retos en el programa de la atención, y no debe desviarnos del programa de la prevención... Las “Cuatro P” están inseparablemente relacionadas y tenemos que considerarlas como un todo.”

**— David Bull,
Director Ejecutivo,
Comité Nacional del Reino Unido
en pro de UNICEF**

¿Ha escuchado la comunidad internacional el llamado a la acción de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*? Este examen concluye que, en cierto modo, la respuesta es positiva. Pero todavía queda mucho por hacer. Muchos niños y sus familias carecen aún del tratamiento, la atención, el apoyo y la información necesarios para sobrevivir y llevar vidas sanas.

El mundo avanza hacia su objetivo más ambicioso: acercarse lo más posible al acceso universal a la prevención, al tratamiento, a la atención y al apoyo, un logro que detendrá la propagación del VIH/SIDA.

En el caso de las cuatro esferas principales de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*, los resultados han sido dispares. El tratamiento pediátrico parece haber logrado los mayores avances y el mayor impulso, aunque la cantidad de niños y niñas del mundo que han tenido acceso al tratamiento antirretroviral para salvar sus vidas es relativamente escasa. El objetivo sobre la prevención de la transmisión de madre a hijo ha sido alcanzado en algunos países donde los servicios se han integrado en los programas existentes de maternidad y salud infantil, pero es preciso que esto se amplíe a otros países. De igual modo, las intervenciones preventivas para promover un cambio de comportamiento tienen que aplicarse a los grupos prioritarios en mayor situación de riesgo, a fin de cumplir el objetivo.

En la esfera de la protección y ayuda a los huérfanos y a los niños y niñas vulnerables, este informe confirma una sensación general de progreso, especialmente a nivel de país y comunidad y en cuanto a las medidas para lograr un enfoque más integral. Pero el verdadero alcance de estos progresos no se conocerá probablemente hasta que se establezcan normas de presentación de informes que hayan sido aceptadas por todos.

Las actividades de promoción han aumentado sin duda durante el último año. Sin embargo, quienes trabajan en la promoción sobre el SIDA deberían llevar a cabo verificaciones más frecuentes. ¿Se están traduciendo los esfuerzos en resultados reales para la infancia?

La magnitud de lo que se necesita para salvar y mejorar las vidas de los niños y niñas atrapados por la vorágine del VIH/SIDA subraya la importancia de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*. Y algunos éxitos en la concienciación sobre las necesidades de la infancia en el marco de la epidemia general revelan las posibilidades de una campaña de este tipo. Pero está claro que la pertinencia y las posibilidades no son suficientes. Lo que importa al final son resultados tangibles que beneficien la salud de los niños y niñas ahora y durante el resto de sus vidas, tanto en sus familias como en sus comunidades.

NOTAS

- 1 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Un llamamiento a la acción, el rostro oculto del SIDA*, UNICEF, Nueva York, 2005, pág. 2.
- 2 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *AIDS Epidemic Update, December 2006*, ONUSIDA y OMS, Ginebra, 2006, pág. 1; y ONUSIDA y OMS, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A report on '3 x 5' and beyond, March 2006*, ONUSIDA y OMS, Ginebra, 2006, pág. 8.
- 3 Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: A pooled analysis', *Lancet*, vol. 364, octubre de 2004, págs. 1236–1243.
- 4 Organización Mundial de la Salud, *Taking Stock: HIV in children*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 1.
- 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2007*, UNICEF, Nueva York, 2006, pág. 117; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Un llamamiento a la acción, el rostro oculto del SIDA*, op. cit., pág. 6.
- 6 Para las estadísticas sobre las "Cuatro P" que se ofrecen en este inventario, véanse las tablas estadísticas a partir de la página 28.
- 7 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition*, ONUSIDA, Ginebra, 2006, pág. 62.
- 8 Los nueve países 'MTCT-Plus' son: Camerún, Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Rwanda, Sudáfrica, Tailandia, Uganda y Zambia.
- 9 Organización Mundial de la Salud, *Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-Limited Settings: Towards universal access, recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2006.
- 10 Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 'Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities', borrador para comentario público, OMS/ONUSIDA, 27 de noviembre de 2006, <www.who.int/HIV/topics/vct/PITCguidancedraft.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2006.
- 11 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *AIDS Epidemic Update, December 2006*, op. cit., pág. 1.
- 12 Organización Mundial de la Salud, *Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-Limited Settings: Towards universal access, Recommendations for a public health approach*, op. cit., pág. 1; y Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: A pooled analysis', op. cit.
- 13 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *AIDS Epidemic Update, December 2006*, op. cit., pág. 1.
- 14 Boerma, J. Ties, et al., 'Monitoring the Scale-up of Antiretroviral Therapy Programmes: Methods to estimate coverage', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 84, no. 2, febrero de 2006, págs. 145–150.
- 15 Cálculos inéditos de ONUSIDA/OMS, 2006.
- 16 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud en nombre del Grupo de Tareas Interinstitucional para la prevención de la transmisión del HIV de la madre al hijo, 'A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006' (de próxima publicación).
- 17 Ibid.
- 18 Creek, Tracy, et al., 'Successful Introduction of Dried Blood Spot (DBS) PCR Testing in Botswana's PMTCT Programme', presentación en PEPFAR Implementers Meeting, Durban, Sudáfrica, 12–15 de junio de 2006.

- 19 Fundación Clinton, 'President Clinton Announces Breakthrough HIV/AIDS Treatment for Children: 3-in-1 pill for less than \$60 annually and 45% price reductions for other pediatric drugs' (comunicado de prensa), 30 de noviembre de 2006, consultado en: <www.clintonfundación.org/113006-nr-cf-hs-ai-ind-pr-wjcanounces-breakthroughs-in-HIV-AIDS-treatment-for-children.htm>.
- 20 Organización Mundial de la Salud, *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults in resource-limited settings: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2006.
- 21 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *AIDS Epidemic Update, December 2006*, op. cit., págs. 7–8.
- 22 Monasch, Roeland y Mary Mahy, 'Young People: The centre of the HIV epidemic', capítulo 2 en David A. Ross, Bruce Dick y Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the evidence from developing countries*, Serie de Informes Técnicos de la OMS, Número de serie 938, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006, pág. 16.
- 23 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *At the Crossroads: Accelerating youth access to HIV/AIDS interventions*, ONUSIDA, Nueva York, 2004, pág. 1; y Monasch, Roeland y Mary Mahy, 'Young People: The centre of the HIV epidemic', op. cit.
- 24 Las proporciones provienen de la tabla 3: Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes, págs. 35–37.
- 25 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition*, op. cit., pág. 56; y USAID, ONUSIDA, OMS, UNICEF y Policy Project, 'Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- and Middle-Income Countries in 2003', Policy Project, junio de 2004.
- 26 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition*, op. cit., pág. 56.
- 27 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2007*, UNICEF, op. cit., pág. 117.
- 28 Análisis de UNICEF de la Base de Datos de Indicadores de Encuestas sobre el VIH/SIDA y MACRO Statcompiler para la Encuestas de Demografía y Salud y la Encuestas de Indicadores sobre el SIDA, 1995–2004, con encuestas más recientes recopiladas a partir de informes finales publicados recientemente.
- 29 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition*, op. cit., pág. 509.
- 30 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children affected by AIDS*, UNICEF, Nueva York, 2006, pág. 35.
- 31 Ibid., pág. iv.
- 32 Webb, Douglas, et al., 'Supporting and Sustaining National Responses to Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV and AIDS: Experience from the RAAAP Exercise in Sub-Saharan Africa', *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 1, no. 2, septiembre de 2006, págs. 172–179.
- 33 Haile, Girmay, et al., 'Integration of HIV/AIDS into the Poverty Reduction Strategies of Malawi, Mozambique and Tanzania', Oficina Regional de UNICEF para África oriental y meridional, Nairobi, 22 de septiembre de 2006, págs. 1–3.
- 34 Comité Nacional de Acción para los niños afectados por el VIH y el SIDA, 'Review Report: Implementation of the 2002 conference recommendations. A call to coordinated action', NAACA, Department of Social Development, Sudáfrica, septiembre de 2006, pág. 19.
- 35 Análisis de datos realizado por Constella Futures para UNICEF, 'Preliminary results from the Orphans and Vulnerable Children Coverage Survey of 2005–2006' (documento interno).
- 36 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2007*, op. cit., pág. 117.
- 37 Véase también Oficina Regional de UNICEF para Asia Oriental y el Pacífico, *Global Campaign on Children and AIDS: A profile of UNICEF's response in East Asia and the Pacific*, UNICEF EAPRO, Bangkok, 2006.
- 38 Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID), 'Fact Sheet: HIV and AIDS', noviembre de 2005, pág. 4: <www.dfid.gov.uk/pubs/files/MDG-factsheets/HIVandAIDSfactsheet.pdf>; véase una transcripción de la Cámara de los Loes del Reino Unido, 1 de diciembre de 2005: <www.publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldhansrd/pdvn/lds05/text/51201-01.htm>.
- 39 Discurso de Taoiseach en la presentación de la Campaña Mundial de UNICEF sobre la Infancia y el SIDA, 24 de octubre de 2005, <www.dci.gov.ie/latest_news.asp?article=603>, consultado el 13 de noviembre de 2006; Irish Aid, *The Challenge of HIV and AIDS: Irish Aid's Response 2001–2006*, Irish Aid, Dublín, 2006, pág. 3.
- 40 Asociación de Parlamentarios Europeos en favor de África, *AWEPA Quarterly Bulletin*, vol. 20, no. 2, 2006, págs. 1–12.
- 41 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Llamamiento a la acción, el rostro oculto del SIDA*, op. cit., pág. 23.

TABLAS ESTADÍSTICAS

En las tablas siguientes hay información detallada por país:

Tabla 1: Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, pág. 29.

Tabla 2: Proporcionar tratamiento pediátrico, pág. 32.

Tabla 3: Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes, pág. 35.

Tabla 4: Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA, pág. 38.

El seguimiento de los progresos en los objetivos y compromisos con respecto a la infancia y al SIDA se basan en 21 estimaciones e indicadores derivados de un conjunto más amplio de indicadores aceptados. Estos indicadores se han establecido mediante un proceso de debate y negociación con los gobiernos y varias organizaciones internacionales, dirigidas por ONUSIDA.

Los indicadores constituyen el conjunto básico que se utilizará para seguir los progresos a nivel de país. También han sido seleccionados para reflejar una serie de iniciativas internacionales y de los distintos organismos, como Universal Access; el proceso nacional de estimaciones para los cálculos de VIH y SIDA, dirigido por ONUSIDA; el PMTCT Report Card, emitido conjuntamente por UNICEF y OMS; los Informes por Países de UNICEF sobre los Indicadores para los Objetivos; y *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*.

Las estadísticas se recopilan por medio de hojas de datos de país concebidas siguiendo la línea de los principios de los “Tres Unos” en colaboración con el Grupo de Referencia Interinstitucional para el Seguimiento y la Evaluación sobre el VIH/SIDA, y se derivan de datos existentes.

En el último año se han producido logros importantes a la hora de forjar un consenso en indicadores clave, así como en recopilar datos de referencia y en producir hojas de datos de país. La base de datos de referencia revela la enormidad y la urgencia de los desafíos que quedan por delante.

Nota sobre los datos

Los datos que se presentan en las siguientes tablas estadísticas están acompañados de definiciones, fuentes y explicaciones de los símbolos. Los datos provienen de las organizaciones responsables de las Naciones Unidas siempre que ha sido posible. Cuando no existen estas estimaciones estandarizadas internacionalmente, los datos se obtienen de otras fuentes que se sabe que son amplias y representativas a nivel nacional, entre ellas las Encuestas Demográficas y de Salud, las Encuestas Múltiples de Indicadores por Conglomerados, las Encuestas sobre la salud de la reproducción y las encuestas del Futures Group Coverage. Para obtener información más minuciosa sobre estas encuestas, visite <www.measuredhs.com> y <www.childinfo.org>.

Los datos adicionales sobre la cobertura de los programas para medir los progresos en los países se recopilaron utilizando el cuestionario de PMTCT Report Card y Paediatric VIH Care, creado con aportes de los miembros del Grupo ampliado de Tareas Interinstitucional para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. Esto incluye indicadores sobre programas a nivel nacional concebidos por medio de un proceso de colaboración dirigido por ONUSIDA y adoptados por numerosos países.

TABLA 1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo

| | Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (más de 15 años), finales de 2005 | Cobertura de la atención prenatal (%), 1997-2005* | Cifra anual de nacimientos, 2005 (miles) | Cifra de mujeres embarazadas que recibieron orientación sobre los servicios de PTMH, 2005 | Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2005 | Cifra de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2005 | % de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2005** |
|---|--|---|--|---|---|--|--|
| Afganistán | <0,1 | 16 | 1.441 | – | <100 | – | – |
| Albania | – | 91 | 53 | – | – | – | – |
| Angola | 3,7 | 66 | 767 | 11.366 | 33.000 | 367 | 1 |
| Antigua y Barbuda | – | 100 | 2 | – | – | – | – |
| Arabia Saudita | – | 90x | 671 | – | – | – | – |
| Argelia | 0,1 | 81 | 684 | – | <500 | – | – |
| Argentina | 0,6 | 98 | 687 | 570.000 | 2.400 | 2.088 | 87 |
| Armenia | 0,1 | 93 | 34 | 21.720 | <100 | – | – |
| Azerbaiyán | 0,1 | 70 | 134 | – | <100 | – | – |
| Bahamas | 3,3 | – | 6 | – | <500 | – | – |
| Bahrein | – | 97x | 13 | – | <100 | – | – |
| Bangladesh | <0,1 | 49 | 3.747 | – | <200 | – | – |
| Barbados | 1,5 | 100 | 3 | – | <100 | – | – |
| Belarús | 0,3 | 100 | 91 | 87.548 | <200 | 119x | >60x |
| Belice | 2,5 | 96 | 7 | 7.025 | <100 | 38 | >38 |
| Benín | 1,8 | 81 | 348 | 69.921 | 7.300 | 1.214 | 17 |
| Bhután | <0,1 | 51 | 64 | – | <100 | – | – |
| Bolivia | 0,1 | 79 | 265 | – | <500 | – | – |
| Bosnia y Herzegovina | <0,1 | 99 | 36 | 163 | – | – | – |
| Botswana | 24,1 | 97 | 45 | 48.014 | 14.000 | 7.543 | 54 |
| Brasil | 0,5 | 97 | 3.726 | 1.911.875 | 14.000 | 6.771 | 48 |
| Brunei Darussalam | <0,1 | 100x | 8 | – | <100 | – | – |
| Bulgaria | <0,1 | – | 67 | – | – | – | – |
| Burkina Faso | 2,0 | 73 | 617 | 33.376 | 15.000 | 937 | 6 |
| Burundi | 3,3 | 78 | 347 | 9.993 | 16.000 | 524 | 3 |
| Cabo Verde | – | 99 | 15 | – | – | 12 | – |
| Camboya | 1,6 | 38 | 429 | 17.729 | 6.500 | 228 | 4 |
| Camerún | 5,4 | 83 | 563 | 636.202 | 35.000 | 3.592 | 10 |
| Chad | 3,5 | 39 | 471 | 1.856 | 19.000 | 193 | 1 |
| Chile | 0,3 | 95x | 249 | – | <500 | – | – |
| China | 0,1 | 90 | 17.310 | 144.934 | 7.500 | 135 | 2 |
| Colombia | 0,6 | 94 | 968 | – | 3.100 | – | – |
| Comoras | <0,1 | 74 | 28 | 70 | <100 | – | – |
| Congo | 5,3 | 88 | 177 | 19.943 | 11.000 | 1.093 | 10 |
| Congo, República Democrática del | 3,2 | 68 | 2.873 | 91.274 | 99.000 | 1.725 | 2 |
| Corea, República de | <0,1 | – | 457 | – | <500 | – | – |
| Corea, República Popular Democrática de | – | – | 342 | – | – | – | – |
| Costa Rica | 0,3 | 92 | 79 | – | <200 | – | – |
| Côte d'Ivoire | 7,1 | 88 | 665 | 108.699 | 57.000 | 2.543 | 4 |
| Croacia | <0,1 | – | 41 | – | – | – | – |
| Cuba | 0,1 | 100 | 134 | – | <200 | – | – |
| Djibouti | 3,1 | 67 | 27 | 3.593 | 1.200 | 16 | 1 |
| Dominica | – | 100 | 2 | – | – | – | – |
| Ecuador | 0,3 | 84 | 295 | 61.810 | 1.000 | 223 | 22 |
| Egipto | <0,1 | 70 | 1.909 | – | – | – | – |
| El Salvador | 0,9 | 86 | 166 | 105.595 | 800 | 144 | 24 |
| Emiratos Árabes Unidos | – | – | 69 | – | – | – | – |
| Eritrea | 2,4 | 70 | 170 | 8.128 | 5.100 | 88 | 2 |
| Etiopía | – | 28 | 3.104 | 85.690 | – | 2.341 | – |
| Ex República Yugoslava de Macedonia | <0,1 | 81 | 23 | – | – | – | – |
| Federación de Rusia | 1,1 | – | 1.540 | 1.335.768 | 6.800 | 5.709 | 84 |
| Fiji | 0,1 | – | 19 | – | <100 | – | – |
| Filipinas | <0,1 | 88 | 2.018 | – | <500 | – | – |
| Gabón | 7,9 | 94 | 42 | 24.739 | 3.600 | 90 | 3 |
| Gambia | 2,4 | 91 | 52 | 10.724 | 1.400 | 87 | 6 |
| Georgia | 0,2 | 95 | 49 | 15.000 | <100 | 15 | 20 |
| Ghana | 2,3 | 92 | 683 | 28.013 | 19.000 | 1.078 | 6 |
| Granada | – | 99 | 2 | – | – | – | – |

TABLA 1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo

| | Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (más de 15 años), finales de 2005 | Cobertura de la atención prenatal (%), 1997-2005* | Cifra anual de nacimientos, 2005 (miles) | Cifra de mujeres embarazadas que recibieron orientación sobre los servicios de PTMH, 2005 | Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2005 | Cifra de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2005 | % de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2005** |
|-----------------------------------|--|---|--|---|---|--|--|
| Guatemala | 0,9 | 84 | 437 | – | 2.100 | 200 | 10 |
| Guinea | 1,5 | 82 | 387 | 6.105 | 6.800 | 77 | 1 |
| Guinea-Bissau | 3,8 | 62 | 79 | – | 3.600 | – | – |
| Guinea Ecuatorial | 3,2 | 86 | 22 | – | 800 | – | – |
| Guyana | 2,4 | 81 | 15 | 12.788 | <500 | 112 | 32 |
| Haití | 3,8 | 79 | 255 | 66.937 | 12.000 | 800 | 7 |
| Honduras | 1,5 | 83 | 206 | 55.201 | 1.700 | 198 | 12 |
| India | 0,9 | 60 | 25.926 | 891.912 | 130.000 | 2.279 | 2 |
| Indonesia | 0,1 | 92 | 4.495 | 921 | 2.000 | 4 | <1 |
| Irán (República Islámica del) | 0,2 | 77 | 1.348 | – | 700 | – | – |
| Iraq | – | 77 | 978 | 2 | – | – | – |
| Islas Cook | – | – | – | – | – | – | – |
| Islas Marshall | – | – | 2 | – | – | – | – |
| Islas Salomón | – | – | 15 | – | – | – | – |
| Jamaica | 1,5 | 98 | 52 | 28.914 | <500 | 300 | 86 |
| Jordania | – | 99 | 150 | – | <100 | – | – |
| Kazajstán | 0,1 | 91 | 237 | 129.706 | <500 | 47 | 9 |
| Kenya | 6,1 | 88 | 1.361 | 429.123 | 99.000 | 19.403 | 20 |
| Kirguistán | 0,1 | 97 | 116 | – | <100 | – | – |
| Kiribati | – | 88x | 2 | – | – | – | – |
| Kuwait | – | 95x | 51 | – | – | – | – |
| Lesotho | 23,2 | 90 | 50 | 11.804 | 15.000 | 1.811 | 12 |
| Líbano | 0,1 | 96 | 66 | – | <100 | – | – |
| Liberia | – | 85 | 167 | – | – | 130 | 2 |
| Libia, Jamahiriya Árabe | – | 81x | 136 | – | – | – | – |
| Madagascar | 0,5 | 80 | 712 | 8.911 | 2.000 | 8 | <1 |
| Malasia | 0,5 | 74 | 547 | 374.386 | 1.400 | 141 | 10 |
| Malawi | 14,1 | 92 | 555 | 63.632 | 89.000 | 5.076 | 6 |
| Maldivas | – | 81 | 10 | – | – | – | – |
| Malí | 1,7 | 57 | 661 | 40.402 | 13.000 | 415 | 3 |
| Marruecos | 0,1 | 68 | 717 | – | <500 | – | – |
| Mauricio | 0,6 | – | 20 | – | <100 | – | – |
| Mauritania | 0,7 | 64 | 126 | 14 | 1.000 | 10 | 1 |
| México | 0,3 | 86x | 2.172 | – | 2.400 | – | – |
| Micronesia (Estados Federados de) | – | – | 3 | – | – | – | – |
| Moldova, República de | 1,1 | 98 | 43 | 35.375 | <500 | 32 | 6 |
| Mongolia | <0,1 | 94 | 58 | – | <100 | – | – |
| Montenegro† | – | – | – | 10.800 | 33 | 6 | 18 |
| Mozambique | 16,1 | 85 | 773 | 102.116 | 150.000 | 8.490 | 6 |
| Myanmar | 1,3 | 76 | 976 | 133.859 | 7.700 | 629 | 8 |
| Namibia | 19,6 | 91 | 56 | 31.907 | 14.000 | 4.055 | 29 |
| Nauru | – | – | – | – | – | – | – |
| Nepal | 0,5 | 28 | 787 | – | – | – | – |
| Nicaragua | 0,2 | 86 | 154 | 3.545 | <200 | 29 | 19 |
| Níger | 1,1 | 41 | 750 | 18.477 | 9.200 | 57 | 1 |
| Nigeria | 3,9 | 58 | 5.377 | 30.428 | 250.000 | 532 | <1 |
| Niue | – | – | – | – | – | – | – |
| Omán | – | 100 | 64 | – | – | – | – |
| Pakistán | 0,1 | 36 | 4.773 | – | – | – | – |
| Palau | – | – | – | – | – | – | – |
| Panamá | 0,9 | 72 | 70 | – | <500 | – | – |
| Papua Nueva Guinea | 1,8 | 78x | 174 | 10.000 | 3.700 | 46 | 1 |
| Paraguay | 0,4 | 94 | 177 | 24.100 | <500 | 47 | 13 |
| Perú | 0,6 | 92 | 628 | 304.601 | 2.100 | 188 | 1 |
| Qatar | – | – | 14 | – | – | – | – |
| República Árabe Siria | – | 71 | 532 | – | – | – | – |
| República Centroafricana | 10,7 | 62 | 150 | 8.982 | 19.000 | 803 | 4 |
| República Dominicana | 1,1 | 99 | 211 | 69.278 | 2.500 | 676 | 27 |

TABLA 1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo

| | Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (más de 15 años), finales de 2005 | Cobertura de la atención prenatal (%), 1997-2005* | Cifra anual de nacimientos, 2005 (miles) | Cifra de mujeres embarazadas que recibieron orientación sobre los servicios de PTMH, 2005 | Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2005 | Cifra de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2005 | % de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, 2005** |
|-------------------------------------|--|---|--|---|---|--|--|
| República Popular Democrática Lao | 0,1 | 27 | 205 | 600 | <100 | 11 | 15 |
| Rumania | <0,1 | 94 | 211 | 72.802 | – | 21 | – |
| Rwanda | 3,1 | 94 | 375 | 190.969 | 16.000 | 5.782 | 36 |
| Saint Kitts y Nevis | – | 100 | 1 | – | – | – | – |
| Samoa | – | – | 5 | – | – | – | – |
| San Vicente y las Granadinas | – | 99 | 2 | – | – | – | – |
| Santa Lucía | – | 48 | 3 | – | – | – | – |
| Santo Tomé y Príncipe | – | 91 | 5 | 8 | – | 8 | – |
| Senegal | 0,9 | 79 | 423 | 16.114 | 4.600 | 57 | 1 |
| Serbia† | – | – | – | 10.800 | 33 | 6 | 18 |
| Seychelles | – | – | 3 | – | – | – | – |
| Sierra Leona | 1,6 | 68 | 252 | – | 4.800 | 57 | 1 |
| Singapur | 0,3 | – | 39 | – | <100 | – | – |
| Somalia | 0,9 | 32 | 366 | – | 4.400 | – | – |
| Sri Lanka | <0,1 | 100 | 329 | – | <100 | – | – |
| Sudáfrica | 18,8 | 92 | 1.082 | 513.401 | 250.000 | 75.077 | 30 |
| Sudán | 1,6 | 60 | 1.166 | 8.492 | 23.000 | 41 | <1 |
| Suriname | 1,9 | 91 | 9 | 5.127 | <100 | 33x | 44x |
| Swazilandia | 33,4 | 90 | 29 | 17.062 | 14.000 | 4.780 | 34 |
| Tailandia | 1,4 | 92 | 1.009 | 636.901 | 11.000 | 5.081 | 46 |
| Tanzanía, República Unida de | 6,5 | 78 | 1.408 | 241.399 | 110.000 | 6.202 | 6 |
| Tayikistán | 0,1 | 71 | 185 | 9.203 | <100 | 4 | 5 |
| Territorio Palestino Ocupado | – | 96 | 138 | – | – | – | – |
| Timor-Leste | – | 61 | 49 | – | – | – | – |
| Togo | 3,2 | 85 | 236 | 17.516 | 9.200 | 720 | 8 |
| Tonga | – | – | 2 | – | – | – | – |
| Trinidad y Tabago | 2,6 | 92 | 19 | – | 600 | – | – |
| Túnez | 0,1 | 92 | 166 | – | <200 | – | – |
| Turkmenistán | <0,1 | 98 | 108 | – | <100 | – | – |
| Turquía | – | 81 | 1.500 | – | – | – | – |
| Tuvalu | – | – | – | – | – | – | – |
| Ucrania | 1,4 | – | 392 | 417.610 | 2.400 | 2.168 | 90 |
| Uganda | 6,7 | 92 | 1.468 | 343.213 | 110.000 | 12.073 | 11 |
| Uruguay | 0,5 | 94 | 57 | – | <500 | – | – |
| Uzbekistán | 0,2 | 97 | 615 | – | <500 | – | – |
| Vanuatu | – | – | 6 | – | – | – | – |
| Venezuela, República Bolivariana de | 0,7 | 94 | 593 | – | 2.300 | – | – |
| Viet Nam | 0,5 | 86 | 1.648 | 39.837 | 5.500 | 368 | 7 |
| Yemen | – | 41 | 845 | – | – | – | – |
| Zambia | 17,0 | 93 | 472 | 88.879 | 97.000 | 14.071 | 15 |
| Zimbabwe | 20,1 | 93 | 384 | 159.829 | 98.000 | 8.461 | 9 |

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

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

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

Cifra anual de nacimientos: Número estimado de nacidos vivos en 2005.

Cifra de mujeres embarazadas que recibieron orientación sobre los servicios de PTMH: Número de mujeres embarazadas que recibieron orientación sobre el VIH cuando acudieron a una clínica prenatal.

Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH: Número estimado de mujeres embarazadas (de 15 a 49 años) que vivían con VIH en 2005.

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

Porcentaje de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH: Se calcula dividiendo la cifra de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH, por la cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH.

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Cobertura de la atención prenatal: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Cifra anual de nacimientos: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Cifra de mujeres embarazadas que recibieron orientación sobre los servicios de PTMH: UNICEF y OMS, 'Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006' (de próxima publicación).

Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH: ONUSIDA/OMS estimaciones inéditas, 2006.

Cifra de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH: UNICEF y OMS, 'Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006' (de próxima publicación).

Porcentaje de mujeres embarazadas y con VIH que recibieron ARV para la PTMH: UNICEF y OMS, 'Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006' (de próxima publicación); ONUSIDA/OMS estimaciones inéditas, 2006.

NOTAS

– Datos no disponibles

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

** Indicador de la Sesión Especial en favor de la Infancia de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2001).

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

† Debido a la separación de Montenegro del Estado de Serbia y Montenegro en junio de 2006, y su admisión posterior a las Naciones Unidas el 28 de junio de 2006, no hay datos desagregados disponibles aún para Serbia y Montenegro como estados separados. Los datos agregados que se presentan corresponden a Serbia y Montenegro antes de la separación.

TABLA 2. Proporcionar tratamiento pediátrico

| | Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH, 2005 | Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2005 | Número de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2005 | % de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2005 | Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y necesitaban ART, 2005 | Número de niños (de 0 a 14 años) que recibían ART, 2005** | % de niños que necesitaban y recibían ART, 2005 |
|---|---|---|---|--|---|---|---|
| Afganistán | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Albania | – | – | 5 | – | – | 5 | – |
| Angola | 35.000 | 33.000 | – | – | 13.000 | 438 | 3 |
| Antigua y Barbuda | – | – | – | – | – | – | – |
| Arabia Saudita | – | – | – | – | – | – | – |
| Argelia | – | <500 | – | – | – | – | – |
| Argentina | – | 2.400 | – | – | – | 1.827 | – |
| Armenia | – | <100 | 3 | 6 | – | 3 | – |
| Azerbaiyán | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Bahamas | <500 | <500 | – | – | <500 | – | – |
| Bahrein | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Bangladesh | – | <200 | – | – | – | – | – |
| Barbados | <100 | <100 | – | – | <100 | – | – |
| Belarús | – | <200 | – | – | – | – | – |
| Belice | <100 | <100 | – | – | <100 | 6 | 8 |
| Benín | 9.800 | 7.300 | 719 | 10 | 3.000 | – | – |
| Bhután | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Bolivia | – | <500 | – | – | – | – | – |
| Bosnia y Herzegovina | – | – | – | – | – | – | – |
| Botswana | 14.000 | 14.000 | 8.116 | 58 | 6.400 | 5.400 | 84 |
| Brasil | – | 14.000 | – | – | – | 7.500 | – |
| Brunei Darussalam | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Bulgaria | – | – | – | – | – | – | – |
| Burkina Faso | 17.000 | 15.000 | – | – | 5.700 | 420 | 7 |
| Burundi | 20.000 | 16.000 | 197 | 1 | 6.700 | 1.137 | 17 |
| Cabo Verde | – | – | 12 | – | 32 | 15 | 47 |
| Camboya | – | 6.500 | – | – | – | 1.071 | – |
| Camerún | 43.000 | 35.000 | – | – | 14.000 | 550 | 4 |
| Chad | 16.000 | 19.000 | – | – | 6.700 | 7 | <1 |
| Chile | – | <500 | – | – | – | – | – |
| China | – | 7.500 | – | – | – | 566 [†] | – |
| Colombia | – | 3.100 | – | – | – | – | – |
| Comoras | <100 | <100 | – | – | <100 | 1 | <1 |
| Congo | 15.000 | 11.000 | – | – | 4.700 | 13 | <1 |
| Congo, República Democrática del | 120.000 | 99.000 | 77 | <1 | 43.000 | 179 | <1 |
| Corea, República de | – | <500 | – | – | – | – | – |
| Corea, República Popular Democrática de | – | – | – | – | – | – | – |
| Costa Rica | – | <200 | – | – | – | – | – |
| Côte d'Ivoire | 74.000 | 57.000 | – | – | 24.000 | 1.184 [†] | 5 [†] |
| Croacia | – | – | – | – | – | – | – |
| Cuba | – | <200 | – | – | – | – | – |
| Djibouti | 1.200 | 1.200 | 12 | 1 | <500 | 8 | 2 |
| Dominica | – | – | – | – | – | – | – |
| Ecuador | – | 1.000 | – | – | – | – | – |
| Egipto | – | – | – | – | – | – | – |
| El Salvador | – | 800 | 12 | 2 | – | 188 | – |
| Emiratos Árabes Unidos | – | – | – | – | – | – | – |
| Eritrea | 6.600 | 5.100 | 160 | 3 | 2.200 | 54 | 2 |
| Etiopía | – | – | – | – | – | 1.260 | – |
| Ex República Yugoslava de Macedonia | – | – | – | – | – | – | – |
| Federación de Rusia | – | 6.800 | – | – | – | 330 [†] | – |
| Fiji | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Filipinas | – | <500 | – | – | – | – | – |
| Gabón | 3.900 | 3.600 | 125 | 3 | 1.400 | 268 | 19 |
| Gambia | 1.200 | 1.400 | – | – | 500 | 2 | <1 |
| Georgia | – | <100 | 15 | 20 | – | 4 | – |
| Ghana | 25.000 | 19.000 | – | – | 8.200 | 146 | 2 |
| Granada | – | – | – | – | – | – | – |

TABLA 2. Proporcionar tratamiento pediátrico

| | Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH, 2005 | Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2005 | Número de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2005 | % de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2005 | Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y necesitaban ART, 2005 | Número de niños (de 0 a 14 años) que recibían ART, 2005** | % de niños que necesitaban y recibían ART, 2005 |
|-----------------------------------|---|---|---|--|---|---|---|
| Guatemala | – | 2.100 | 66 | 3 | – | 356 | – |
| Guinea | 7.000 | 6.800 | 42 | 1 | 2.500 | 50 | 2 |
| Guinea-Bissau | 3.200 | 3.600 | – | – | 1.300 | – | – |
| Guinea Ecuatorial | <1.000 | 800 | – | – | <500 | – | – |
| Guyana | <1.000 | <500 | 92 | 37 | <500 | 35 | 14 |
| Haití | 17.000 | 12.000 | – | – | 4.900 | 46 | 1 |
| Honduras | 2.400 | 1.700 | – | – | 1.400 | 1 | <1 |
| India | – | 130.000 | – | – | – | 1.300 | – |
| Indonesia | – | 2.000 | 1 | <1 | – | 1 | – |
| Irán (República Islámica del) | – | 700 | – | – | – | 20 | – |
| Iraq | – | – | 3 | – | – | – | – |
| Islas Cook | – | – | – | – | – | – | – |
| Islas Marshall | – | – | – | – | – | – | – |
| Islas Salomón | – | – | – | – | – | – | – |
| Jamaica | <500 | <500 | – | – | <500 | 165 | 47 |
| Jordania | – | <100 | – | – | – | 3 | – |
| Kazajstán | – | <500 | 52 | 15 | – | 52 | – |
| Kenya | 150.000 | 99.000 | 8.600 | 9 | 44.000 | 5.000 | 11 |
| Kirguistán | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Kiribati | – | – | – | – | – | – | – |
| Kuwait | – | – | – | – | – | – | – |
| Lesotho | 18.000 | 15.000 | – | – | 5.700 | 623 | 11 |
| Líbano | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Liberia | – | – | – | – | – | – | – |
| Libia, Jamahiriya Árabe | – | – | – | – | – | – | – |
| Madagascar | 1.600 | 2.000 | 3 | <1 | 700 | 1 | <1 |
| Malasia | – | 1.400 | – | – | – | – | – |
| Malawi | 91.000 | 89.000 | – | – | 24.000 | 1.999 | 8 |
| Maldivas | – | – | – | – | – | – | – |
| Malí | 16.000 | 13.000 | 322 | 2 | 5.400 | – | – |
| Marruecos | – | <500 | – | – | – | – | – |
| Mauricio | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Mauritania | 1.100 | 1.000 | 8 | 1 | <500 | 6 | 2 |
| México | – | 2.400 | – | – | – | – | – |
| Micronesia (Estados Federados de) | – | – | – | – | – | – | – |
| Moldova, República de | – | <500 | 5 | 1 | – | 11 | – |
| Mongolia | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Montenegro† | – | 33 | – | – | – | – | – |
| Mozambique | 140.000 | 150.000 | – | – | 57.000 | 1.686 | 3 |
| Myanmar | – | 7.700 | 63 | 1 | – | 136 | – |
| Namibia | 17.000 | 14.000 | 543 | 4 | 5.400 | 2.824 | 52 |
| Nauru | – | – | – | – | – | – | – |
| Nepal | – | – | – | – | – | – | – |
| Nicaragua | – | <200 | 6 | 6 | – | 11 | – |
| Níger | 8.900 | 9.200 | – | – | 3.500 | 22 | 1 |
| Nigeria | 240.000 | 250.000 | – | – | 95.000 | 900 | 1 |
| Niue | – | – | – | – | – | – | – |
| Omán | – | – | – | – | – | – | – |
| Pakistán | – | – | – | – | – | – | – |
| Palau | – | – | – | – | – | – | – |
| Panamá | – | <500 | – | – | – | – | – |
| Papua Nueva Guinea | – | 3.700 | 20 | 1 | – | – | – |
| Paraguay | – | <500 | 20 | 8 | – | 102 | – |
| Perú | – | 2.100 | – | – | – | 203 | – |
| Qatar | – | – | – | – | – | – | – |
| República Árabe Siria | – | – | – | – | 50 | – | – |
| República Centroafricana | 24.000 | 19.000 | – | – | 7.900 | 160 | 2 |
| República Dominicana | 3.600 | 2.500 | – | – | 1.000 | 234 | 23 |

TABLA 2. Proporcionar tratamiento pediátrico

| | Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH, 2005 | Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2005 | Número de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2005 | % de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2005 | Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y necesitaban ART, 2005 | Número de niños (de 0 a 14 años) que recibían ART, 2005** | % de niños que necesitaban y recibían ART, 2005 |
|-------------------------------------|---|---|---|--|---|---|---|
| República Popular Democrática Lao | – | <100 | 14 | 28 | – | 3 | – |
| Rumania | – | – | – | – | – | – | – |
| Rwanda | 27.000 | 16.000 | – | – | 7.400 | 1.443 | 20 |
| Saint Kitts y Nevis | – | – | – | – | – | – | – |
| Samoa | – | – | – | – | – | – | – |
| San Vicente y las Granadinas | – | – | – | – | – | – | – |
| Santa Lucía | – | – | – | – | – | – | – |
| Santo Tomé y Príncipe | – | – | 2 | – | – | 2 | – |
| Senegal | 5.000 | 4.600 | – | – | 1.800 | 126 | 7 |
| Serbia† | – | 33 | – | – | – | – | – |
| Seychelles | – | – | – | – | – | – | – |
| Sierra Leona | 5.200 | 4.800 | 23 | 1 | 1.900 | 23 | 1 |
| Singapur | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Somalia | 4.500 | 4.400 | – | – | 1.700 | – | – |
| Sri Lanka | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Sudáfrica | 240.000 | 250.000 | 64.291 | 26 | 67.000 | 12.247 | 18 |
| Sudán | 30.000 | 23.000 | – | – | 9.700 | – | – |
| Suriname | <100 | <100 | – | – | <100 | – | – |
| Swazilandia | 15.000 | 14.000 | 764 | 5 | 5.200 [†] | 851 | 16 |
| Tailandia | 16.000 | 11.000 | – | – | 4.100 | 6.495 [†] | >95 [†] |
| Tanzania, República Unida de | 110.000 | 110.000 | – | – | 41.000 | 2.318 | 6 |
| Tayikistán | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Territorio Palestino Ocupado | – | – | – | – | – | – | – |
| Timor-Leste | – | – | – | – | – | – | – |
| Togo | 9.700 | 9.200 | 378 | 4 | 3.500 | 101 | 3 |
| Tonga | – | – | – | – | – | – | – |
| Trinidad y Tabago | <1.000 | 600 | – | – | <500 | – | – |
| Túnez | – | <200 | – | – | – | – | – |
| Turkmenistán | – | <100 | – | – | – | – | – |
| Turquía | – | – | – | – | – | – | – |
| Tuvalu | – | – | – | – | – | – | – |
| Ucrania | – | 2.400 | 2.100 | 88 | – | 413 | – |
| Uganda | 110.000 | 110.000 | – | – | 39.000 | 5.000 [†] | 13 [†] |
| Uruguay | – | <500 | – | – | – | – | – |
| Uzbekistán | – | <500 | 1 | <1 | – | – | – |
| Vanuatu | – | – | – | – | – | – | – |
| Venezuela, República Bolivariana de | – | 2.300 | – | – | – | – | – |
| Viet Nam | – | 5.500 | – | – | – | 252 | – |
| Yemen | – | – | – | – | – | – | – |
| Zambia | 130.000 | 97.000 | – | – | 40.000 | 5.000 | 13 |
| Zimbabwe | 160.000 | 98.000 | 5.505 | 6 | 44.000 | 1.700 | 4 |

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Cifra estimada de niños que vivían con VIH: Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH en 2005.

Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH: Número estimado de mujeres embarazadas (de 15 a 49 años) que vivían con VIH en 2005.

Número de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole: Número de lactantes expuestos al VIH examinados por un profesional médico dos meses después de su nacimiento y a quienes se comenzó a tratar con profilaxis de cotrimoxazole.

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole: Se calcula dividiendo el número de lactantes expuestos al VIH que han comenzado a recibir la profilaxis de cotrimoxazole por el número estimado de niños nacidos de mujeres embarazadas y con VIH, asumiendo una proporción de un niño por cada madre infectada por VIH. El

denominador es la cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH.

Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y necesitaban ART: Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y necesitaban tratamiento antirretroviral en 2005.

Número de niños que recibían ART: Número de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y recibían ART en 2005.

Porcentaje de niños que necesitaban y recibían ART: Se calcula dividiendo el número de niños que reciben ART por el número estimado de niños que necesitan ART.

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Cifra estimada de niños que vivían con VIH: ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA de 2006*.

Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH: ONUSIDA/OMS estimaciones inéditas, 2006.

Número de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole: UNICEF y OMS, 'Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of VIH and Paediatric Care, 2006' (de próxima publicación).

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole: UNICEF y OMS, 'Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of VIH and Paediatric Care, 2006' (de próxima publicación).

Cifra estimada de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y necesitaban ART: ONUSIDA/OMS estimaciones inéditas, 2006.

Número de niños que recibían ART: UNICEF y OMS, 'Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of VIH and Paediatric Care, 2006' (de próxima publicación).

Porcentaje de niños que necesitaban y recibían ART: UNICEF y OMS, 'Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of VIH and Paediatric Care, 2006' (de próxima publicación).

NOTAS

– Datos no disponibles.

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

** Indicador del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001), como parte de los hombres y mujeres con una infección avanzada del VIH que reciben una terapia de combinación antirretroviral.

† Debido a la separación de Montenegro del Estado de Serbia y Montenegro en junio de 2006, y su admisión posterior a las Naciones Unidas el 28 de junio de 2006, no hay datos desagregados disponibles aún para Serbia y Montenegro como estados separados. Los datos agregados que se presentan corresponden a Serbia y Montenegro antes de la separación.

‡ La fuente de los datos es la OMS, datos inéditos, 2006.



TABLA 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes

| | Conocimientos y comportamientos | | | | | | | | |
|---|---|--------------|---|--|-------|---|-------|---|-------|
| | Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años) | | | % de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (1999-2005*) ** | | % de jóvenes (15 a 24 años) que utilizaron un preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo (1999-2005*) ** | | % de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (1999-2005*) ** | |
| | Hombre (2005) | Mujer (2005) | Mujeres embarazadas en la capital (2001-2005*) ** | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer |
| Afganistán | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Albania | - | - | - | - | 0 | - | - | - | - |
| Angola | 1 | 3 | 3 | - | - | - | - | - | - |
| Antigua y Barbuda | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Arabia Saudita | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Argelia | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Argentina | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Armenia | - | - | - | 8 | 7 | 44 | - | 1 | 1 |
| Azerbaiyán | - | - | - | - | 2 | - | - | - | 1 |
| Bahamas | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bahrein | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bangladesh | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Barbados | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Belarús | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Belice | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Benín | 0 | 1 | 2 | 14 | 8 | 34 | 19 | 24 | 16 |
| Bhután | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bolivia | - | - | - | 18 | - | 37 | 20 | 15 | 6 |
| Bosnia y Herzegovina | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Botswana | 6 | 15 | 34 | 33 | 40 | 88 | 75 | - | - |
| Brasil | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Brunei Darussalam | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bulgaria | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Burkina Faso | 1 | 1 | 2 | 23 | 15 | 67 | 54 | 5 | 7 |
| Burundi | 1 | 2 | 9 | - | 24 | - | - | - | 3 |
| Cabo Verde | - | - | - | - | - | - | - | 40 | 21 |
| Camboya | - | - | 3 | - | 37 | - | - | - | 1 |
| Camerún | 1 | 5 | 7 | 34 | 27 | 57 | 46 | 12 | 18 |
| Chad | 1 | 2 | 4 | 20 | 8 | 25 | 17 | 11 | 19 |
| Chile | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| China | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Colombia | - | - | - | - | - | - | 30 | - | 10 |
| Comoras | <0,1 | <0,1 | - | - | 10 | - | - | - | - |
| Congo | 1 | 4 | 3 | 22 | 10 | 38 | 20 | - | - |
| Congo, República Popular Democrática de | 1 | 2 | 3 | - | - | - | - | 24 | 12 |
| Corea, República de | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Corea, República Popular Democrática de | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Costa Rica | - | - | 5 | - | - | - | - | - | - |
| Côte d'Ivoire | 2 | 5 | 5 | - | 16 | - | - | 15 | 19 |
| Croacia | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cuba | - | - | - | - | 52 | - | - | - | - |
| Djibouti | 1 | 2 | - | - | - | - | - | - | - |
| Dominica | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ecuador | - | - | - | - | - | - | - | - | 7 |
| Egipto | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| El Salvador | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Emiratos Árabes Unidos | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Eritrea | 1 | 2 | - | - | 37 | - | - | - | 9 |
| Etiopía | - | - | 12 | - | - | 30 | 17 | 5 | 14 |
| Ex República Yugoslava de Macedonia | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Federación de Rusia | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Fiji | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Filipinas | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Gabón | 2 | 5 | - | 22 | 24 | 48 | 33 | 48 | 24 |
| Gambia | 1 | 2 | - | - | 15 | - | - | 40 | 69 |
| Georgia | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 |

TABLA 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes

| | Conocimientos y comportamientos | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--------------|---|--|-------|---|-------|---|-------|
| | Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años) | | | % de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (1999-2005*) ** | | % de jóvenes (15 a 24 años) que utilizaron un preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo (1999-2005*) ** | | % de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (1999-2005*) ** | |
| | Hombre (2005) | Mujer (2005) | Mujeres embarazadas en la capital (2001-2005*) ** | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer |
| Ghana | 0 | 1 | 4 | 44 | 38 | 52 | 33 | 4 | 7 |
| Granada | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guatemala | - | - | - | - | - | - | - | 15 | 7 |
| Guinea | 1 | 1 | 4 | - | - | 32 | 17 | 17 | 22 |
| Guinea-Bissau | 1 | 3 | - | - | 8 | - | - | - | - |
| Guinea Ecuatorial | 1 | 2 | - | - | 4 | - | - | - | - |
| Guyana | - | - | - | - | 36 | - | - | - | - |
| Haití | - | - | 4 | 28 | 15 | 30 | 19 | 28 | 12 |
| Honduras | - | - | - | - | - | - | - | 19 | 13 |
| India | - | - | - | 17 | 21 | 59 | 51 | - | - |
| Indonesia | - | - | - | - | 7 | - | - | - | - |
| Irán (República Islámica del) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Iraq | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Islas Cook | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Islas Marshall | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Islas Salomón | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Jamaica | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Jordania | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Kazajstán | - | - | - | - | - | 65 | 32 | 6 | 1 |
| Kenya | 1 | 5 | - | 47 | 34 | 47 | 25 | 31 | 15 |
| Kirguistán | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Kiribati | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Kuwait | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lesotho | 6 | 14 | 27 | 18 | 26 | 48 | 50 | 30 | 16 |
| Líbano | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Liberia | - | - | - | - | - | - | - | 12 | 32 |
| Libia, Jamahiriya Árabe | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Madagascar | 1 | 0 | - | 16 | 19 | 12 | 5 | 8 | 16 |
| Malasia | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Malawi | 3 | 10 | 15 | 36 | 24 | 47 | 35 | 18 | 14 |
| Maldivas | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Malí | 0 | 1 | 3 | 15 | 9 | 30 | 14 | 11 | 26 |
| Marruecos | - | - | - | - | 12 | - | - | - | - |
| Mauricio | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Mauritania | 0 | 1 | - | - | - | - | - | 2 | 13 |
| México | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Micronesia (Estados Federados de) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Moldova, República de | - | - | - | - | 19 | 63 | 44 | - | - |
| Mongolia | - | - | - | - | 32 | - | - | - | - |
| Montenegro† | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Mozambique | 4 | 11 | 15 | 33 | 20 | 33 | 29 | - | 28 |
| Myanmar | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Namibia | 4 | 13 | 8 | 41 | 31 | 69 | 48 | 31 | 10 |
| Nauru | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Nepal | - | - | - | - | - | - | - | 20 | 9 |
| Nicaragua | - | - | - | - | - | - | 17 | - | 11 |
| Níger | 0 | 1 | - | - | 5 | - | - | - | - |
| Nigeria | 1 | 3 | - | 21 | 18 | 46 | 24 | 8 | 20 |
| Niue | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Omán | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pakistán | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Palau | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Panamá | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Papua Nueva Guinea | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Paraguay | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Perú | - | - | - | - | - | - | 19 | - | 5 |

TABLA 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes

| | Conocimientos y comportamientos | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------|---|--|-------|---|-------|---|-------|
| | Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años) | | | % de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (1999–2005*) ** | | % de jóvenes (15 a 24 años) que utilizaron un preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo (1999–2005*) ** | | % de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (1999–2005*) ** | |
| | Hombre (2005) | Mujer (2005) | Mujeres embarazadas en la capital (2001–2005*) ** | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer |
| Qatar | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| República Árabe Siria | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| República Centroafricana | 3 | 7 | 14 | – | 5 | – | – | – | – |
| República Dominicana | – | – | – | – | – | 52 | 29 | 18 | 13 |
| República Popular Democrática de Lao | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Rumania | – | – | – | – | – | – | – | 12 | 3 |
| Rwanda | 0 | 2 | 10 | 54 | 51 | 40 | 26 | 15 | 5 |
| Saint Kitts y Nevis | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Samoa | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| San Vicente y las Granadinas | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Santa Lucía | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Santo Tomé y Príncipe | – | – | – | – | 11 | – | – | – | – |
| Senegal | 0 | 1 | 1 | – | 13 | 52 | 36 | 31 | 29 |
| Serbia† | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Seychelles | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Sierra Leona | 0 | 1 | 3 | – | 16 | – | – | – | 25 |
| Singapur | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Somalia | 0 | 1 | – | – | 0 | – | – | – | – |
| Sri Lanka | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Sudáfrica | 5 | 15 | 25 | – | – | – | – | – | 9 |
| Sudán | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Suriname | – | – | – | – | 27 | – | – | – | – |
| Swazilandia | 8 | 23 | 37 | – | 27 | – | – | – | – |
| Tailandia | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Tanzania, República Unida de | 3 | 4 | 8 | 49 | 44 | 47 | 42 | 13 | 11 |
| Tayikistán | – | – | – | – | 1 | – | – | – | – |
| Territorio Palestino Ocupado | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Timor-Leste | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Togo | 1 | 2 | 9 | – | 20 | – | – | 15 | 11 |
| Tonga | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Trinidad y Tabago | – | – | – | – | 33 | – | – | – | – |
| Túnez | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Turkmenistán | – | – | – | – | 3 | – | – | – | <1 |
| Turquía | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Tuvalu | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Ucrania | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Uganda | 2 | 5 | 5 | 40 | 28 | 55 | 53 | 16 | 12 |
| Uruguay | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Uzbekistán | – | – | – | 7 | 8 | 50 | – | – | – |
| Vanuatu | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Venezuela, República Bolivariana de | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Viet Nam | – | – | – | 50 | 42 | 68 | – | 0,3 | 1 |
| Yemen | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Zambia | 4 | 13 | 21 | 33 | 31 | 40 | 35 | 27 | 18 |
| Zimbabwe | 4 | 15 | 19 | – | – | 69 | 42 | 6 | 3 |

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

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

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

Conocimiento amplio del VIH: Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que responden correctamente cuando se les pregunta cuáles son las dos formas principales de evitar las transmisiones sexuales del VIH (utilizar preservativos y limitar las relaciones sexuales a un compañero fiel no infectado), que rechazan los dos errores locales más

comunes sobre la transmisión del VIH, y que saben que una persona que parece sana puede transmitir el VIH.

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

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

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Prevalencia del VIH entre los jóvenes: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas jóvenes en la capital: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Conocimiento amplio del VIH: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Uso de preservativos durante la última relación sexual de alto riesgo: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Relaciones sexuales antes de los 15 años: DHS, MICS y RHS (1999–2005); www.statcompiler.com.

NOTAS

– Datos no disponibles.

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

** Indicador de la Sesión Especial en favor de la Infancia de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2001)

† Debido a la separación de Montenegro del Estado de Serbia y Montenegro en junio de 2006, y su admisión posterior a las Naciones Unidas el 28 de junio de 2006, no hay datos desagregados disponibles aún para Serbia y Montenegro como estados separados. Los datos agregados que se presentan corresponden a Serbia y Montenegro antes de la separación.



TABLA 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA

| | Niños huérfanos y vulnerables | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|---|
| | Niños que perdieron a uno o a ambos progenitores debido a todas las causas, 2005 | Niños que perdieron a uno o a ambos progenitores debido al SIDA, 2005 | Niños cuya madre murió debido a cualquier causa, 2005 | Niños cuyo padre murió debido a cualquier causa, 2005 | Niños cuyos progenitores murieron debido a cualquier causa, 2005 | Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela (1999–2005) ** | % de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa (2004–2006) ** |
| Afganistán | 1.600.000 | – | 700.000 | 1.100.000 | 170.000 | – | – |
| Albania | – | – | – | – | – | – | – |
| Angola | 1.200.000 | 160.000 | 590.000 | 820.000 | 230.000 | 90 | – |
| Antigua y Barbuda | – | – | – | – | – | – | – |
| Arabia Saudita | – | – | – | – | – | – | – |
| Argelia | – | – | – | – | – | – | – |
| Argentina | 690.000 | – | 120.000 | 590.000 | 23.000 | – | – |
| Armenia | – | – | – | – | – | – | – |
| Azerbaiyán | – | – | – | – | – | – | – |
| Bahamas | 8.000 | – | 3.000 | 6.000 | 600 | – | – |
| Bahrein | – | – | – | – | – | – | – |
| Bangladesh | 4.400.000 | – | 1.800.000 | 2.900.000 | 350.000 | – | – |
| Barbados | 3.000 | – | 600 | 3.000 | <100 | – | – |
| Belarús | – | – | – | – | – | – | – |
| Belice | 5.000 | – | 2.000 | 4.000 | 200 | – | – |
| Benín | 370.000 | 62.000 | 160.000 | 250.000 | 44.000 | – | – |
| Bhután | 78.000 | – | 30.000 | 53.000 | 6.000 | – | – |
| Bolivia | 310.000 | – | 110.000 | 230.000 | 22.000 | – | – |
| Bosnia y Herzegovina | – | – | – | – | – | – | – |
| Botswana | 150.000 | 120.000 | 110.000 | 100.000 | 56.000 | 99 | 95 |
| Brasil | 3.700.000 | – | 850.000 | 3.000.000 | 150.000 | – | – |
| Brunei Darussalam | 4.000 | – | 900 | 3.000 | <100 | – | – |
| Bulgaria | – | – | – | – | – | – | – |
| Burkina Faso | 710.000 | 120.000 | 320.000 | 470.000 | 79.000 | 109 | – |
| Burundi | 600.000 | 120.000 | 310.000 | 400.000 | 110.000 | 70 | – |
| Cabo Verde | – | – | – | – | – | – | – |
| Camboya | 470.000 | – | 170.000 | 340.000 | 110.000 | 71 | – |
| Camerún | 1.000.000 | 240.000 | 540.000 | 660.000 | 180.000 | 99 | – |
| Chad | 600.000 | 57.000 | 280.000 | 410.000 | 84.000 | 105 | – |
| Chile | 200.000 | – | 33.000 | 170.000 | 4.000 | – | – |
| China | 20.600.000 | – | 5.400.000 | 16.000.000 | 880.000 | – | – |
| Colombia | 870.000 | – | 210.000 | 680.000 | 25.000 | – | – |
| Comoras | 33.000 | – | 14.000 | 22.000 | 3.000 | 59 | – |
| Congo | 270.000 | 110.000 | 140.000 | 180.000 | 48.000 | – | – |
| Congo, República Democrática del | 4.200.000 | 680.000 | 2.100.000 | 2.800.000 | 800.000 | 72 | 2 |
| Corea, República de | 450.000 | – | 61.000 | 400.000 | 8.000 | – | – |
| Corea, República Popular Democrática de | – | – | – | – | – | – | – |
| Costa Rica | 44.000 | – | 9.000 | 36.000 | 800 | – | – |
| Côte d'Ivoire | 1.400.000 | 450.000 | 790.000 | 940.000 | 350.000 | 83 | – |
| Croacia | – | – | – | – | – | – | – |
| Cuba | 120.000 | – | 25.000 | 94.000 | 3.000 | – | – |
| Djibouti | 48.000 | 6.000 | 22.000 | 32.000 | 6.000 | – | – |
| Dominica | – | – | – | – | – | – | – |
| Ecuador | 230.000 | – | 59.000 | 180.000 | 8.000 | – | – |
| Egipto | – | – | – | – | – | – | – |
| El Salvador | 150.000 | – | 40.000 | 120.000 | 6.000 | – | – |
| Emiratos Árabes Unidos | – | – | – | – | – | – | – |
| Eritrea | 280.000 | 36.000 | 120.000 | 190.000 | 34.000 | 83 | – |
| Etiopía | 4.800.000 | – | 2.300.000 | 3.200.000 | 660.000 | 60 | 4 |
| Ex República Yugoslava de Macedonia | – | – | – | – | – | – | – |
| Federación de Rusia | – | – | – | – | – | – | – |
| Fiji | 25.000 | – | 9.000 | 18.000 | 2.000 | – | – |
| Filipinas | 2.000.000 | – | 650.000 | 1.400.000 | 100.000 | – | – |
| Gabón | 65.000 | 20.000 | 32.000 | 41.000 | 8.000 | 98 | – |
| Gambia | 64.000 | 4.000 | 26.000 | 43.000 | 6.000 | 85 | – |
| Georgia | – | – | – | – | – | – | – |
| Ghana | 1.000.000 | 170.000 | 490.000 | 640.000 | 110.000 | 79x | – |
| Granada | – | – | – | – | – | – | – |

TABLA 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA

| | Niños huérfanos y vulnerables | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Niños que perdieron a uno o a ambos progenitores debido a todas las causas, 2005 | Niños que perdieron a uno o a ambos progenitores debido al SIDA, 2005 | Niños cuya madre murió debido a cualquier causa, 2005 | Niños cuyo padre murió debido a cualquier causa, 2005 | Niños cuyos progenitores murieron debido a cualquier causa, 2005 | Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela (1999-2005) ** | % de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa (2004-2006) ** |
| Guatemala | 370.000 | – | 100.000 | 290.000 | 19.000 | 98 | – |
| Guinea | 370.000 | 28.000 | 160.000 | 250.000 | 38.000 | 113 | – |
| Guinea-Bissau | 100.000 | 11.000 | 48.000 | 72.000 | 16.000 | 103 | – |
| Guinea Ecuatorial | 29.000 | 5.000 | 14.000 | 20.000 | 5.000 | 95 | – |
| Guyana | 26.000 | – | 11.000 | 19.000 | 3.000 | – | – |
| Haití | 490.000 | – | 250.000 | 340.000 | 100.000 | 87 | – |
| Honduras | 180.000 | – | 52.000 | 140.000 | 8.000 | – | – |
| India | 25.700.000 | – | 7.800.000 | 19.200.000 | 1.400.000 | – | – |
| Indonesia | 5.300.000 | – | 1.800.000 | 3.800.000 | 340.000 | 82 | – |
| Irán (República Islámica del) | 1.500.000 | – | 480.000 | 1.100.000 | 71.000 | – | – |
| Iraq | – | – | 94.000 | 377.000 | 23.000 | – | – |
| Islas Cook | – | – | – | – | – | – | – |
| Islas Marshall | – | – | – | – | – | – | – |
| Islas Salomón | – | – | – | – | – | – | – |
| Jamaica | 55.000 | – | 17.000 | 40.000 | 3.000 | – | – |
| Jordania | – | – | – | – | – | – | – |
| Kazajstán | – | – | – | – | – | – | – |
| Kenya | 2.300.000 | 1.100.000 | 1.400.000 | 1.300.000 | 410.000 | 95 | 10 |
| Kirguistán | – | – | – | – | – | – | – |
| Kiribati | – | – | – | – | – | – | – |
| Kuwait | – | – | – | – | – | – | – |
| Libano | – | – | – | – | – | – | – |
| Lesotho | 150.000 | 97.000 | 100.000 | 95.000 | 47.000 | 95 | 25 |
| Liberia | 250.000 | – | 130.000 | 170.000 | 60.000 | – | – |
| Libia, Jamahiriya Árabe | – | – | – | – | – | – | – |
| Madagascar | 900.000 | 13.000 | 370.000 | 590.000 | 65.000 | 76 | 7 |
| Malasia | 480.000 | – | 130.000 | 370.000 | 17.000 | – | – |
| Malawi | 950.000 | 550.000 | 540.000 | 650.000 | 240.000 | 93 | – |
| Maldivas | – | – | – | – | – | – | – |
| Mali | 710.000 | 94.000 | 320.000 | 470.000 | 85.000 | 104 | 2 |
| Marruecos | – | – | – | – | – | – | – |
| Mauritania | 170.000 | 7.000 | 75.000 | 120.000 | 17.000 | – | – |
| Mauricio | 23.000 | – | 5.000 | 19.000 | 900 | – | – |
| México | 1.600.000 | – | 390.000 | 1.200.000 | 46.000 | – | – |
| Micronesia (Estados Federados de) | – | – | – | – | – | – | – |
| Moldova, República de | – | – | – | – | – | – | – |
| Mongolia | 79.000 | – | 28.000 | 57.000 | 6.000 | – | – |
| Montenegro† | – | – | – | – | – | – | – |
| Mozambique | 1.500.000 | 510.000 | 860.000 | 980.000 | 310.000 | 80 | – |
| Myanmar | 1.700.000 | – | 600.000 | 1.200.000 | 140.000 | – | – |
| Namibia | 140.000 | 85.000 | 86.000 | 83.000 | 31.000 | 92 | 33 |
| Nauru | – | – | – | – | – | – | – |
| Nepal | 970.000 | – | 410.000 | 650.000 | 84.000 | – | – |
| Nicaragua | 130.000 | – | 39.000 | 93.000 | 6.000 | – | – |
| Níger | 800.000 | 46.000 | 370.000 | 520.000 | 87.000 | – | – |
| Nigeria | 8.600.000 | 930.000 | 4.400.000 | 5.800.000 | 1.500.000 | 64x | – |
| Niue | – | – | – | – | – | – | – |
| Omán | – | – | – | – | – | – | – |
| Pakistán | 4.400.000 | – | 1.500.000 | 3.100.000 | 240.000 | – | – |
| Palau | – | – | – | – | – | – | – |
| Panamá | 53.000 | – | 12.000 | 43.000 | 2.000 | – | – |
| Papua Nueva Guinea | 350.000 | – | 160.000 | 240.000 | 48.000 | – | – |
| Paraguay | 150.000 | – | 44.000 | 110.000 | 6.000 | – | – |
| Perú | 660.000 | – | 190.000 | 500.000 | 32.000 | 85x | – |
| Qatar | – | – | – | – | – | – | – |
| República Árabe Siria | – | – | – | – | – | – | – |
| República Centroafricana | 330.000 | 140.000 | 180.000 | 220.000 | 76.000 | 91 | – |
| República Dominicana | 220.000 | – | 74.000 | 160.000 | 14.000 | 96 | – |

TABLA 4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA

| | Niños huérfanos y vulnerables | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|---|--|--|--|
| | Niños que perdieron a uno o a ambos progenitores debido a todas las causas, 2005 | Niños que perdieron a uno o a ambos progenitores debido al SIDA, 2005 | Niños cuya madre murió debido a cualquier causa, 2005 | Niños cuyo padre murió debido a cualquier causa, 2005 | Niños cuyos progenitores murieron debido a cualquier causa, 2005 | Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela (1999–2005*) ** | % de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa (2004–2006*) ** |
| República Popular Democrática Lao, | 290.000 | – | 120.000 | 200.000 | 30.000 | – | – |
| Rumania | – | – | – | – | – | – | – |
| Rwanda | 820.000 | 210.000 | 490.000 | 620.000 | 290.000 | 82 | 13 |
| Saint Kitts y Nevis | – | – | – | – | – | – | – |
| Samoa | – | – | – | – | – | – | – |
| San Vicente y las Granadinas | – | – | – | – | – | – | – |
| Santa Lucía | – | – | – | – | – | – | – |
| Santo Tomé y Príncipe | – | – | – | – | – | – | – |
| Senegal | 560.000 | 25.000 | 250.000 | 370.000 | 67.000 | 74x | 1 |
| Serbia† | – | – | – | – | – | – | – |
| Seychelles | – | – | – | – | – | – | – |
| Sierra Leona | 340.000 | 31.000 | 150.000 | 240.000 | 52.000 | 71 | – |
| Singapur | 26.000 | – | 5.000 | 21.000 | 600 | – | – |
| Somalia | 630.000 | 23.000 | 310.000 | 440.000 | 110.000 | 65 | – |
| Sri Lanka | 310.000 | – | 68.000 | 250.000 | 10.000 | – | – |
| Sudáfrica | 2.500.000 | 1.200.000 | 1.300.000 | 1.600.000 | 450.000 | – | – |
| Sudán | 1.700.000 | – | 740.000 | 1.100.000 | 180.000 | 96 | – |
| Suriname | 10.000 | – | 3.000 | 7.000 | 500 | 89 | – |
| Swazilandia | 95.000 | 63.000 | 67.000 | 56.000 | 28.000 | 91 | – |
| Tailandia | 1.200.000 | – | 290.000 | 990.000 | 50.000 | – | – |
| Tanzanía, República Unida de | 2.400.000 | 1.100.000 | 1.300.000 | 1.500.000 | 410.000 | 82 | – |
| Tayikistán | – | – | – | – | – | – | – |
| Territorio Palestino Ocupado | – | – | – | – | – | – | – |
| Timor-Leste | – | – | – | – | – | – | – |
| Togo | 280.000 | 88.000 | 130.000 | 190.000 | 38.000 | 96 | 10 |
| Tonga | – | – | – | – | – | – | – |
| Trinidad y Tabago | 28.000 | – | 9.000 | 20.000 | 1.000 | – | – |
| Túnez | – | – | – | – | – | – | – |
| Turkmenistán | – | – | – | – | – | – | – |
| Turquía | – | – | – | – | – | – | – |
| Tuvalu | – | – | – | – | – | – | – |
| Ucrania | – | – | – | – | 97.959 | – | – |
| Uganda | 2.300.000 | 1.000.000 | 1.300.000 | 1.500.000 | 540.000 | 95 | 23 |
| Uruguay | 55.000 | – | 8.000 | 48.000 | 1.000 | – | – |
| Uzbekistán | – | – | – | – | – | – | – |
| Vanuatu | – | – | – | – | – | – | – |
| Venezuela, República Bolivariana de | 480.000 | – | 120.000 | 380.000 | 16.000 | – | – |
| Viet Nam | 1.800.000 | – | 600.000 | 1.300.000 | 88.000 | – | – |
| Yemen | – | – | – | – | – | – | – |
| Zambia | 1.200.000 | 710.000 | 860.000 | 800.000 | 420.000 | 92 | 13 |
| Zimbabwe | 1.400.000 | 1.100.000 | 1.100.000 | 920.000 | 700.000 | 98 | 8 |

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Niños que han perdido a uno o a ambos progenitores debido a todas las causas: Número estimado de niños (de 0 a 17 años) que habían perdido a uno o a ambos progenitores debido a cualquier causa a finales de 2005.

Niños que han perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA: Número estimado de niños (de 0 a 17 años) que habían perdido a su madre/padre biológico debido al SIDA a finales de 2005.

Niños cuya madre/padre ha muerto debido a todas las causas: Número estimado de niños (de 0 a 17 años) que habían perdido a su madre/padre biológico debido a cualquier causa a finales de 2005.

Niños cuyos progenitores han muerto debido a cualquier causa: Número estimado de niños (de 0 a 17 años) que habían perdido a ambos progenitores debido a cualquier causa a finales de 2005.

Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela:

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

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

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Niños que han perdido a uno o a ambos progenitores debido a todas las causas: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Niños que han perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Niños cuya madre/padre ha muerto debido a cualquier causa: UNICEF, ONUSIDA y PEPFAR, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS*, 2006.

Niños cuyos progenitores han muerto debido a cualquier causa: UNICEF, ONUSIDA and PEPFAR, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS*, 2006.

Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007*.

Porcentaje de niños en cuyos hogares se recibió ayuda externa: Encuestas en los hogares; Encuesta de Futures Group Coverage 2006.

NOTAS

– Datos no disponibles.

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

** Indicador de la Sesión Especial en favor de la Infancia de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2001)

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

† Debido a la separación de Montenegro del Estado de Serbia y Montenegro en junio de 2006, y su admisión posterior a las Naciones Unidas el 28 de junio de 2006, no hay datos desagregados disponibles aún para Serbia y Montenegro como estados separados. Los datos agregados que se presentan corresponden a Serbia y Montenegro antes de la separación.



ASOCIADOS PARA LA INFANCIA Y EL SIDA

Advocates for Youth • Alianza Internacional Save the Children • AWEPA (Asociación de Parlamentarios Europeos en favor de África) • African Network for Care of Children Affected by VIH/SIDA (ANECCA) • AusAID (Gobierno de Australia) • Banco Mundial • Centros de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) • Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID; Gobierno del Reino Unido) • Baylor International Pediatric SIDA Initiative (BIPAI) • Better Care Network • Brasil + 7 • Catholic Medical Mission Board (CMMB) • Columbia University (ICAP) • Development Cooperation Ireland (DCI) • Ecumenical Advocacy Alliance • Family Health International (FHI) • Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) • Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) • Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo • Fundación Clinton y la Iniciativa para el VIH/SIDA de la Fundación Clinton • Fundación Elizabeth Glaser sobre el SIDA pediátrico • Global Business Coalition (GBC) • Gobierno de los Países Bajos • HelpAge International • Irish Aid (Departamento de Asuntos Exteriores del Gobierno de Irlanda) • Medecins sans Frontieres (MSF) • Mothers 2 Mothers (m2m) • Movimiento Mundial en favor de la Infancia • Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) • ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA • Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) • Organización de Primeras Damas Africanas contra el VIH/SIDA • Organización Mundial de la Salud (OMS) • Plan International • Population Council • Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA (PEPFAR) • Population Services International (PSI) • Save the Children International • Staying Alive • The SIDA Support Organization (TASO) • Tratamiento pediátrico del SIDA para África (PATA) • UNITAID • Visión Mundial • gobiernos nacionales, organizaciones de la sociedad civil y muchos otros en todo el mundo •

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

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

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

Visite el sitio de *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* en la Web:
www.unicef.org/uniteforchildren
o envíenos un correo electrónico a:
SIDAcampaign@unicef.org

© El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Foto de portada: © UNICEF/HQ06-1318/CLAUDIO VERSIANI
ISBN: 978-92-806-4133-2

Febrero de 2007