

La infancia y el SIDA:

Cuarto inventario de la situación, 2009



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



LA INFANCIA Y EL SIDA: CUARTO INVENTARIO DE LA SITUACIÓN, 2009

CONTENIDO

Página 1	I. Introducción
Página 4	II. Prevención de la transmisión de madre a hijo
Página 10	III. Tratamiento y atención pediátrica
Página 15	IV. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes
Página 21	V. Protección, atención y apoyo para los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA
Página 26	VI. Supervisión y evaluación de programas
Página 31	VII. Inversión: Lo que necesitan las mujeres y la infancia
Página 33	VIII. Llamamiento a la acción
Página 36	Referencias
Página 39	Anexo: Notas sobre los datos
Página 40	Objetivo 1. Prevenir la transmisión de madre a hijo en los países de bajos y medianos ingresos.
Página 43	Objetivo 2. Tratamiento pediátrico en los países de bajos y medianos ingresos.
Página 47	Objetivo 3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes.
Página 50	Objetivo 4. Proteger y apoyar a los niños afectados por el VIH y el SIDA.

Fotografía de portada:
© UNICEF/NYHQ2009-0332/Nesbitt

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

Si desea ver las rectificaciones posteriores a la publicación, sírvase visitar nuestra página web <www.unicef.org/publications>.

Si desea ver las actualizaciones posteriores a la publicación, sírvase visitar la página web <www.childinfo.org>.

ISBN: 978-92-806-4476-0

No de ventas: S.09.XX.23



I. INTRODUCCIÓN

Una generación de niños y niñas libres del SIDA no es algo imposible.

Hace años, cuando comenzaba a hacerse aparente el devastador efecto de la epidemia del SIDA sobre la infancia, era imposible concebir una generación de niños y niñas libres del SIDA en un futuro cercano. En 2005, en respuesta a las consecuencias de la epidemia, UNICEF, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) y otros aliados pusieron en marcha *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*, una campaña de ámbito mundial cuya atención y recursos se centran en los efectos más perniciosos del VIH y el SIDA para la niñez y los jóvenes.

Cuatro años más tarde, se han logrado salvar o mejorar muchas vidas gracias a que los gobiernos nacionales, las organizaciones no gubernamentales, las comunidades locales y las organizaciones internacionales se han dedicado a examinar la situación y a generar respuestas. La prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH constituye un objetivo de alcance mundial.

La prevención combinada –que integra enfoques relacionados con el comportamiento, así como de índole estructural/social y biomédica– puede contribuir a reducir la prevalencia de VIH entre los jóvenes. En muchos lugares se han acometido intervenciones que tienen en cuenta el SIDA pero que no se centran exclusivamente en el SIDA, para asistir a los niños y niñas afectados por esta enfermedad.

Ante los indicios que muestran su importancia a la hora de salvar vidas jóvenes, el diagnóstico temprano en la infancia ha pasado a considerarse una prioridad, de modo que actualmente tienen acceso a este servicio más lactantes que nunca. Con el aumento de los indicios que sugieren que la máxima mortalidad por SIDA puede sobrevenir a una edad muy temprana –entre los dos y tres meses, según un estudio– la puesta en práctica de estas recomendaciones deviene más urgente¹.

Los regímenes de tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH llegan actualmente al 45% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH en el mundo. La práctica de pruebas para la detección del VIH entre las mujeres embarazadas beneficia a un 78% de mujeres en Sudáfrica, a un 87% en Botswana y a un 90% en Namibia, tres países que presentan una elevada prevalencia del VIH².

La atención de las necesidades de los niños y niñas afectados por el SIDA ocupa en la actualidad un lugar preeminente en la programación. Ha impulsado la financiación, lo que recientemente ha llevado al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, por ejemplo, a examinar su cartera y a incrementar las ayudas para lograr unos regímenes más eficaces de prevención de la transmisión de madre a hijo. Los niños, niñas y familias ocupan un lugar central en el Marco de resultados de ONUSIDA. Todo esto no habría ocurrido hace tan sólo unos años.



© UNICEF/NVHD2004-1217/Vitale

El mundo no está aún en camino para alcanzar las metas relativas a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo

Está claro que las realidades humanas, políticas, sociales y económicas empañan los progresos alcanzados: la mayoría de los países no lograrán los objetivos fijados como meta al inicio de la campaña *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* para el año 2010.

La crisis económica surgida en 2008–2009 ha generado inquietud en torno a cómo mantener y ampliar la ayuda dirigida a las mujeres y la infancia a fin de alcanzar las metas de acceso universal. Si debido a las carencias económicas se paralizara de pronto la ampliación del tratamiento antirretroviral a nuevos receptores, ello significaría que ningún lactante recibiría tratamiento y que ninguna de las madres que reciben servicios para la prevención de

la transmisión de madre a hijo iniciaría un tratamiento en beneficio de su propia salud.

Si la prevención de la transmisión de madre a hijo resultara exitosa, se reducirá el número de nuevas infecciones entre los recién nacidos; pero esto es un objetivo muy lejano. El alcance de los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo ha aumentado, aunque aún hay demasiadas mujeres en edad reproductiva que contraen el VIH, y una escasa cifra de mujeres embarazadas portadoras del VIH que se benefician de regímenes óptimos. Si bien se ha avanzado en lo que respecta a la práctica de pruebas de detección del VIH a las madres con objeto de administrarles tratamiento para la prevención de la transmisión de madre a hijo, la práctica de pruebas a las madres por su propia salud continúa siendo esporádica³. El empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación, que puede reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo del VIH, no se halla muy extendido.

El número de niños y niñas que reciben tratamiento antirretroviral pediátrico continúa aumentando, pero los imperativos de la práctica de pruebas de detección y el inicio de tratamiento en una fase temprana, que pueden salvar vidas, aún no se han normalizado en la mayoría de los países.

El progreso alcanzado hasta la fecha en lo tocante a muchos de los indicadores de prevención referidos a los jóvenes ha sido lento. Si bien las labores de asistencia a los niños y niñas huérfanos y vulnerables son objeto de una financiación creciente, a menudo sufren restricciones debido a la debilidad de los sistemas y a las deficiencias de coordinación.

Los progresos alcanzados hasta la fecha en materia de prevención de la transmisión de madre a hijo y de atención y tratamiento pediátrico del VIH han sido irregulares, poniendo de relieve las desigualdades que afectan al acceso –a las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento, a los medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo y al tratamiento antirretroviral para las madres y su progenie–, así como las deficiencias en la cobertura de los servicios. Existen varias vías para reducir estas deficiencias.

Para mejorar la asimilación de las intervenciones relacionadas con el SIDA es preciso fortalecer los sistemas sanitarios y vincularlos con las comunidades

Para poder detectar y diagnosticar a la gran mayoría de niños y niñas que padecen el VIH e iniciar su tratamiento es fundamental mejorar los sistemas sanitarios y vincularlos con programas de salud y supervivencia infantil. Dichos factores serán también cruciales para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Integrar la prestación de los servicios relacionados con el VIH y el SIDA orientados a las madres y sus lactantes continúa siendo un enorme desafío. Un programa integral de estos servicios debería incluir la realización de pruebas de detección del VIH y el asesoramiento durante el periodo prenatal, la prestación de servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo para las mujeres que padecen VIH, el diagnóstico temprano del recién nacido y el tratamiento de los lactantes durante el primer año de vida, y la provisión de atención y apoyo a los adolescentes que viven con el VIH, cuyas necesidades pueden no estar cubiertas por ningún sistema particular.

Pero esto no sólo afecta a los mecanismos relacionados con la salud. El cambio en el comportamiento –uno de los tres componentes de la prevención combinada– exige unas normas sociales compartidas que refuercen unas conductas más seguras y que cuenten con el apoyo de

la comunidad. Para llegar a aquellas personas que corren un mayor riesgo es necesario crear políticas y marcos jurídicos que aborden la discriminación.

Para prestar un apoyo adecuado a los niños y niñas que viven con el VIH y el SIDA es necesario mejorar los mecanismos de asistencia y protección social –en especial los relativos a las transferencias de efectivo, a las alternativas al cuidado institucional, y a la atención en el seno de la familia– para todos los niños y niñas. Todos estos sistemas –sanitarios, políticos, jurídicos y de asistencia social– precisan de aportaciones y de apoyo por parte de las comunidades afectadas, y es necesario que estén vinculados entre sí.

Para asegurar unos servicios y unos sistemas duraderos es necesario realizar inversiones juiciosas

Para realizar inversiones sensatas en programas de VIH y SIDA dirigidos a la infancia a escala nacional es importante conocer el alcance de la epidemia, las medidas adoptadas en respuesta a la misma, el coste y los resultados que se han obtenido hasta el momento. Una de las estimaciones más aproximadas de UNICEF en relación a los recursos que se precisan para hacer frente a las necesidades de las mujeres, la niñez y la juventud indica que se necesitan 5.900 millones de dólares anuales para alcanzar las metas de acceso universal a las “Cuatro P”: prevenir la transmisión de madre a hijo, proveer cuidados y tratamiento pediátrico, prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes, y proteger y apoyar a los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA (*véase el capítulo VII*).

Existen pruebas incontestables acerca de la rentabilidad de la prevención. En un estudio reciente basado en datos representativos se concluía que la ampliación de programas de prevención podría reducir a más de la mitad el número de infecciones por VIH para 2015, con un ahorro de 24.000 millones de dólares en gastos de tratamiento⁴. En otro estudio se concluía que, inevitablemente, la prevención debe ser la clave de cualquier respuesta a largo plazo, dada la abrumadora necesidad de tratamiento que se espera para 2030 (55 millones de personas), de persistir la tendencia actual⁵. Otras observaciones demuestran que la prevención primaria es particularmente rentable en lo que se refiere a evitar la transmisión de madre a hijo⁶.

Para una inversión juiciosa es necesario un análisis más exhaustivo de la eficacia de los programas ofrecidos a través de las escuelas, los servicios sanitarios y sociales, los medios de comunicación y la comunidad. Los datos existentes ofrecen una cierta orientación, pero

hasta ahora se han realizado pocas mediciones de los efectos de los programas.

Un enfoque de la infancia y el SIDA basado en los derechos humanos exige abordar los problemas que afectan a la igualdad en el acceso

La universalidad y la igualdad constituyen las piedras angulares de los derechos de la infancia, en las cuales debe hacerse de nuevo hincapié en este año, con ocasión del vigésimo aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño. Esto significa emplear un “prisma de la igualdad” a la hora de ponderar los avances logrados en el camino hacia los objetivos de acceso universal, defender unos principios de atención y tratamiento para todos, y trabajar en aras de una distribución equitativa de los recursos. Y para hacerlo es importante comprender exactamente a quién llegan los servicios.

Los datos –desglosados por edad y género– pueden contribuir a saber quién está quedando excluido y si el acceso a los servicios es equitativo. Si bien se han logrado progresos en lo relativo a compilar datos desglosados, en muchos lugares aún no existe información suficiente que permita orientar estratégicamente los programas o valorar su eficacia. La igualdad debería ser tanto una premisa como un resultado de la programación.

Aunque los programas existan, a menudo es difícil llegar a los niños, niñas y familias. Las metas de acceso universal no deben perpetuar un modelo que hace posible que esos mismos niños, niñas y familias no reciban toda la atención que requieren debido a la ineficacia de los servicios. En un análisis reciente de las poblaciones que corren un mayor riesgo en las epidemias concentradas, se reveló también que sólo un 4,7% de las inversiones en materia de prevención se asignaban a programas dirigidos a usuarios de drogas intravenosas, un 3,3% a programas dirigidos a hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, y un 1,8% a programas dirigidos a trabajadores sexuales⁷.

Sabemos que este tipo de conclusiones pueden traducirse en una acción más eficaz. Pero no hay satisfacción en las batallas que se ganan a medias. Familias, comunidades locales, gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamentales e instituciones internacionales han demostrado que poseen la voluntad y la capacidad para revertir la epidemia. Ha llegado el momento de llevar este compromiso hasta el final.

II. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO

La descentralización y el fortalecimiento de los servicios de salud son esenciales para una mayor ampliación de los servicios orientados a prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH.

PROGRESOS Y LOGROS

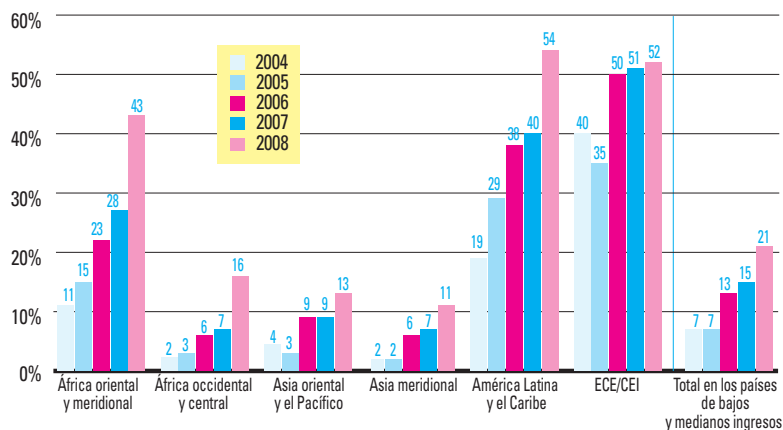
La cobertura de los servicios para la prevención de la transmisión de madre a hijo ha aumentado de manera constante. En 2008, 19 países habían alcanzado unos índices de cobertura del 80% en lo que se refiere a la práctica de pruebas de detección del VIH y al asesoramiento de las mujeres embarazadas que precisaban servicios para prevenir la transmisión del VIH a sus lactantes⁸.

En total, en 2008 se practicaron pruebas de detección del VIH a un 21% de la cifra estimada de mujeres embarazadas que vivían en países de bajos y medianos ingresos, en contraste con el 15% en 2007 y el 13% en 2006 (*Gráfico 1*). Cerca de un 45% de las mujeres embarazadas con VIH de estos países recibieron tratamiento antirretroviral –que incluía el tratamiento antirretroviral en beneficio de su propia salud– para prevenir la transmisión del virus a sus lactantes, en comparación con un 24% en 2006 y un 35% en 2007 (*Gráfico 2*)⁹.

El número de lactantes que recibían tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión de madre a hijo aumentó entre 2005 y 2008 en muchos países que presentaban índices muy elevados de infección por VIH –en particular Mozambique, Swazilandia, la República Centroafricana y la República Unida de Tanzania– y en algunos países de baja prevalencia como China, Indonesia y el Senegal. En 2008, en los países de bajos y medianos ingresos, un promedio del 32% de los lactantes nacidos de madres con VIH recibieron tratamiento antirretroviral profiláctico para la prevención de la transmisión de madre a hijo en el momento de nacer (*Gráfico 3*), lo que supone un incremento con respecto al 20% en 2007 y el 18% en 2006¹⁰.

Sin embargo, pese a los importantes avances logrados en todo el mundo y a numerosas iniciativas fructíferas a escala local y nacional, muchos países de bajos y medianos ingresos aún no están en camino de lograr la meta fijada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. La mayoría de las mujeres, niños y niñas siguen sin tener acceso a servicios básicos de prevención de la transmisión de madre a hijo, en concreto la práctica de pruebas de detección del VIH, la planificación familiar, el asesoramiento, el apoyo en materia de alimentación infantil, y la profilaxis¹¹. Superar este déficit significa suplir las deficiencias que

Gráfico 1. Tendencias en el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron una prueba de detección del VIH, por región, 2004–2008



Nota: Las cifras referidas a la cobertura de pruebas de detección del VIH entre las mujeres embarazadas se recalcularon respecto de años anteriores sobre la base de estimaciones existentes corregidas. ECE/CEI, en este gráfico y los restantes, es la sigla de Europa Central y del Este y Comunidad de Estados Independientes, una región de UNICEF.

Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos recogidos por medio del proceso PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment Report Card y presentados en el informe *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009* (OMS, ONUSIDA y UNICEF). Las cifras se volvieron a calcular con arreglo a la clasificación de UNICEF de las regiones.



afectan a la prestación de servicios, con especial atención a las que se dan entre la atención prenatal y la atención en el parto, y entre las intervenciones orientadas a las madres y las destinadas a los lactantes; y en el contexto de la atención continuada, significa crear vínculos entre los servicios de tratamiento antirretroviral, de salud sexual y reproductiva, y los de atención, apoyo y tratamiento pediátrico.

CUESTIONES PRINCIPALES

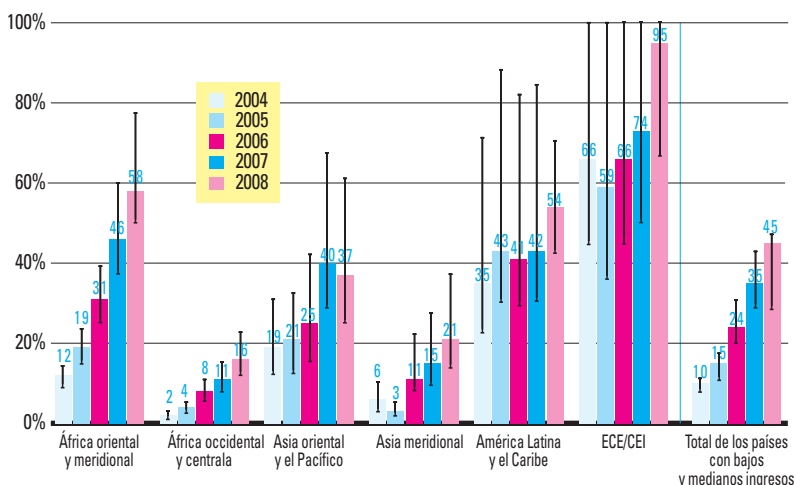
Actualmente existe abundante información acerca de cómo superar los estrangulamientos que afectan a la prestación de servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo. Las experiencias provenientes de países con recursos limitados que han logrado avances importantes indican que los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo pueden ampliarse empleando enfoques estratégicos como, por ejemplo:

- Descentralizar los programas, empleando el ámbito subnacional como unidad de gestión, planificación, coordinación, ejecución y vigilancia del programa.
- Fortalecer la capacidad y armonizar las acciones, los objetivos y los resultados en los servicios de salud materna, neonatal e infantil.
- Ampliar las innovaciones para la prestación de servicios.
- Convertir las intervenciones comunitarias en parte integral de los planes nacionales de ampliación.

El éxito de la ampliación de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo dependerá de la descentralización de la planificación, la coordinación y la ejecución

En la mayoría de los países con recursos limitados, los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo se prestan primordialmente a pequeña escala en las principales ciudades, de manera que la mayoría de las mujeres, niños y niñas que viven en zonas rurales tienen un acceso limitado a ellos. Los recursos existentes que aportan los gobiernos nacionales y los aliados responsables de la ejecución están centralizados, por lo que la planificación y coordinación de los programas se lleva a cabo siguiendo un método vertical. Las principales desventajas han sido un grado de reacción y de responsabilidad deficientes en lo que respecta a la gestión y la puesta en marcha de los programas, en especial la vigilancia y la evaluación. Las experiencias provenientes de algunos países que han logrado progresos importantes en lo relativo a ampliar la cobertura de los servicios de

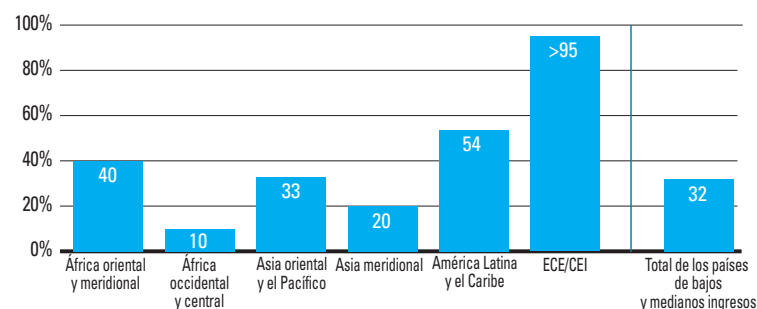
Gráfico 2. Tendencias en el porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por VIH que recibieron profilaxis antirretroviral para la prevención de la transmisión de madre a hijo, por regiones, 2004–2008



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

Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos recogidos por medio del proceso PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment Report Card y presentados en el informe *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009* (OMS, ONUSIDA y UNICEF). Las cifras se volvieron a calcular con arreglo a la clasificación de UNICEF de las regiones.

Gráfico 3. Porcentaje de lactantes nacidos de madres portadoras del VIH que recibieron profilaxis antirretroviral para la prevención de la transmisión de madre a hijo en el momento de nacer, 2008



Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos recogidos por medio del proceso PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment Report Card y presentados en el informe *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009* (OMS, ONUSIDA y UNICEF). Las cifras se volvieron a calcular con arreglo a la clasificación de UNICEF de las regiones.

prevención de la transmisión de madre a hijo, han demostrado que la descentralización es un requisito necesario. La descentralización es capaz de estimular la eficiencia técnica y de gestión, aumentar la eficiencia y la responsabilidad económica, promover la innovación en la prestación de servicios y mejorar la igualdad¹².

En Rwanda, mediante una combinación de financiación basada en el rendimiento centrada en torno a las relaciones a escala de distrito (entre los proveedores de servicios sanitarios, una organización independiente responsable de las adquisiciones y las autoridades administrativas), junto con otras reformas de las políticas sanitarias para estimular la demanda de servicios, se logró aumentar el índice de prestación de servicios institucionales en dos provincias en más de 10 puntos porcentuales entre 2001 y 2004, y se redujeron los pagos directos del bolsillo del usuario de forma considerable. Asimismo se produjo un incremento en la práctica de pruebas de detección del VIH, en especial las pruebas realizadas a parejas, y aumentó también el

grado de cobertura de la planificación familiar y de la inmunización contra el sarampión¹³.

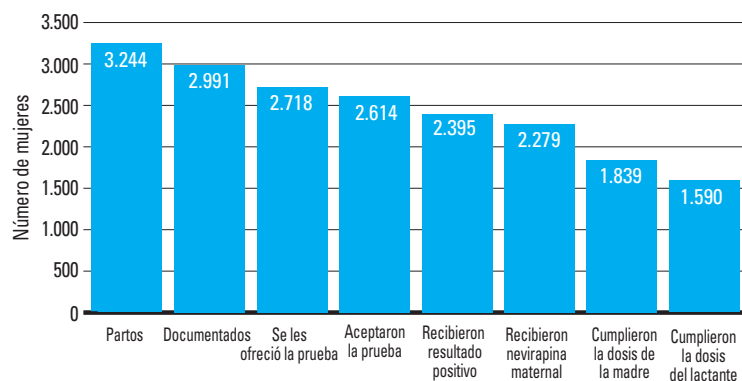
El Plan Nacional de Zambia para la ampliación de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo y de atención pediátrica del VIH de 2007–2010 se está replicando a escala de distrito y con metas basadas en la población. Como parte del proceso de descentralización, se imparte formación a los directores provinciales de salud en materia de políticas de prevención de la transmisión de madre a hijo y de cuestiones relativas a la programación. La intención es que los equipos de gestión sean capaces de coordinar y supervisar, de establecer prioridades e integrar la prevención de la transmisión de madre a hijo en planes de ámbito provincial, de organizar la formación a escala de distrito, de gestionar la logística y de asegurar la vigilancia y la evaluación de los programas¹⁴.

Para una mayor ampliación de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo es imprescindible fortalecer la capacidad y armonizar las acciones, los objetivos y los resultados en los servicios de salud materna, neonatal e infantil

En el contexto del último estudio PEARL sobre la eficacia de la prevención de la transmisión de madre a hijo en África, se realizó un seguimiento de 3.244 mujeres embarazadas que habían dado a luz en centros de salud en los que se prestaban servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo de Camerún, Côte d'Ivoire, Sudáfrica y Zambia. Sólo 1.839 madres (el 57%) y 1.590 lactantes (el 49%) finalizaron un tratamiento completo de nevirapina en dosis única. Entre las razones de que no se finalizara el tratamiento figuraban el que no se ofrecieran pruebas de detección del VIH, la negativa de las madres a someterse a la prueba, que no se entregaran los resultados a la madre y que no se dispensara nevirapina materna (Gráfico 4).

Mejorar el rendimiento de los servicios de salud materna, neonatal e infantil en entornos en los que los recursos son limitados es fundamental para lograr las metas fijadas en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, así como los ODM relativos a la prevención de la transmisión de madre a hijo. En cuanto a la prestación de servicios, la prioridad es suplir las deficiencias que afectan a la atención continuada, mediante el fortalecimiento de los vínculos entre los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo y de administración del tratamiento antirretroviral, los servicios de salud reproductiva, los de inmunización, y otras intervenciones para la supervivencia infantil,

Gráfico 4. Estudio PEARL sobre la eficacia de la prevención de la transmisión de madre a hijo en África



Fuente: Stringer, Jeff, 'The PEARL Study: PMTCT effectiveness in Africa – Research and linkages to care and treatment', presentación realizada en la Consulta regional de expertos sobre la ampliación de la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH y el tratamiento y la atención pediátrica del VIH en África oriental y meridional, Nairobi, el 21 de mayo de 2009, y posteriormente publicada como resumen para la Reunión de ejecutores de programas del VIH/SIDA 2009 (Windhoek, junio de 2009) y la Quinta Conferencia Internacional de la Sociedad Internacional del SIDA sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención (Ciudad del Cabo, julio de 2009).

y la atención, el apoyo y el tratamiento pediátrico. En Zambia, una evaluación practicada recientemente en ocho centros de salud pública del distrito de Lusaka revelaba que, integrando la administración de tratamiento antirretroviral en la atención prenatal, se duplicaba el número de mujeres embarazadas necesitadas de tratamiento antirretroviral que iniciaban tratamiento durante su embarazo¹⁵.

En los países donde se registra una elevada prevalencia del VIH y que cuentan con recursos limitados, un enfoque integral de la prestación de servicios resulta tan práctico como factible. Ello conlleva la creación de políticas adecuadas, el equipamiento de los laboratorios y la práctica de evaluaciones, tanto clínicas como inmunológicas, en relación con el VIH y el inicio del tratamiento antirretroviral en el ámbito de prestación de servicios. Un enfoque integral exige asimismo fomentar la capacidad para sustituir la dosis única de nevirapina por otros regímenes antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo, y crear vínculos con las comunidades locales.

En situaciones de baja prevalencia como ocurre en Camboya y China, resultó eficaz la aplicación de un enfoque de la vinculación que se basaba en unos mecanismos sólidos de remisión de pacientes entre los establecimientos sanitarios, los puntos de prestación de servicios y las comunidades. En la provincia de Guangxi, China, donde apenas se practicaban pruebas de detección del VIH, los índices de cobertura eran deficientes, y existían vacíos entre los servicios prestados por las clínicas de atención prenatal y los programas de atención y tratamiento del VIH y el SIDA, los esfuerzos orientados a ampliar un programa integral de prevención de la transmisión de madre a hijo mediante la vinculación de varios servicios han resultado fructíferos. Actualmente se realizan pruebas de detección a un porcentaje elevado de mujeres, y se les ofrece tratamiento si resultan infectadas. Un factor clave ha sido el establecimiento de vínculos organizativos entre el sector de salud materna e infantil del sistema nacional de salud, el centro chino para la prevención y el control (que abarca la prevención del VIH), el programa nacional de tratamiento antirretroviral gratuito, y los servicios de atención y apoyo¹⁶. El fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud exige un liderazgo político que lo apoye, innovaciones en la financiación de los programas –en particular a escala subnacional–, y que se aborde la carencia de trabajadores sanitarios por métodos prácticos como el relevo de tareas y las labores compartidas.

Cada vez se emplea más la innovación para abordar los estrangulamientos que afectan a los programas, en particular a la prestación de servicios

En lugares donde los recursos económicos y humanos son reducidos y las infraestructuras limitadas, el uso de la telefonía móvil puede contribuir enormemente a la prevención de la transmisión de madre a hijo y al cuidado, apoyo y tratamiento pediátrico del VIH. Los esfuerzos realizados hasta la fecha han consistido principalmente en animar a las mujeres a que regresen a los centros de salud, en hacer un seguimiento de las mujeres y los niños y niñas en los propios centros de salud y entre unos centros y otros, y en mejorar la comunicación de los resultados de las pruebas entre los puntos de servicios y los laboratorios. La Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation ha introducido un innovador enfoque de este tipo en Camerún, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo y Zambia.

Los programas iniciados a escala nacional han adoptado medios innovadores para superar los estrangulamientos que dificultan la asimilación de los servicios relacionados con la administración de medicamentos para la prevención de la transmisión de madre a hijo, los servicios de asesoramiento y apoyo en relación con la lactancia materna, la realización de pruebas de recuento de linfocitos CD4, y la participación de los cónyuges varones. La Alianza Zambia para la prevención, el cuidado y el tratamiento ha asistido al Ministerio de Salud de Zambia en la creación de unos sistemas de transporte de muestras serológicas por motocicleta, para incrementar el acceso a las pruebas de laboratorio relacionadas con el tratamiento antirretroviral –en especial las pruebas de recuento de los linfocitos CD4 para las mujeres embarazadas portadoras del VIH– y comunicar los resultados.

En Haití existe una red comunitaria de mujeres agentes de salud –las *ajan fanm*– que opera como vínculo de unión entre los centros de salud y los hospitales. Las *ajan fanm*, que cuentan con el reconocimiento de los dirigentes comunitarios, visitan a las mujeres embarazadas en sus hogares y las remiten a los centros donde pueden someterse a la prueba de detección del VIH. Ayudan a las mujeres embarazadas portadoras del VIH a que observen el tratamiento e intentan asegurar que los recién nacidos reciban profilaxis en las primeras 72 horas de vida, y acompañan a la madre y al lactante al hospital cuando el parto se produce en el hogar.

Innovaciones en el embalaje conducen al empleo de regímenes más eficaces de prevención de la transmisión de madre a hijo en Lesotho

Con el fin de incrementar la utilización de regímenes antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo más eficaces, el Gobierno de Lesotho introdujo un paquete para la madre y el lactante, preparado a escala local, que contenía todos los medicamentos necesarios para el programa de prevención de la transmisión de madre a hijo. Desde junio de 2007, los proveedores de atención sanitaria de los establecimientos de salud empaquetan los medicamentos en unos sobres marrones, y los entregan a las mujeres embarazadas portadoras del VIH en su primera visita de atención prenatal. UNICEF y sus aliados están creando un paquete similar para la madre y el lactante dirigido a aumentar la cobertura de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo. Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud, este nuevo paquete comprenderá los medicamentos antirretrovirales y el cotrimoxazol que precisan las madres durante el periodo prenatal, y las madres y los lactantes durante el alumbramiento y el postparto. Existe un prototipo consensuado con el que se está experimentando sobre el terreno. Se está llevando a cabo una evaluación oficial de la iniciativa de Lesotho. Las conclusiones se emplearán para informar el proceso general de creación y distribución de un paquete conjunto para la madre y su lactante.

Es necesario integrar las intervenciones de ámbito comunitario en las estrategias de ampliación a escala nacional

Las comunidades locales, en especial las organizaciones religiosas y las personas que viven con el VIH, han desempeñado un papel crucial en lo que se refiere a lograr que la prevención de la transmisión de madre a hijo se convierta en una prioridad de las intervenciones adoptadas por los países a escala nacional. En muchas situaciones en las que los recursos son limitados, proveedores oficiosos de servicios han asumido funciones clave como el asesoramiento en materia de VIH, el apoyo para la observancia del tratamiento, el asesoramiento sobre la lactancia, el apoyo nutricional y la atención en el hogar del lactante. Esto ha contribuido a liberar a los trabajadores sanitarios de la presión derivada de una carga de trabajo cada vez mayor. Sin embargo, se ha prestado poca atención a la integración de estas actividades de base comunitaria en las estrategias nacionales de ampliación, así como a garantizar que su puesta en práctica se realice en el contexto de un enfoque integral y descentralizado. Las comunidades locales, por ejemplo, pueden prestar un apoyo esencial a las madres con VIH que tienen que elegir entre las distintas opciones de alimentación del recién nacido. La promoción de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación y la eliminación de la alimentación mixta, que aumenta el riesgo de transmisión del VIH, puede realizarse en el contexto de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo si existen unos vínculos estrechos entre los programas de salud y nutrición materna e infantil de ámbito comunitario. Las estrategias de comunicación para lograr cambios en el comportamiento que se dirigen a la comunidad y se difunden a través de los grupos de apoyo a las madres y otras estructuras comunitarias existentes, pueden cumplir una función esencial al reforzar los mensajes que se transmiten en los establecimientos de salud¹⁷.

En Lesotho y Rwanda, la movilización de las comunidades ha sido fundamental para lograr que los varones participen en los procesos de prevención de la transmisión de madre a hijo y se sometan a pruebas de detección¹⁸. En Lesotho, la movilización de la comunidad y la participación de los varones en los grupos de apoyo han contribuido asimismo a reducir el estigma que existe en torno a la prevención de la transmisión de madre a hijo, a aumentar la práctica de pruebas de detección en los recién nacidos, y a mejorar los índices de empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación¹⁹.

Para alcanzar los objetivos relativos a la prevención de la transmisión de madre a hijo es preciso ir más allá de una simple gestión de las cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA que afectan a las mujeres y a la infancia

Para una mejora general de la salud y la supervivencia materna e infantil en el contexto del VIH, es preciso que las mujeres embarazadas, las madres que viven con el VIH y su prole reciban cuidados esenciales de prevención y de atención sanitaria primaria para otras afecciones, aparte del VIH, y para aquellas afecciones que resultan peligrosas para las mujeres, los niños y niñas que padecen VIH. Esto incluye la detección y el tratamiento del paludismo, la sífilis y la tuberculosis, así como el tratamiento de las mujeres embarazadas que consumen drogas intravenosas.

En los lugares donde el paludismo es endémico, la morbilidad conjunta del VIH y el paludismo puede abordarse de forma efectiva en el contexto de la atención prenatal y la atención en el parto mediante la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, el tratamiento intermitente preventivo del paludismo entre las mujeres embarazadas en el segundo y tercer trimestre, el empleo del antibiótico cotrimoxazol como profilaxis en los niños y niñas, y una mejor gestión de los casos de paludismo.

En Zambia, la aplicación de los resultados de las investigaciones relativas a la prevención de la transmisión de madre a hijo se asoció a una mejora en la cobertura de las pruebas de detección de la sífilis prenatal²⁰. En Soweto, Sudáfrica, se detectaron casos de tuberculosis activa entre mujeres embarazadas que padecían el VIH gracias a las pruebas de detección de la tuberculosis sintomática que se ofrecen como parte habitual de la atención dispensada durante el asesoramiento sobre el VIH que se imparte después de la realización de las pruebas²¹.

En Europa del Este y Asia Central, se calcula que el 35% de las mujeres portadoras del VIH se infectaron a través del uso de material para el consumo de drogas intravenosas contaminado, y que cerca del 50% contrajeron el virus practicando relaciones sexuales sin protección con parejas que consumían drogas intravenosas²². Es estas situaciones, para ampliar la prevención de la transmisión de madre a hijo se exigen enfoques innovadores que permitan llegar a estas mujeres en situación de riesgo extremo, así como unos vínculos estrechos con los centros de tratamiento de sustitución de opioides.

La actual crisis económica pone de relieve la necesidad de abordar la sostenibilidad a largo plazo de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo

El acceso universal a los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo es una meta alcanzable cuando se cuenta con el respaldo de los dirigentes de una nación y existen el compromiso y los recursos. Con la reciente crisis económica, cobra más importancia que nunca el problema de la sostenibilidad financiera de programas que en gran medida dependen de la financiación externa. Los programas para la prevención de la transmisión de madre a hijo dependen en particular de financiación externa para la adquisición de medicamentos y otros productos, un ámbito que el Banco Mundial ha señalado en su informe financiero mundial como especialmente vulnerable²³.

En el caso de la mayoría de los países con recursos limitados, es urgente determinar el coste real y la repercusión de los programas nacionales de prevención de la transmisión de madre a hijo, a fin de orientar a los gobiernos en la creación de políticas fiscales. Un análisis de este tipo exige que se preste especial atención a la previsibilidad de la financiación interna y externa, a las políticas de recursos humanos y a los mecanismos de financiación, sobre todo a escala descentralizada. Las reformas políticas tales como la abolición de los costes de usuario en relación con los servicios de atención materna, neonatal e infantil, así como las iniciativas progresivas de protección social y los seguros médicos, son importantes para superar los estrangulamientos que afectan el aspecto de la demanda, y para garantizar la igualdad. No obstante, deberá evaluarse también cómo repercuten estas medidas en los costes totales de las iniciativas ampliadas de prevención de la transmisión de madre a hijo, y en qué medida facilitan su eliminación.



© UNICEF/NYHQ2004-1213/Vitale



© UNICEF/NVHD2006-2487/Pirozzi

Las iniciativas de salud mundial, como el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, y la Alianza Sanitaria Internacional, están contribuyendo a fortalecer los sistemas existentes y facilitando los esfuerzos nacionales destinados a asegurar la sostenibilidad. Estos objetivos se consiguen promoviendo una dirección política sólida, abordando la escasez de trabajadores sanitarios, estableciendo mecanismos de financiación de la salud innovadores, y apoyando a los gobiernos nacionales en sus esfuerzos por mejorar los equipos, por optimizar las condiciones de trabajo y por lograr la participación de la sociedad civil, de las personas que viven con el VIH y el SIDA, de los cónyuges varones de las mujeres portadoras del VIH y de las comunidades²⁴.

DESAFÍOS QUE PERSISTEN Y EL CAMINO POR RECORRER

Los indicios programáticos y científicos actuales revelan desafíos relacionados con la introducción en los sistemas de las mejoras necesarias que permitan alcanzar los objetivos de acceso universal relativos a la prevención de la transmisión de madre a hijo. En los establecimientos de atención prenatal no es frecuente que se realicen valoraciones inmunológicas basadas en el recuento de linfocitos CD4, lo cual explica por qué muchas mujeres que viven con el VIH no tienen acceso a tratamiento antirretroviral en beneficio de su propia salud, e ilustra parcialmente por qué a menudo se sigue administrando nevirapina

a las madres para prevenir la transmisión de madre a hijo cuando los regímenes combinados son más efectivos. Además, en el caso de muchas de las mujeres que han sido diagnosticadas con el VIH en el contexto de los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo, no se les hace un seguimiento porque se pierden en la "cascada" de intervenciones necesarias para la prevención eficaz de la transmisión de VIH a sus lactantes.

Adicionalmente, hay muchos programas de prevención de la transmisión de madre a hijo que no incluyen estrategias que permitan detectar a las mujeres que contraen el VIH tras haberse sometido a una prueba inicial negativa, pese a que ciertos indicios sugieren la incidencia de nuevos casos de infección, durante el embarazo y en el primer año después de parto, en mujeres que antes estaban libres de VIH²⁵. A la vista de esta conclusión, en situaciones de epidemia generalizada debería considerarse la práctica de nuevas pruebas de detección a las mujeres libres de VIH en el tercer trimestre del embarazo o en el parto, y en el periodo postparto con ocasión de las visitas para la inmunización infantil al 4º y 9º mes, en el caso de las mujeres que amamantan. Una prioridad de las investigaciones debería ser hallar regímenes antirretrovirales adecuados para las mujeres que contraen el VIH durante el embarazo, y establecer recomendaciones acerca del método más seguro de alimentación del lactante para aquellas que se infectan durante la lactancia materna.

Conclusiones recientes procedentes de ensayos médicos, estudios de observación y programas indican que mediante la administración de tratamiento antirretroviral a las mujeres infectadas por VIH durante el embarazo y la lactancia, y de medicamentos antirretrovirales a los niños y niñas en los primeros meses de vida, se podría reducir de forma considerable el índice de transmisión del VIH durante la lactancia²⁶. Sin embargo, en muchos países no se promueve la lactancia materna como método exclusivo de alimentación, ni se ofrece asesoramiento o apoyo en relación con la alimentación del lactante como parte de los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo. La Organización Mundial de la Salud convocó una consulta de expertos a finales de 2009 con el propósito de examinar las pruebas más recientes y de revisar las directrices relativas al uso de medicamentos antirretrovirales para tratar a las mujeres embarazadas y prevenir la infección por VIH en los lactantes, con atención especial a la importancia del tratamiento antirretroviral y de la profilaxis con antirretrovirales a la hora de reducir la transmisión del VIH asociada a la lactancia materna. Para facilitar un amplio acceso a los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo a las mujeres, niños, niñas y familias que los necesiten, será necesario suplir las deficiencias que afectan a la prestación de servicios, acometer una descentralización efectiva de las políticas, orientar la planificación y la coordinación hacia el ámbito subnacional, y crear vínculos entre los centros de salud, los trabajadores sanitarios y las comunidades. Es preciso que las alianzas constituidas a escala mundial se traduzcan en acciones concertadas en la esfera nacional, y que existan los recursos económicos que permitan la ampliación de los proyectos pequeños y las iniciativas piloto a programas de alcance nacional.

Quedan también preguntas pendientes acerca del coste de los programas eficaces de prevención de la transmisión de madre a hijo y de su repercusión en lo que se refiere a evitar infecciones y a lograr la supervivencia libre de VIH de los niños y niñas en situación de riesgo. Para suprimir los estrangulamientos que continúan dificultando la ampliación de la prevención de la transmisión de madre a hijo es fundamental partir de las pruebas científicas y programáticas actuales, y establecer las prioridades de investigación operacional.

III. TRATAMIENTO Y ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Los importantes avances en la ampliación del acceso al diagnóstico temprano del lactante no se acompañan de progresos paralelos para vincular dicho diagnóstico con un tratamiento temprano.

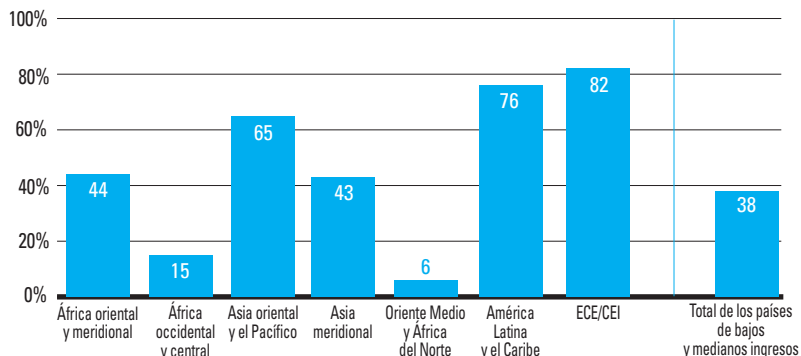
PROGRESOS Y LOGROS

La cifra de niños y niñas que han iniciado tratamiento antirretroviral ha aumentado de forma considerable a lo largo de los últimos años. Mientras que sólo 75.000 niños y niñas menores de 15 años recibían tratamiento antirretroviral en 2005 y 198.000 en 2007, para finales de 2008 esta cifra había alcanzado los 275.000 –o el 38%–, de un total de 730.000 niños y niñas portadores del VIH que necesitaban tratamiento (Gráfico 5). Esto representa un incremento del 39% desde finales de 2007 a finales de 2008 solamente²⁷. El aumento en la proporción de lactantes y niños y niñas que recibieron tratamiento entre 2005 y 2008 ha sido especialmente llamativo en países que registraban niveles muy elevados de infección por VIH, particularmente en Lesotho, Mozambique, Sudáfrica y la República Unida de Tanzania, en lo que se refiere a los niños y niñas menores de 15 años que reciben tratamiento antirretroviral. En los países de baja prevalencia se han registrado aumentos impresionantes entre 2005 y 2008, como es el caso de Gambia, Honduras e Indonesia²⁸.

Teniendo en cuenta los indicios actuales que sugieren que la máxima mortalidad de los lactantes por SIDA puede sobrevenir a una edad muy temprana –entre los dos y los tres meses, según un estudio– el diagnóstico temprano del lactante se impone aun con mayor urgencia²⁹. Numerosos países están acometiendo el consiguiente proceso de ampliación. En 2008, 83 de los 123 países que presentaron informes tenían capacidad suficiente para realizar pruebas virológicas del VIH a los lactantes antes de cumplir los dos meses, lo que supone un incremento en comparación con los 57 de 109 países que presentaron informes en 2007³⁰.

Además de la mejora en el acceso al diagnóstico temprano del lactante y al tratamiento antirretroviral, se ha registrado una ampliación notable en otras iniciativas de atención pediátrica del VIH. El inicio de la profilaxis con cotrimoxazol en los dos primeros meses de vida para los lactantes vulnerables a contraer el VIH, siguiendo las recomendaciones de la OMS, aumentó desde el 4% estimado para 2007 a un 8% a finales de 2008. En 31 países que aportaron datos en 2007 y 2008 –que representan el 26% del total de las mujeres embarazadas infectadas por VIH–, el número de lactantes que comenzaban el tratamiento de profilaxis con cotrimoxazol en los dos primeros meses de vida había aumentado en más de la mitad, pasando de 52.100 en 2007 a 80.500 en 2008³¹.

Gráfico 5. Porcentaje de niños y niñas menores de 15 años que recibían terapia antirretroviral en 2008



Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos recogidos por medio del proceso PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment Report Card y presentados en el informe *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009* (OMS, ONUSIDA y UNICEF). Las cifras se volvieron a calcular con arreglo a la clasificación de UNICEF de las regiones.



A pesar de que la infección pediátrica por VIH continúa afectando a la mortalidad infantil, particularmente en África subsahariana (donde ocurren cerca del 90% de las infecciones pediátricas), es posible que la ampliación de los programas para prevenir la transmisión de madre a hijo y el incremento de los servicios de atención y tratamiento pediátrico del VIH hayan contribuido al descenso de la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años en algunos países con una elevada prevalencia del VIH³².

CUESTIONES PRINCIPALES

Los devastadores problemas asociados a la falta de seguimiento precisan de nuevos enfoques y de una acción inmediata

Aunque se están acometiendo inversiones enormes a escala mundial para asegurar que existan medicamentos y servicios adecuados para los niños y niñas que padecen el VIH o que corren el riesgo de contraerlo, estas inversiones no serán eficaces si los niños y niñas que las necesitan y a quienes se remite a los servicios no pueden acceder a ellos. Pese a ello, los sistemas que facilitan el seguimiento de las mujeres embarazadas y los niños y niñas, por lo general han sido deficientes en numerosos países, debido a lo cual muchos niños y niñas no han recibido el tratamiento que tanto necesitan.

El diagnóstico temprano del VIH en el lactante es, no obstante, una medida fundamental de la atención continuada, y constituye un vínculo esencial con el tratamiento antirretroviral. Si bien muchos países han logrado enormes avances en lo que se refiere a proveer acceso al diagnóstico temprano del lactante, muchos lactantes que registran un resultado positivo en la prueba de detección del VIH no reciben el tratamiento que puede salvarles la vida.

En un estudio reciente practicado en 11 establecimientos del Camerún por el Departamento de Control de las Enfermedades del Ministerio de Salud, en colaboración con la Iniciativa para el VIH/SIDA de la Fundación Clinton, se halló que tan sólo el 32% de los lactantes que registraron un resultado positivo en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa seguían con vida y recibían tratamiento transcurrido casi un año y medio desde diciembre de 2007, fecha en que comenzara la recogida de datos sobre la prestación de servicios de diagnóstico temprano del VIH. La mayor pérdida del seguimiento de los lactantes que recibían atención (el 45%), se producía incluso antes de que la madre recibiera el resultado positivo de la prueba de su lactante (*Gráfico 6*)³³. Los resultados fueron similares en el caso de

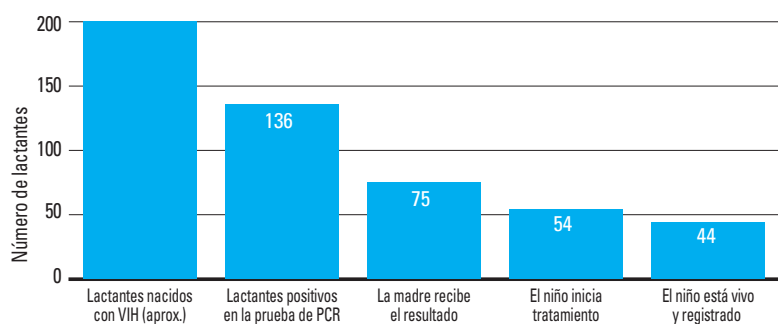
Swazilandia³⁴. Según un estudio independiente practicado por la Fundación Clinton y basado en un meta-análisis de datos de pacientes procedentes de ocho países, la cifra de niños y niñas a los que no se hacía seguimiento después de haber registrado un resultado positivo en la prueba de detección, se estimaba en cerca de un 53%³⁵.

La omisión de seguimiento representa un número considerable de muertes infantiles prevenibles, a la par que una pérdida masiva de inversión en infraestructuras, bienes y horas de trabajo de personal sanitario. En el caso del Camerún, se procedió a un análisis más profundo de las causas de que tantos niños y niñas quedaran excluidos del seguimiento después de haber registrado un resultado positivo en la prueba de detección y antes de recibir los resultados: aunque el tiempo de entrega de los resultados –más de 30 días; muy superior a lo que sería deseable– constituía un factor, existían otros, como la organización clínica y la circulación de los datos de resultados, la ausencia de información de contacto del cuidador, los desafíos relacionados con el estigma y el asesoramiento, y la carga que supone para los pacientes tener que regresar a buscar sus resultados cuando llegan del laboratorio a la clínica. Actualmente el Gobierno del Camerún está adoptando medidas importantes basadas en estos análisis a fin de mejorar el seguimiento de los pacientes jóvenes³⁶.

Para garantizar que los niños y niñas infectados por el VIH o que corren el riesgo de contraerlo reciban los servicios que precisan, los países están comenzando a dirigir su atención a la creación de sistemas que aseguren un mejor seguimiento, que incluyen métodos de eficacia probada como el empleo de información específica del VIH en las tarjetas de salud prenatal e infantil para facilitar el seguimiento clínico, la integración de las intervenciones relacionadas con el VIH en los servicios de salud infantil existentes y en los centros de tratamiento de adultos con VIH, el fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios, y la creación de redes de laboratorios que beneficien a las madres y a los niños y niñas de las zonas donde estos servicios no existen.

Asimismo aplican medidas innovadoras para asegurar que una proporción mayor de lactantes en situación de riesgo de contraer el VIH reciban el seguimiento que es tan crucial en su caso. Entre ellas figura la asistencia entre pares, como en el caso del programa de madre a madre, iniciado en Sudáfrica. Este grupo emplea una “rueda” de diagnóstico temprano del lactante para dar a las madres una fecha concreta en la que deben volver para realizar la prueba a su lactante³⁷. Otras iniciativas como, por ejemplo, los campamentos de salud –que se

Gráfico 6. Resumen de la retención de lactantes a lo largo de la atención continuada: estudio del Camerún



Nota: Se calcula que en 2008 había 36.000 mujeres embarazadas portadoras del VIH en el Camerún, pero se realizó la prueba a menos de 4.000 lactantes. No existen estimaciones sobre la cantidad de “lactantes nacidos con VIH”.

Fuente: Departamento de Control de las Enfermedades, Ministerio de Salud, el Camerún, a partir de datos referidos al período comprendido entre diciembre de 2007 y mayo de 2009.

Las alianzas entre los sectores público y privado mejoran la capacidad de los laboratorios

Los servicios de laboratorio son fundamentales para poder iniciar y supervisar el tratamiento. En 2007, los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (a través del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA) y Becton, Dickinson and Company pusieron en marcha una alianza de 18 millones de dólares y cinco años de duración con el propósito de mejorar los sistemas y los servicios de laboratorio en países africanos duramente afectados por el VIH/SIDA y la tuberculosis.

Esta alianza, que inició su actividad en Côte d'Ivoire, Etiopía, Kenya, Malawi, Mozambique, Sudáfrica, Uganda y la República Unida de Tanzania, está registrando una ampliación considerable en lo tocante al número de trabajadores sanitarios a los que se capacita para practicar pruebas de detección del VIH de calidad y diagnosticar la tuberculosis. Además aporta los planes de estudio y el personal docente que asiste en el Centro Africano para la Formación Integrada de Laboratorio de Johannesburgo, patrocinado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA. En Uganda, esta alianza está contribuyendo a la creación de un sistema de remisión de muestras que ayude a mejorar los servicios de atención y tratamiento del VIH y la tuberculosis. Se está empleando la tecnología de sistemas de posicionamiento global para localizar los laboratorios en mapas al objeto de facilitar la puesta en marcha de un sistema eficaz de transporte de las muestras³⁹.

emplean en la India– han hecho posible también detectar a un gran número de niños y niñas portadores del VIH y remitirlos a tratamiento³⁸.

En dos países que presentaban índices elevados de prevalencia del VIH se está empleando la tecnología móvil para mejorar los servicios. Una iniciativa puesta en marcha en Malawi se sirve de SMS (breves mensajes de texto) para la recogida móvil de datos, y de SMS en grandes cantidades para promover las pruebas de detección entre los hijos e hijas de madres infectadas por el VIH, cuando estos niños y niñas llegan a los programas de nutrición mostrando síntomas de desnutrición aguda grave. En Zambia se está preparando una iniciativa centrada en la prestación de servicios de salud integrales y en la atención de los niños y niñas menores de cinco años.

Las alianzas entre los sectores público y privado han sido fundamentales a la hora de ampliar la capacidad para un mejor seguimiento de los niños y niñas infectados por el VIH o que padecen el riesgo de contraerlo. Han resultado particularmente eficaces para mejorar la práctica de pruebas de detección y la atención de los niños y niñas vulnerables a contraer el VIH (*véase el recuadro*).

Para que resulte eficaz, la atención y el tratamiento pediátrico deben convertirse en parte integral de los programas de supervivencia y salud infantil

La supervivencia libre de VIH –que implica la idea de evitar tanto la infección por VIH como la muerte– es más probable cuando los servicios relacionados con el VIH se prestan en el mismo lugar que los restantes servicios relacionados con la supervivencia infantil⁴⁰. Especialmente en los países en los que hay una elevada prevalencia del VIH, la prestación de servicios relacionados con el VIH en las clínicas de salud materna e infantil –los lugares en que normalmente se atiende a las mujeres y a los niños y niñas de corta edad– contribuye a aumentar la probabilidad de que los niños y niñas infectados por VIH o que corren el riesgo de contraerlo, reciban la atención necesaria en relación con el VIH y las intervenciones de supervivencia infantil que son esenciales para su salud⁴¹.

Fortalecer la capacidad de los trabajadores sanitarios es fundamental para ampliar los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH. Las herramientas que proveen los programas de gestión integral de las enfermedades del adulto y el adolescente y de gestión integral de las enfermedades infantiles de la OMS, simplifican los medios que potencian la capacidad clínica de los trabajadores sanitarios para detectar y tratar a los niños y niñas que padecen VIH o que corren el riesgo de contraerlo. Estas herramientas van dirigidas a los trabajadores sanitarios de la atención primaria, y apoyan la descentralización de los servicios, la atención centrada en la familia, y el seguimiento a lo largo del tiempo de los niños y niñas infectados por el VIH, y de sus madres. Las herramientas de estos programas se han adaptado para su uso en más de 25 países.

Los análisis actuales indican que en algunos países, las iniciativas de salud relacionadas con el VIH y el SIDA han influido positivamente en la asimilación de servicios de salud habituales como la atención prenatal, la planificación familiar y el tratamiento de la tuberculosis⁴². UNICEF, en conjunción con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, se ha embarcado en una nueva iniciativa cuyo propósito es determinar cómo puede la ampliación de programas relacionados con el VIH repercutir de forma positiva en los resultados de salud materna e infantil en los países más afectados por el VIH.

Una mejor comprensión del tratamiento pediátrico y de los obstáculos que dificultan su completa puesta en marcha pone de manifiesto la necesidad de eliminar la transmisión del VIH a los niños y niñas de corta edad

Durante los últimos años se han producido avances notables en lo que se refiere a los medicamentos para la atención pediátrica del VIH. En junio de 2009 había 56 medicamentos antirretrovirales para el VIH infantil aprobados por la OMS y listos para su adquisición, lo que representa un incremento considerable en comparación con los 42 medicamentos disponibles tan sólo un año antes.

Los precios de los regímenes de primera línea han descendido notablemente. En la actualidad, el coste de tratar a un niño o niña

con medicamentos genéricos de primera línea durante un año es de sólo 50 dólares, o de entre 115 y 140 dólares si se emplean jarabes (si bien los costes de los tratamientos de segunda línea continúan siendo considerablemente más elevados). Esto representa una mejora enorme respecto al coste del tratamiento hace tan solo unos años, que superaba los 20.000 dólares anuales por niño. El uso de las combinaciones en dosis única se está extendiendo de manera progresiva, y se espera que en breve esté disponible una combinación de tres medicamentos en dosis única acorde con las recomendaciones de la OMS.

Un nuevo estudio de los Institutos Nacionales de la Salud revela que los regímenes de tratamiento que contienen nevirapina –el fármaco que durante varios años se empleó de manera habitual para prevenir la transmisión de madre a hijo– pueden resultar menos eficaces, debido a que se genera una resistencia a los medicamentos contra el VIH cuando se emplean en lactantes que previamente han recibido una dosis sencilla de nevirapina en el contexto de un régimen profiláctico de prevención de la transmisión de madre a hijo⁴³. El peligro de la resistencia infantil a la nevirapina reside en que amenaza la eficacia de regímenes de primera línea más sencillos, haciendo necesario el uso de regímenes de segunda línea que contienen fármacos más costosos, y cuya ampliación

puede ser más difícil debido a unos requisitos de almacenamiento más complejos.

Otro estudio reciente referido a una extensa cohorte de África meridional revelaba que el 89% de los niños y niñas que habían iniciado un tratamiento de primera línea continuaban respondiendo al mismo después de tres años. El fracaso del tratamiento de primera línea en el 11% restante se asociaba a unos niveles de carga viral antes del tratamiento especialmente elevados, o a una progresión más grave de la enfermedad antes de iniciar el tratamiento, lo cual subraya la necesidad de comenzar el tratamiento lo antes posible⁴⁴.

Se precisan mayores esfuerzos para comprender mejor cómo repercute en las mujeres y la infancia el hecho de cambiar de régimen de prevención de la transmisión de madre a hijo, en términos de la elección del régimen, de los efectos secundarios, del coste de los medicamentos y de los costes asociados con el cambio a otros regímenes de tratamiento en el caso de los niños y niñas. Estos desafíos ponen de manifiesto la necesidad de redoblar los esfuerzos encaminados a eliminar la transmisión del VIH a los niños y niñas de corta edad.

Hay optimismo de que sea posible lograr la igualdad en el acceso a la atención y el tratamiento del VIH

En su conjunto, el acceso de los niños y niñas a la atención y el tratamiento del VIH ha mejorado de forma drástica en los últimos cinco años, desde los tiempos en que los niños y niñas que padecían el VIH o que corrían el riesgo de contraerlo apenas figuraban en los programas internacionales de atención y tratamiento, a la situación actual, en la que el número de niños y niñas que precisan tratamiento y lo reciben está mucho más equiparado con el de los adultos.



© UNICEF/NYHQ2009-0754/Nesbitt



© UNICEF/NYHQ2005-0871/Noorani

DESAFÍOS QUE PERSISTEN Y EL CAMINO POR RECORRER

Con el aumento de la cobertura y la asimilación de intervenciones de prevención de la transmisión de madre a hijo, además del uso de unos regímenes de prevención de la transmisión de madre a hijo más eficaces, cabe esperar que la cantidad de nuevas infecciones en los niños y niñas descienda rápidamente. Quizás se arguya que los fondos deberían reasignarse a otras prioridades; sin embargo, desde una perspectiva de los derechos de la infancia es importante reiterar que todos los niños y niñas –incluso los más marginados– tienen derecho a sobrevivir. En el caso del VIH, a menudo son los más marginados los que más probabilidades tienen de continuar siendo vulnerables a contraer el VIH, incluso cuando las cifras de infecciones pediátricas están descendiendo.

Los jóvenes que viven con el VIH afrontan desafíos concretos que guardan relación con el tratamiento y la observancia del mismo, por lo que es importante promover unas conductas sexuales más seguras a medida que estos jóvenes comienzan a descubrir su sexualidad incipiente. La provisión de atención sanitaria a los adolescentes suele basarse en modelos de atención pediátrica y de adultos, a pesar de que no encajan en ninguna de estas dos categorías. Los países deberán enfrentar el desafío de crear unos cauces adecuados para atender a los adultos jóvenes que viven con el VIH; este proceso implicará consultas con estos jóvenes al objeto de asegurar que las medidas provistas se ajustan a sus necesidades.

Por último, para lograr los objetivos de acceso universal es necesaria una mejor comprensión de los obstáculos inherentes a la ampliación de la atención pediátrica del VIH y a la prestación de los servicios en contextos de bajos y medianos ingresos. Aunque los gobiernos y otros aliados se han comprometido a facilitar el acceso a los medicamentos y productos, persisten otros obstáculos, en particular los relacionados con los sistemas de salud. La insuficiente capacidad de los laboratorios, la escasez de trabajadores sanitarios cualificados, y la debilidad de las infraestructuras obstaculizan la prestación de todos los servicios sanitarios, en especial los relacionados con el VIH. Para asegurar una prestación de atención sanitaria de calidad y los consiguientes descensos de la morbilidad y la mortalidad, es preciso abordar estos problemas sistémicos.

El acceso al tratamiento antirretroviral es menor entre los niños y niñas más pequeños y los que viven en zonas rurales que padecen el VIH, que entre los niños y niñas que viven en las ciudades⁴⁵. La deficiencia de las infraestructuras y de los sistemas de transporte, así como unos niveles de pobreza en general más elevados, han inhibido la consecución de la igualdad en estas situaciones.

Pero todos los niños y niñas tienen derecho a una atención sanitaria básica, que incluye los servicios relacionados con el VIH que salvan vidas. Es importante mejorar el acceso a la atención para los niños y niñas más vulnerables y desfavorecidos, y en algunos países existen iniciativas orientadas activamente a lograrlo. En el noroeste del Brasil, que es mayoritariamente pobre, los municipios han aceptado el desafío de mejorar una serie de indicadores del bienestar de la infancia, entre los que figuran algunos relacionados con el VIH y el SIDA. Como resultado de ello, gran parte de los 1.130 municipios participantes han mejorado sus indicadores, e incluso 259 de ellos los han mejorado todos.

IV. PREVENIR LA INFECCIÓN ENTRE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES

La base de unas acciones de prevención eficaces es una mejor comprensión de las circunstancias mundiales relacionadas con la epidemia.

PROGRESOS Y LOGROS

Se han registrado mejoras importantes en lo que concierne al conocimiento global y correcto sobre el VIH y sobre cómo evitar la transmisión. El grado de conocimiento global entre las mujeres de 15 a 24 años ha aumentado en 10 o más puntos porcentuales en 17 de los 45 países para los que se dispone de datos de tendencias basados en encuestas (1999–2008): este conocimiento ha aumentado en los varones jóvenes de 7 de los 12 países en los que se registran datos sobre tendencias similares (*Gráficos 7 y 8*). En numerosos países se han registrado descensos de 5 o más puntos porcentuales en conductas tan arriesgadas como el inicio de la actividad sexual antes de los 15 años en los jóvenes de entre 15 y 19 años (en 7 países en el caso de las mujeres y 7 países en el caso de los varones); las relaciones sexuales con distintas parejas (en 2 países en el caso de las mujeres, y en 11 en el caso de los varones), y las relaciones sexuales sin preservativo (en 13 países en el caso de las mujeres, y en 13 respecto de los varones)⁴⁶.

Pese a estas tendencias positivas, muchos jóvenes siguen contrayendo el VIH. Se calcula que un 45% del total de nuevos casos de infección por VIH entre personas mayores de 15 años registrados en 2007 eran personas jóvenes de entre 15 y 24 años⁴⁷.

En general, se calcula que en 2008 había un total de 4,9 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años que vivían con el VIH en los países de bajos y medianos ingresos. En todas las regiones excepto dos, había también más mujeres que varones jóvenes que vivían con el VIH (*Tabla 1*). Las jóvenes de África subsahariana son muchísimo más vulnerables a la infección por VIH, en particular en los países “hiperendémicos” de África meridional, en los que la prevalencia es superior al 15%.

Para configurar y perfeccionar las intervenciones de prevención es necesario comprender con claridad las relaciones sexuales adolescentes

El análisis de datos procedentes de encuestas sobre la prevalencia del VIH en ocho países revela que las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años que iniciaron su vida sexual siendo menores de 15 años son más propensas a estar infectadas por el VIH; también se verificaron los datos respecto a otros factores de la conducta y sociodemográficos⁴⁸. En la mayoría de estos países, los índices de prevalencia del VIH son también elevados entre las mujeres que tuvieron su primera experiencia sexual entre los 15 y los 18 años⁴⁹. Este hecho pone de manifiesto la importancia de conocer la edad de inicio de las relaciones sexuales al objeto de asegurar que los programas integrales de prevención lleguen a los adolescentes antes de que inicien su vida sexual.

Tabla 1. Jóvenes de entre 15 y 24 años infectados con VIH, 2008

Región	Mujeres	Varones	Total
África oriental y meridional	2.000.000	850.000	2.900.000
África occidental y central	770.000	320.000	1.100.000
Asia meridional	120.000	130.000	250.000
América Latina y el Caribe	130.000	170.000	300.000
Asia oriental y el Pacífico	120.000	93.000	210.000
ECE/CEI	41.000	29.000	70.000
Oriente Medio y África del Norte	45.000	44.000	89.000
Total	3.230.000	1.640.000	4.900.000

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

Fuente: Estimaciones no publicadas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y la Organización Mundial de la Salud, *Situación de la epidemia de SIDA 2009*, ONUSIDA y OMS, Ginebra (próxima publicación).

Encuestas practicadas en cuatro países revelan que cerca de 1 de cada 4 mujeres jóvenes informaron de que su primera experiencia sexual había sido forzada⁵⁰. Numerosos indicios sugieren que la violencia de género –en particular la violación, relaciones sexuales a la fuerza, la violencia sexual, y la coerción y la explotación sexual– constituye un factor grave de riesgo de contraer el VIH⁵¹. Esto pone de relieve la necesidad de promover el cambio social con el fin de hacer que todas las formas de violencia contra las niñas sean socialmente inaceptables, y de promulgar y aplicar leyes que las tipifiquen como delitos y las castiguen. Este proceso implica cuestionar y desafiar las normas sociales que persisten en las comunidades, y lograr la participación de los niños y los varones adultos, así como de los progenitores y las familias en los esfuerzos orientados a la transformación de los géneros.

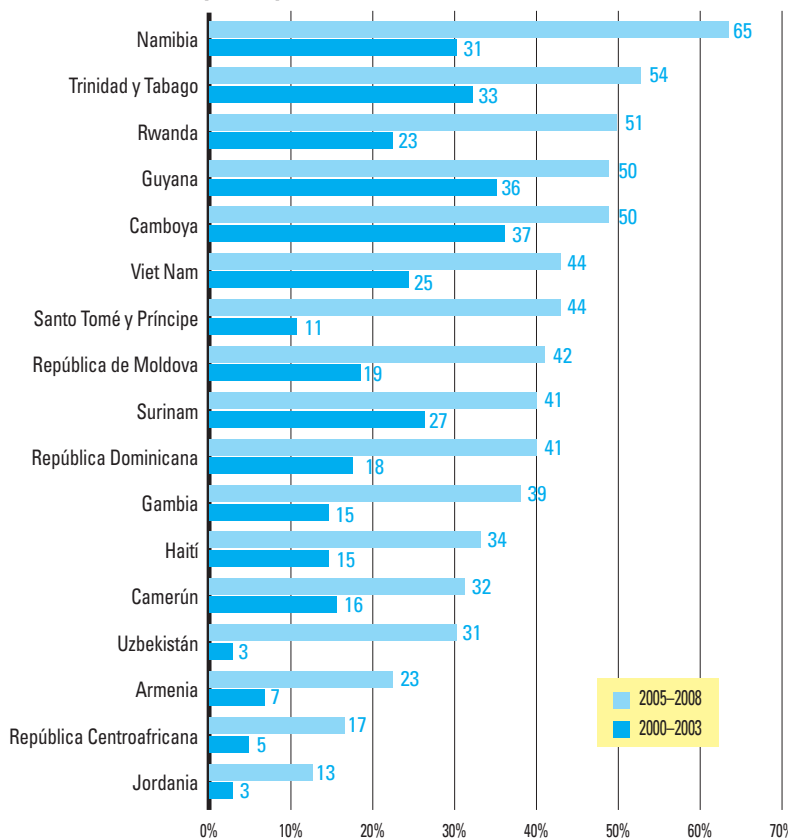
Según un análisis de datos procedentes de Encuestas de Demografía y Salud y de Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados de 36 países, menos de 1 de cada 4 mujeres de entre 15 y 24 años alegaron haber empleado el preservativo en su última relación sexual en los 12 meses previos a la encuesta⁵². Entre este grupo de población, el índice de empleo de preservativos en la última relación sexual con un compañero en situación mayor de riesgo es bajo (32%), y más bajo aún cuando el compañero no tiene una situación mayor de riesgo (6%), si bien los índices de utilización del preservativo varían según los países⁵³.

Entre las mujeres jóvenes que han tenido relaciones sexuales, son menos de la mitad las que afirman haber podido obtener un preservativo por sus propios medios. Se impone la necesidad de abordar los aspectos políticos, así como los factores religiosos y culturales y las susceptibilidades en torno al asunto de los preservativos y los jóvenes. Al mismo tiempo, es preciso suprimir las barreras locales que dificultan la obtención y el uso de preservativos por parte de los jóvenes –tanto los varones como las mujeres– mientras se continúa educando sobre los beneficios del uso del preservativo para reducir el riesgo de contraer el VIH. Para que esto ocurra es fundamental un liderazgo firme por parte de los gobiernos.

La clave de un enfoque integral de la prevención del VIH entre los jóvenes reside en el cambio de conducta, sin el cual los progresos alcanzados serán insostenibles

La intensa labor realizada a lo largo de muchos años ha contribuido a mejorar el conocimiento

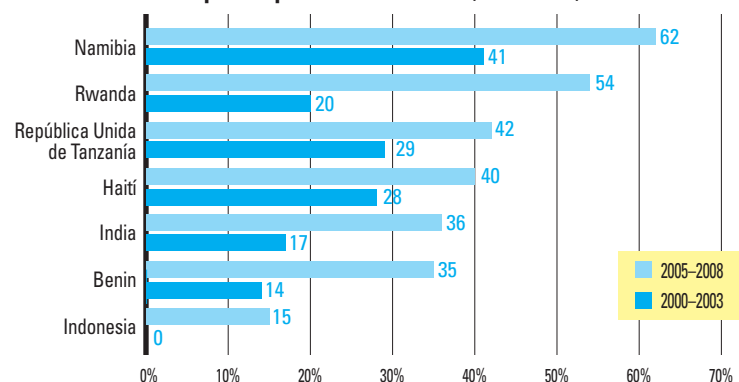
Gráfico 7. Porcentaje de mujeres jóvenes de 15 a 24 años con un conocimiento general y correcto del VIH, en países en los que dicho conocimiento se ha incrementado en 10 puntos porcentuales o más (2000–2008)



Nota: Los años a que se refieren los datos son los siguientes: República Dominicana (1999–2007); Armenia, Camboya, Rwanda y Uzbekistán (2000–2005); Haití (2000–2005/06); Camerún, República Centroafricana, Gambia, Guyana, Santo Tomé y Príncipe, Surinam, Trinidad y Tabago y Viet Nam (2000–2006); Namibia (2000–2006/07); República de Moldova (2000–2008); Jordania (2002–2007). Los datos referidos a la República de Moldova no incluían uno de los componentes del indicador. Los datos referidos a Jordania difieren de la definición oficial. Para ver todos los países declarantes en relación con este indicador, véanse los Gráficos 13 y 14.

Fuente: DHS, MICS y Encuesta Nacional de Moldova representativa de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los jóvenes en relación con el VIH/SIDA, 1999–2008.

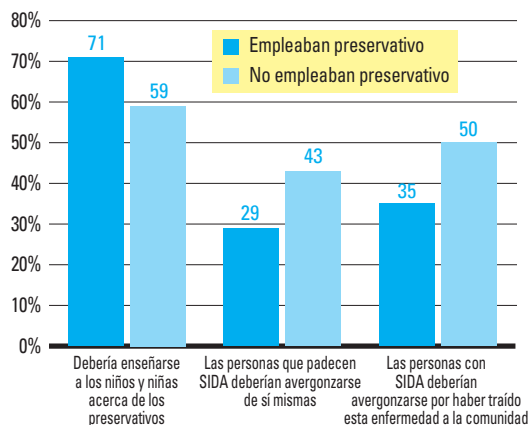
Gráfico 8. Porcentaje de hombres jóvenes de 15 a 24 años con un conocimiento global y correcto acerca del VIH, en países en que dicho conocimiento se ha incrementado en 10 puntos porcentuales o más (2000–2008)



Nota: Los años a que se refieren los datos son los siguientes: República de Tanzania (1999–2007/08); Rwanda (2000–2005); Haití (2000–2005/06); Namibia (2000–2006/07); India (2001–2005/06); Benin (2001–2006); Indonesia (2002/03–2007). Los datos relativos a Indonesia difieren de la definición oficial. Para ver todos los países declarantes en relación con este indicador, véanse los Gráficos 13 y 14.

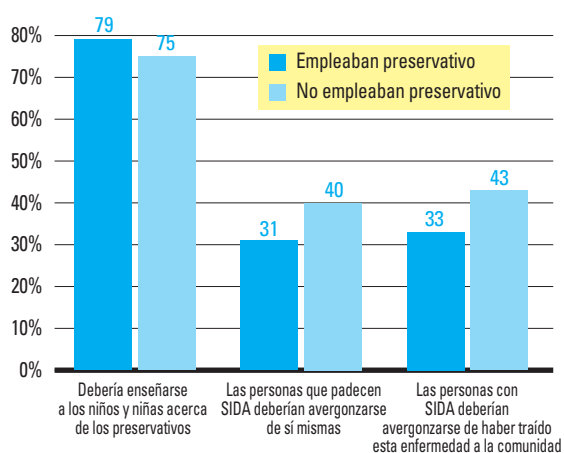
Fuente: Encuestas centinela sobre conducta, DHS, Encuesta Nacional sobre la Familia (India) y Encuestas de salud reproductiva (RHS), 1999–2008.

Gráfico 9. Porcentaje de mujeres de entre 15 y 24 años que empleaban y no empleaban el preservativo, clasificado según su actitud frente a la infección por VIH en sus comunidades (2001–2007)



Fuente: Análisis preliminar de datos procedentes de DHS y MICS (2001–2007) practicado por UNICEF y ICF Macro, 2009.

Gráfico 10. Porcentaje de varones de entre 15 y 24 años que empleaban y no empleaban preservativo, clasificado según su actitud frente a la infección por VIH en sus comunidades (2001–2007)



Fuente: Análisis preliminar de datos procedentes de DHS y MICS (2001–2007) practicado por UNICEF y ICF Macro, 2009.

de los jóvenes sobre el VIH y otros riesgos de carácter sexual, y las pruebas revelan que el grado de conocimiento general y correcto se ha incrementado en numerosos contextos. No obstante, existe una disparidad evidente entre el conocimiento de los riesgos asociados al VIH y el cambio real de conducta, debido en parte a las fuerzas contrapuestas que confluyen en las costumbres culturales y las elecciones sexuales.

Por ejemplo, en la República Unida de Tanzania y Zimbabwe se ensayaron sendas intervenciones de prevención que se centraban en potenciar

las aptitudes de los jóvenes y en modificar sus conductas. Ambas intervenciones arrojaron progresos importantes en lo que se refiere a aumentar y reforzar el conocimiento de los jóvenes y, en el caso de la República Unida de Tanzania, se informó de una cierta influencia sobre los comportamientos sexuales. No obstante, los ensayos no mostraron ninguna disminución en la cantidad de nuevas infecciones por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual⁵⁴.

El análisis de datos provenientes de las Encuestas de Demografía y Salud y de Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, revelaba que los jóvenes de entre 15 y 24 años que viven en comunidades cuyos miembros piensan que debería educarse a los niños y niñas de entre 12 y 14 años acerca de los preservativos, son más propensos a utilizarlos (Gráficos 9 y 10). Este análisis subraya la importancia del papel que cumplen las comunidades a la hora de influir en la elección de conductas sobre el uso del preservativo entre los jóvenes. Los datos procedentes de las encuestas revelaban asimismo que los jóvenes de aquellas comunidades que mayoritariamente piensan que debe culparse a las personas con SIDA por introducir la enfermedad en la comunidad, tienen menos tendencia a hacer uso del preservativo.

Algunas intervenciones han logrado modificar las conductas. Pruebas recientes procedentes de Sudáfrica revelaron que el descenso en la prevalencia del VIH –desde el 10,3% en 2005 al 8,6% en 2008– entre los jóvenes de 15 a 24 años probablemente era atribuible a un aumento considerable en el uso del preservativo y al amplio alcance de los programas de comunicación practicados entre este grupo de edad⁵⁵.

Hay otras conductas relacionadas con el VIH que pueden variar de forma acusada, como el acceder a someterse a la prueba de detección del VIH. En 2008 se puso en marcha en Uganda una iniciativa que, mediante un concurso por vía de SMS, animaba a los usuarios de teléfonos móviles de entre 17 y 45 años a que sometieran voluntariamente a la prueba de detección del VIH y recibieran asesoramiento en el centro de salud local. Como incentivo, se ofrecía a los participantes tiempo de uso gratuito canjeable. El resultado fue que el número de clientes que acudían a los centros para someterse a la prueba de detección aumentó en un 40%, pasando de 1.000 a 1.400 en tan sólo seis semanas⁵⁶. No obstante, aún es demasiado pronto para saber si esta nueva experiencia es sostenible y si, efectivamente, contribuirá a originar un cambio de conducta en lo que se refiere, por ejemplo, al uso del preservativo, a la abstinencia y a la disminución del número de parejas.

Estudios procedentes de Sudáfrica subrayan los beneficios de un enfoque multidimensional de la doble epidemia de violencia basada en el género y VIH⁵⁷. Las observaciones derivadas han demostrado que las intervenciones múltiples que abordan a un tiempo la violencia basada en el género y el riesgo de contraer el VIH, además de la cuestión de la generación de ingresos, pueden llegar a reducir con éxito la violencia y el riesgo de contraer el VIH⁵⁸.

Los países están haciendo uso de un mejor conocimiento sobre la vulnerabilidad de las niñas para la elaboración de políticas y programas

En el último año se ha cobrado una mayor conciencia de la cifra desmedida de infecciones que se registran entre las mujeres jóvenes en África meridional. No obstante, en la mayoría de los países de África

oriental y meridional, el promedio de niñas de entre 15 y 17 sexualmente activas era inferior al 30%. Un análisis reciente de datos desglosados por edad y género revelaba que los índices de prevalencia del VIH en las niñas de entre 15 y 17 años, eran bajos en comparación con los de las mujeres de entre 23 y 24 años en una serie de países de alta prevalencia e hiperendémicos de África oriental y meridional (Kenya, Malawi, Swazilandia y Zimbabwe), así como en el Camerún, en África Central⁵⁹.

En respuesta a estas conclusiones, el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Malawi se ha embarcado en una iniciativa en la que participan aliados de las Naciones Unidas – UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)–, organizaciones de la sociedad civil, el Ministerio para el Desarrollo de las Mujeres y la Infancia, el Ministerio para el Desarrollo de la Juventud y el Deporte, y los jóvenes. Esta iniciativa, conocida con el nombre de “Entre hermanas”, tiene por objeto fomentar la autonomía de las niñas de 15 a 17 años. Considerando a las hermanas mayores como una fuente fiable de información sobre salud reproductiva, las provee de un módulo de intervenciones llamado “Educación para la vida práctica y más”, para que lo empleen con otras niñas más jóvenes. Se dirigen mensajes sobre el cambio social a las familias de las niñas más jóvenes a fin de crear un entorno de mayor protección para ellas. El modelo de la iniciativa “Entre hermanas” está siendo explorado en Namibia y la República Unida de Tanzania, y constituye la base de los estudios operacionales que actualmente se están llevando a cabo en Botswana.

En la mayoría de los países de África occidental y central, la prevalencia del VIH entre las niñas adolescentes es de 2 a 5 veces mayor que para los varones. En algunas provincias de la República Democrática del Congo, UNICEF y sus aliados han prestado su apoyo a un enfoque integrado que abarca la prevención del VIH, el bienestar, la protección y el fomento de la autonomía de las niñas adolescentes, con especial atención a las más jóvenes. Este esfuerzo se revela promisorio, combinando la educación, la reducción del riesgo, la protección frente a la violencia, y el acceso a oportunidades de subsistencia.

El nivel educativo y el grado de asistencia a la escuela entre los jóvenes de 15 a 24 guardan una relación estrecha con el riesgo de contraer el VIH, en particular en el caso de las mujeres

jóvenes. Datos colectivos procedentes de Encuestas de Demografía y Salud revelan que las mujeres jóvenes que continúan asistiendo a la escuela primaria, secundaria o superior presentan índices más bajos de infección por VIH que aquellas que han abandonado la escuela⁶⁰. En estudios recientes procedentes de varios países se mencionan varios factores que ocasionan el abandono de la escuela⁶¹. Los datos generales sugieren que a la hora de programar las iniciativas de prevención del VIH, es preciso prestar más atención a las pautas de asistencia a la escuela y a las causas de abandono, con especial atención a que las niñas que cursan educación primaria y secundaria permanezcan en la escuela.

Aunque la asistencia a la escuela constituye en sí misma un potente factor de protección frente al VIH, unas intervenciones eficaces en la escuela pueden contribuir a mejorar el grado de conocimiento, los hábitos y la preparación en torno al VIH, apoyando las medidas generales orientadas a generar cambios en la conducta. Estas intervenciones pueden, además, dar respuesta a otras necesidades de los niños y niñas infectados y afectados por el VIH y el SIDA. Estos dos objetivos centrales se refieren en una nueva publicación del Equipo de tareas interinstitucional de ONUSIDA sobre la educación titulado: *Un enfoque estratégico: el VIH y el SIDA y la Educación*.

Uno de los principales obstáculos que se oponen a la prevención eficaz en las escuelas es la falta de marcos nacionales creados a partir de las observaciones y aplicados a escala local. El Ministerio de Educación y Capacitación de Botswana ha abordado esta cuestión creando en 2009 un marco de capacitación que se centra en los principales factores del VIH de este país y en las técnicas de reducción del riesgo para los adolescentes. Sobre la base de este marco se está llevando a cabo una revisión de los planes de estudio y de los exámenes nacionales de los estudiantes.

En América Latina y el Caribe, un Secretariado Ejecutivo regional e intersectorial coordinado por los Ministerios de Salud y Educación Pública de México, se encarga de llevar a la práctica los compromisos reflejados en la Declaración Ministerial “Prevención a través de la Educación”, firmada en 2008. Los países están estableciendo un marco conjunto para la educación sexual integral basado en las pruebas que responda a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes. En tres regiones de México se ha organizado un comité intersectorial relacionado con la salud, la educación sexual y el VIH, que se encarga de instruir a formadores en materia de salud sexual y reproductiva. En 2008, el Ministerio de la Educación de Nicaragua, con el apoyo de UNICEF, incorporó la educación sobre el VIH a los planes de estudio de las escuelas primarias y secundarias y a los centros de formación de docentes de seis zonas del país.

Para reducir la incidencia del VIH tanto entre los varones como entre las mujeres se precisan intervenciones que promuevan la participación de los niños y los varones jóvenes

Los esfuerzos dirigidos a promover la participación de los niños y los varones jóvenes en la prevención del VIH y a abordar las cuestiones relacionadas con la igualdad entre los géneros han cobrado impulso en años recientes. En 2009, se celebró en Río de Janeiro el simposio mundial titulado Involucrando a hombres y niños en la equidad de género, auspiciado por una alianza de organizaciones no



gubernamentales, entre las que figuran Promundo (Brasil), el Instituto Papai (Brasil), la White Ribbon Campaign Canada, la Alianza MenEngage, Save the Children de Suecia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Este simposio dio origen a un llamamiento a la acción para lograr que los niños y jóvenes varones participen en la reducción de la violencia contra las mujeres y las niñas, promover la salud sexual y reproductiva y prevenir la transmisión del VIH. Los varones jóvenes y los niños son también los destinatarios de los esfuerzos de prevención relacionados con los grandes eventos deportivos venideros (véase el recuadro de la derecha).

Además es preciso que la circuncisión masculina forme parte del módulo general de prevención para los varones jóvenes; sin embargo, las dificultades y barreras que enfrentan los 13 países prioritarios de África oriental y meridional, en los que los índices de prevalencia del VIH son elevados y los de circuncisión bajos, continúan inhibiendo la asimilación de este tipo de programas⁶². En Kenya, en cambio, hay indicios alentadores de que la ampliación de estas medidas podría no ser algo tan lejano. En noviembre de 2008, se puso en marcha en la provincia occidental de Nyanza un plan integral de circuncisión de los varones mediante el cual se circuncidó a más de 20.000 hombres en los seis primeros meses. El compromiso político fue clave, como también lo fueron la determinación y la participación de los jóvenes, que presionaron por que se pusiera en marcha la intervención. En marzo de 2009, el Ministerio de Salud de Botswana facilitó la reunión de un grupo consultivo para la juventud acerca de la circuncisión masculina, en la que los jóvenes participantes ayudaron a formular una estrategia de comunicación referida a la circuncisión segura.

Cada vez se debate más acerca de la circuncisión de los lactantes, que es menos arriesgada que la de los adolescentes o los adultos. En situaciones óptimas en las que se cuenta con personal sanitario capacitado y con los equipos adecuados, la operación es relativamente fácil y segura, y presenta menos complicaciones que cuando se practica a los adultos⁶³. No obstante, no será posible valorar la repercusión de la circuncisión de los lactantes en la prevalencia del VIH hasta dentro de 15 o 20 años, cuando estos lactantes se conviertan en jóvenes sexualmente activos.

Llegar a los niños y varones jóvenes con mensajes de prevención a través de los deportes

La Copa Africana de las Naciones, que se celebrará en Angola en enero de 2010, es un cauce para la difusión de mensajes sobre la prevención, cuyo propósito es motivar a los hombres de la región para que manifiesten públicamente su posición en lo que se refiere a la conducta sexual responsable. Asimismo, con ocasión de la Copa Mundial de la FIFA prevista entre los meses de junio y julio de 2010 en Sudáfrica, se celebrará la campaña de ámbito nacional Brothers for Life, que consistirá en presentar a varones que practican unos hábitos sexuales sanos como modelos de conducta para otros hombres. Futbolistas y personalidades célebres se encargarán de la parte de la campaña que concierne a la comunicación.

No será posible detener la epidemia de SIDA mientras que los servicios de prevención no lleguen de manera prioritaria a los grupos marginados y en situación de riesgo, sin discriminación

Los enfoques de la prevención basados en los derechos humanos incluyen a los adolescentes y a los jóvenes, en especial aquellos que corren un mayor riesgo y que son particularmente vulnerables a la infección. Sin embargo, aún no se practican de forma sistemática las compilaciones y los análisis de datos desglosados por edad, género y otras características necesarios para comprender lo que está ocurriendo con estas poblaciones, aunque hay algunas excepciones. Un proyecto actualmente en curso, llevado a la práctica por la London School of Hygiene & Tropical Medicine y UNICEF en siete países de Europa Central y del Este, ha comenzado a aportar pruebas detalladas acerca de las conductas de riesgo de los adolescentes y de su acceso a los servicios de reducción del riesgo: sus resultados han comenzado a influir en las políticas y las prácticas de la región. Las conclusiones muestran que los adolescentes más vulnerables no son una prioridad en los lugares en los que hay una baja prevalencia del VIH. Entre las razones para ello figuran los recursos limitados, la incertidumbre política y la falta de capacidad⁶⁴.

Representantes de Bolivia, Brasil, Colombia y Perú acordaron en septiembre de 2008, en Lima, la formulación de recomendaciones para dar respuesta a la vulnerabilidad al VIH de los jóvenes que viven y trabajan en las calles. En el Afganistán y otros lugares, la explotación y el abuso sexual de varones adolescentes en situación muy vulnerable y las relaciones sexuales consensuadas entre varones son prácticas bastante extendidas pero que por lo general no reciben atención⁶⁵.

Las partes interesadas se han congregado para abordar estas cuestiones. En el Irán, una valoración de los servicios destinados a los adolescentes que se incluyen en el sistema habitual de salud ha puesto de manifiesto la necesidad de remodelar dichos servicios a fin de lograr que se centren más en los jóvenes vulnerables y que padecen un mayor riesgo de contraer el HIV.

La infancia y los jóvenes son también particularmente vulnerables durante las situaciones de emergencia. Partiendo de las nuevas directrices del Comité Permanente entre Organismos sobre el VIH en situaciones de ayuda humanitaria, se establecieron herramientas para dar prioridad a la educación sobre VIH en las situaciones de emergencia.

Desde el punto de vista de los derechos de la infancia, no pueden descuidarse las vidas y la salud de los adolescentes y los jóvenes que viven con el VIH

El número de jóvenes que padecen VIH y SIDA que contrajeron la infección por vía perinatal y que sobreviven hasta la edad adulta, continúa aumentando a medida que mejoran los efectos benéficos de la terapia antirretroviral gracias a unos regímenes más adecuados y a un mayor acceso al tratamiento. Debido al aumento en el acceso a las pruebas de detección, actualmente hay más jóvenes que conocen su condición de portadores; sin embargo, la mayoría de sus familias y comunidades se muestran remisas a apoyarles. Actualmente, la OMS está finalizando un módulo referido a los adolescentes infectados por el VIH, que se incorporará a la formación sobre gestión integrada del SIDA en los adolescentes y adultos.

Las investigaciones practicadas en una serie de centros de atención y apoyo al VIH de Uganda revelaron que tan sólo una tercera parte de los jóvenes de 15 a 19 años hablaban con sus progenitores o tutores acerca de sus necesidades de salud sexual y reproductiva⁶⁶. Esto condujo a la creación de unas intervenciones específicas para los progenitores con hijos e hijas adolescentes que habían contraído el VIH por vía perinatal y a una atención renovada de las necesidades de prevención de estos jóvenes.

En Haití, los niños y niñas jóvenes de entre 13 y 19 años que están infectados por el VIH o que corren un riesgo grave de contraerlo reciben servicios especializados de atención, prevención y tratamiento de calidad en una clínica adaptada a las necesidades de la juventud. Durante el primer año de existencia de la clínica, la observancia del tratamiento por parte de estos adolescentes había aumentado desde el 12% al 70%⁶⁷. En Rwanda se están ampliando unos enfoques innovadores sobre métodos para comunicar la condición de portador y brindar apoyo psicosocial: en grupo y acompañados de sus progenitores y tutores, se informa a los jóvenes de su condición de portadores y se les anima a participar en sesiones de seguimiento de apoyo.

DESAFÍOS QUE PERSISTEN Y EL CAMINO POR RECORRER

Se están registrando avances en lo que respecta a la compilación y la utilización de datos desglosados por edad y género al efecto de localizar a los jóvenes que son más propensos a contraer el VIH y de formular a partir de dichos datos programas de prevención que tengan en cuenta los contextos locales. Estos programas comprenden intervenciones centradas en los peligros de índole sexual que amenazan a las niñas de entre 15 y 17 años de Botswana y otros países “hiperendémicos”, y en la reducción del riesgo entre los jóvenes varones usuarios de drogas intravenosas de Ucrania y otros países donde se registran epidemias concentradas. Sin embargo, la instauración de intervenciones orientadas a los jóvenes y que tengan en cuenta la especificidad de los contextos locales continúa siendo una excepción.

La investigación operacional debe ir acompañada de la ampliación de las intervenciones y los servicios de prevención. Es preciso fortalecer los vínculos entre la prevención y el tratamiento: por ejemplo, las pruebas voluntarias y las sesiones de asesoramiento pueden servir de enlace con los servicios de sensibilización y de educación entre pares, o para promover la circuncisión masculina. Asimismo, es preciso prestar particular atención a la creación de entornos que promuevan la capacidad de los jóvenes para evaluar por sí mismos el peligro y que les motiven a reducir las conductas de riesgo.

En la actualidad existen muchos jóvenes portadores del VIH que toman decisiones en relación con las relaciones sexuales. Apoyarles significa trabajar por integrar los servicios orientados a los jóvenes que viven con el VIH mediante el uso de intervenciones de salud sexual y reproductiva adolescente, lo que supone un desafío permanente. Es preciso ampliar los puntos de vista actuales que sitúan a los jóvenes que viven con el VIH en el centro de los esfuerzos de prevención mediante un enfoque orientado a promover “la salud positiva, la dignidad y la prevención”.

Los esfuerzos de prevención en pro de los jóvenes deben ser parte esencial de las estrategias nacionales de prevención, por lo que deben contar con financiación. Es necesario que los programas combinados de prevención reflejen con mayor precisión cuáles son los factores locales generadores de la epidemia –pautas de comportamiento sexual, dinámicas de género y violencia– entre las mujeres y los varones jóvenes.

La OMS está encabezando una transformación en el modo de pensar que postula una mayor incidencia del tratamiento en los resultados de prevención. Un modelo matemático sugiere que en una epidemia grave como la que afecta a África subsahariana, si fuera posible asegurar la práctica anual de pruebas voluntarias de detección para todos, inmediatamente seguidas de tratamiento antirretroviral para los que resulten infectados, podría reducirse la incidencia del VIH en un 95% en una década y la prevalencia a menos de un 1% en 50 años. Después de aproximadamente 25 años, se registraría un ahorro de costes en comparación con la situación de los tratamientos actuales⁶⁸.

Por último, los jóvenes son aliados importantes en lo que se refiere a hallar soluciones a los problemas que les conciernen. La participación de los jóvenes no sólo hace que sientan más implicados en los programas sino que aumenta la capacidad de los mismos. La participación de los jóvenes, y su aprobación, son cruciales para mejorar los resultados de prevención.

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

En tiempos de dificultades económicas, es preciso fortalecer la protección social para apoyar a las familias y las comunidades en la labor de cuidar de los niños y niñas afectados por el SIDA.

PROGRESOS Y LOGROS

Cada vez reciben más apoyo internacional los enfoques de protección social que tienen a la vez “en cuenta a la infancia y al SIDA”. El Foro Mundial de los Aliados sobre los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA, celebrado en octubre de 2008 en Dublín, culminó en un consenso sin precedentes en relación a los factores que inciden de forma adversa en el bienestar de la infancia dentro del contexto del VIH y el SIDA. Además, estudios de alto nivel practicados recientemente han contribuido a comprender mejor la vulnerabilidad de la infancia, documentando las intervenciones más adecuadas en relación con los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA⁶⁹. La protección social “que tiene en cuenta a la infancia y al SIDA” ha demostrado tener un efecto positivo en el bienestar de estos niños y niñas.

Ampliar el apoyo brindado a los niños y niñas afectados por el SIDA continúa siendo una prioridad urgente. La meta del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y de la campaña *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* es que el 80% de los hogares en los que hay niños y niñas huérfanos y vulnerables reciban ayuda básica externa y gratuita. Sin embargo, en el informe *La infancia y el SIDA: Tercer inventario de la situación* se informó de que muy pocos –un 12%– de los hogares que acogían a estos niños y niñas recibían ayuda básica externa.

Los análisis de vulnerabilidad practicados en los últimos años demuestran que la orfandad afecta a la vulnerabilidad, pero no en todos los casos. Existen muchos factores que pueden influir en la vulnerabilidad, entre ellos el nivel de vida del hogar y el nivel educativo de los adultos. En las comunidades en las que el VIH y el SIDA concurren con la pobreza extrema, con situaciones de conflicto y con tasas elevadas de familiares a cargo en el hogar, ayudar a todos los niños y niñas vulnerables resulta una estrategia rentable y no estigmatizante.

CUESTIONES PRINCIPALES

Una protección social “que tenga en cuenta a la infancia” constituye una intervención clave para llegar a los niños y niñas afectados por el SIDA

La pobreza es un factor clave que afecta de forma negativa al bienestar de la infancia. Aumenta el efecto del SIDA sobre los niños y niñas y menoscaba la capacidad de los hogares para hacer frente a las tensiones añadidas. La actual crisis económica, si se prolonga, probablemente empeore estos resultados salvo que se realicen esfuerzos para mitigar su repercusión.

El SIDA supone un aumento de la carga económica para los hogares, que tienen que hacer frente al coste de medicamentos y funerales, y es especialmente gravoso para las mujeres y las niñas que cuidan de los enfermos de SIDA. A veces los niños y niñas tienen que abandonar la escuela. En las comunidades afectadas por la pobreza y el SIDA, los efectos de la epidemia se exacerban debilitando la capacidad de las familias y las comunidades para atender y mantener a sus niños y niñas.

Un comunicado emitido en octubre de 2008 por el Foro Mundial de Aliados y suscrito por una variedad de aliados en materia de desarrollo, pone de manifiesto la importancia de la protección social en tanto que una de las acciones clave para acelerar el apoyo a los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA⁷⁰. Esta recomendación se fundamenta

en una base de observaciones que demuestran el efecto positivo de la protección social en la infancia y en los hogares de las comunidades afectadas por el SIDA.

En términos amplios, una protección social “que tenga en cuenta a la infancia” comprenderá mecanismos de transferencias sociales (en especial transferencias de efectivo, en especie, y cupones), seguros sociales, servicios sociales (por ejemplo, servicios de asistencia social como la asistencia jurídica, el trabajo social y los servicios de atención sustitutiva), y legislación y políticas sociales diseñadas para beneficiar a los niños y niñas, en especial los afectados por el VIH y el SIDA. Este enfoque integral puede contribuir a aumentar la eficacia de las inversiones en materia de salud, educación, agua y saneamiento, como parte de un paquete esencial de servicios para las familias, y puede llegar a los niños y niñas fuera del entorno familiar. Una protección social “que tenga en cuenta a la infancia” implicará a actores estatales y no estatales; en muchos países con recursos limitados, las organizaciones de la sociedad civil –en especial las organizaciones religiosas– cumplen un papel clave en la prestación de servicios fundamentales.

Un documento de la Iniciativa conjunta de aprendizaje sobre los niños y el VIH/SIDA sugiere que las transferencias de efectivo a las familias pobres afectadas por el SIDA pueden contribuir a mejorar la nutrición y, por ende, a ralentizar la progresión del SIDA y a potenciar la eficacia de la terapia antirretroviral. Este documento refleja asimismo el efecto de las transferencias de efectivo en la nutrición de la infancia en Sudáfrica, mostrando que la concesión de ayudas para la infancia había originado un incremento de la altura, sobre todo en el caso de los beneficiarios más jóvenes⁷¹.

Los hogares más vulnerables, en especial los afectados por el SIDA, enfrentan barreras que dificultan el acceso a servicios esenciales por varios motivos. Puede que los servicios no estén bien orientados o que su alcance sea limitado, y puede que las familias carezcan de los documentos de inscripción civil que son precisos para acceder a los servicios, o que sean incapaces de hacer frente a los elevados costes derivados de su solicitud y obtención. Como parte de un conjunto amplio de medidas de protección social, la asistencia a la familia y las ayudas a la infancia pueden contribuir a asegurar que se detecte a los niños y niñas afectados por el SIDA y que reciban ayuda para acceder a los servicios de salud y educación y a otros servicios fundamentales.



© UNICEF/NYHQ2006-1492/Pirozzi

Cada vez hay más programas de protección social en los que se prestan servicios ampliados a los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA, a menudo a través de iniciativas lideradas por los gobiernos. El programa Livelihood Empowerment Against Poverty de Ghana dio comienzo en 2006–2007 como una subvención experimental en efectivo destinada a los tutores y cuidadores de niños y niñas huérfanos; en la actualidad se ha ampliado y forma parte de la estrategia nacional de reducción de la pobreza. El programa Livelihood Empowerment Against Poverty exige que los hogares beneficiarios reúnan ciertos requisitos: que mantengan a los niños y niñas en la escuela, que se inscriban en el plan nacional de seguridad social, que lleven a sus lactantes a las revisiones periódicas y lleven al día el régimen de vacunación, y que no sometan a los niños y niñas a las peores formas de trabajo infantil. Como muchos otros programas de transferencia de efectivo a los hogares, el programa Livelihood Empowerment Against Poverty beneficia no sólo a los cuidadores de los niños y niñas huérfanos y vulnerables, sino también a las mujeres mayores y a las niñas jóvenes que soportan de forma desproporcionada la carga de cuidar de los enfermos crónicos.

Malawi ha puesto en marcha el Plan de acción nacional para los niños y niñas huérfanos y vulnerables (2004–2009), que engloba programas para el establecimiento de unas medidas de protección social eficaces, y la Estrategia de crecimiento y desarrollo de Malawi, que tiene por tema central la protección social. Esta estrategia comprende el diseño, la aplicación y la evaluación de un plan de transferencias sociales de efectivo para las escuelas y guarderías cuyo propósito es reducir la pobreza y el hambre en los hogares indigentes. El plan experimental se está administrando en siete distritos, y desde abril de 2009 ha llegado a más de 23.000 hogares y a 92.000 beneficiarios individuales, de los cuales más de 48.000 eran niños y niñas huérfanos y vulnerables. Se han logrado resultados considerables en los hogares beneficiarios en materia de salud, educación, acumulación de activos y protección de la infancia⁷².

En China, las pruebas que revelaban que las familias afectadas por el SIDA vivían con menos de la mitad de los ingresos totales de los hogares no afectados se emplearon para abogar por la política de lucha contra el SIDA de este país, conocida como “Cuatro elementos



© UNICEF/NYHQ/2006-2860/Pudlovski

Es necesario invertir en sistemas sociales para ampliar las ayudas destinadas a los niños y niñas vulnerables afectados por el SIDA

Del mismo modo que la prevención de la transmisión de madre a hijo y el tratamiento pediátrico precisa de unos sistemas de salud más fuertes e integrados, los sistemas de asistencia social precisan una mayor solidez a fin de que los servicios de atención, protección y apoyo lleguen a más niños y niñas afectados por el SIDA. La ampliación de un programa de protección social “que tenga en cuenta a la infancia y al SIDA” implica un grado de intervención considerable por parte de los organismos responsables de la protección de la infancia, labor que habitualmente gestionan los ministerios de bienestar social. Paradójicamente, este impulso de protección social –sobre todo de transferencias de efectivo–, ha puesto de manifiesto la limitada capacidad de las instituciones de asistencia social para prestar ayuda a los niños, niñas y familias, brindando una oportunidad crucial de mejorar estos sistemas.

A escala mundial, UNICEF encabeza los esfuerzos dirigidos a promover la comprensión conceptual de un planteamiento sistemático de la protección de la infancia y a crear herramientas normalizadas para levantar mapas sobre los sistemas nacionales de protección de la infancia. A escala nacional, una serie de países muy afectados por el SIDA están trabajando para determinar las deficiencias que afectan en concreto a sus instituciones de asistencia social, esforzándose por superarlas.

En Namibia, el Ministerio de Igualdad entre los Géneros y Bienestar Infantil es el encargado de coordinar el Plan nacional de acción para los niños y niñas huérfanos y vulnerables (2006–2010). Uno de los objetivos clave de este plan es que el 50% de todos los niños y niñas huérfanos y vulnerables reciban algún tipo de ayuda externa (económica, de atención en el hogar, psicosocial y educativa) para 2010. Las subvenciones de asistencia social aumentaron de manera importante en 2007–2008; pero esto generó una carga adicional para los trabajadores que administraban las subvenciones, lo que llevó a la creación del Directorio de Bienestar de la Infancia, dependiente del Ministerio, con el cometido de practicar un análisis de las deficiencias en materia de recursos humanos y capacidad en 2008. Como consecuencia de este análisis, la Comisión de Servicio Público y el Primer Ministro prestaron su aprobación a un aumento del 125% en el número de trabajadores sociales⁷⁴.

En el Ministerio del Desarrollo de las Mujeres y la Infancia de Malawi se acometió un análisis de la capacidad de recursos humanos, a partir del cual se creó un plan de acción para dicho Ministerio, que actualmente está pasando por un proceso de reflexión organizativa y de mejora sistémica.

gratuitos, una sola atención”, y dio origen a la introducción de pequeñas subvenciones, de formación profesional y sobre la cría de animales, y a otras ayudas destinadas a las mujeres con VIH. De 2006 a 2008, la renta anual per cápita de las familias afectadas por el VIH en un país de muestra se había incrementado en un 38%, en comparación con el incremento de tan sólo el 20% en el grupo de control⁷³.

La Unión Africana y la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo han demostrado un compromiso cada vez más firme con los niños y niñas vulnerables y afectados por el SIDA. En octubre de 2008, los ministros de la Unión Africana responsables del desarrollo social adoptaron un marco de política social para África en el que se recomienda ampliar la protección social, en especial las transferencias sociales, a fin de mitigar las consecuencias económicas de la epidemia de SIDA sobre la infancia y otros grupos vulnerables. La Comunidad de África Meridional para el Desarrollo finalizó recientemente su Marco estratégico sobre los niños, niñas y jóvenes huérfanos y vulnerables, que provee una plataforma para la creación de un módulo de servicios mínimos de protección –en especial servicios de apoyo psicosocial– susceptible de ampliación.

Unos sectores de asistencia social débiles contribuyen a una gestión deficiente de la atención sustitutiva para los niños y niñas afectados por el SIDA

Las familias y las comunidades a menudo se hallan en la situación más propicia para proteger el bienestar de los niños y niñas que han perdido a uno o ambos progenitores por causa del SIDA. En África subsahariana es una práctica extendida la adopción oficiosa (acogida en la familia ampliada) en un contexto de redes familiares. En Zimbabwe, por ejemplo, la mayoría de los niños y niñas que han perdido a uno o ambos progenitores viven con el progenitor vivo, o bien con un abuelo u otros familiares⁷⁵.

En Kenya, las transferencias de efectivo han hecho posible que los niños y niñas vulnerables permanezcan con los cuidadores a los que conocen y aman, evitando que muchos niños y niñas que viven en hogares extremadamente pobres acaben en las calles o en orfanatos. Se había previsto que el Plan nacional de transferencia de efectivo para los niños y niñas huérfanos y vulnerables, que llegaba a 12.500 hogares a finales de 2007, llegara a 70.000 hogares para finales de 2009, incremento que condujo a un aumento proporcional de las aportaciones del Gobierno de Kenia. El Banco Mundial ha aprobado una dotación de 50 millones de dólares para la ulterior ampliación del programa, cuyo objetivo es llegar a 100.000 hogares para 2012⁷⁶.

Se calcula que más de 2 millones⁷⁷ de niños y niñas viven en entornos institucionales en todo el mundo, y según un estudio de UNICEF practicado en 2007–2008, en numerosos países está aumentando el número de instituciones que acogen a niños y niñas⁷⁸. Pero incluso en los países gravemente afectados por el SIDA, la abrumadora mayoría de los niños y niñas que reciben atención institucional tienen un progenitor u otros familiares cercanos vivos, de modo que es por lo general la pobreza, más que la falta de apoyo familiar, lo que alimenta la demanda de orfanatos⁷⁹. Esto sugiere que se precisan mayores inversiones para ofrecer apoyo económico a los hogares afectados por el SIDA, con el fin de combatir los factores que hacen que los niños y niñas acaben en instituciones.

Numerosos países abogan por la atención en el seno de una familia, considerando que la atención en instituciones debería ser el último recurso. Algunos países de África oriental y central cuentan con normas relativas a la atención institucional; pero el examen de UNICEF también reveló que en esta región las normas y reglamentos son por lo general deficientes⁸⁰. La colocación de los niños y niñas depende de los trabajadores sociales, cuyo tiempo a menudo es

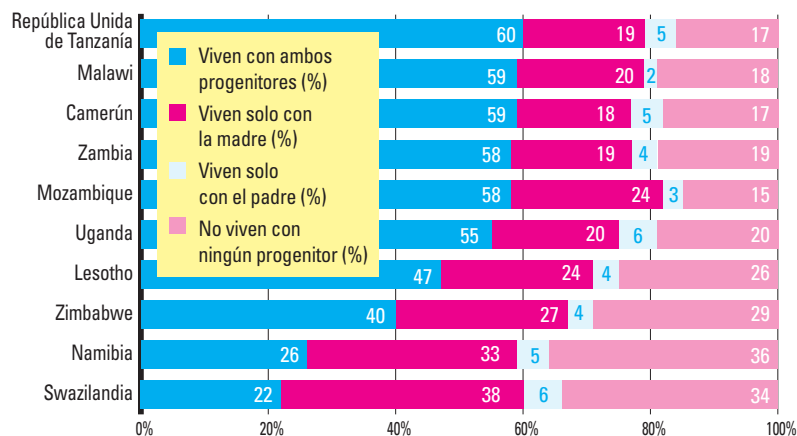
limitado, y de los sistemas judiciales vigentes. Las normas entrañan una capacidad de supervisión, inspección y vigilancia que quizás no existan, y la debilidad en su ejecución es a menudo consecuencia de la insuficiente capacidad del personal y de la carencia de recursos.

Muchos países están fortaleciendo sus políticas y su legislación con el propósito de ayudar a que los niños y niñas permanezcan con familias y de proveer atención sustitutiva a los niños y niñas fuera del entorno familiar. La Ley de Infancia de Sudáfrica ha sido modificada con el propósito de mejorar los sistemas de servicios sociales dirigidos a la infancia, y se han efectuado cambios similares en el último borrador de la Ley sobre Atención y Protección de la Infancia de Namibia. Como parte de la Iniciativa de reforma de la atención (2006–2011), Ghana actualizó sus normas y reglamentos relativos a la operación de mecanismos de cuidado institucional al objeto de lograr que la atención institucional fuera una opción de última instancia y de asegurar que los orfanatos existentes contaran con los recursos adecuados para continuar siendo opciones creíbles de atención fuera del hogar.

Las nuevas directrices formuladas en Malasia proveen un marco de atención y protección para los niños y niñas –en especial los afectados por el VIH y el SIDA– que viven en establecimientos de atención gestionados por organizaciones no gubernamentales. En Guyana, gracias al apoyo de la financiación para el VIH/SIDA, el Ministerio de Trabajo, Servicios Humanos y Seguridad Social puso en marcha las normas y reglamentos mínimos operacionales de los hogares infantiles en 2008.

La Red para una mejor atención facilita el intercambio de información y la colaboración entre el número creciente de organizaciones, grupos de base religiosa, gobiernos y personas que se preocupan por los niños y niñas que carecen de la atención adecuada en el seno de una familia. En el contexto de esta red, la iniciativa Faith to Action provee información y recursos a iglesias cristianas y organizaciones de base religiosa de Estados Unidos, cuya misión es abordar las necesidades de los niños y niñas huérfanos y vulnerables en África subsahariana. Esta iniciativa aboga por el apoyo a los mecanismos de ámbito familiar y comunitario frente a la construcción de orfanatos como primer recurso.

Gráfico 11. Porcentaje de niños y niñas menores de 18 años, agrupados según la fórmula de acogida, en países con una prevalencia del VIH del 5% o más, 2004–2008



Nota: Los años a que corresponden los datos: Mozambique, 2008; República Unida de Tanzania, 2007–2008; Zambia, 2007; Namibia y Swazilandia, 2006–2007; Camerún, Malawi y Uganda, 2006; Zimbabwe, 2005–2006; Lesotho, 2004. Debido al redondeo, puede que el total de los países no sume el 100%.

Fuente: DHS, MICS, 2004–2008.



Las organizaciones comunitarias y religiosas cumplen un importante papel en la prestación, la coordinación y la supervisión de los servicios orientados a la infancia en las comunidades afectadas por el SIDA

La proliferación de iniciativas locales dirigidas a los niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA en los últimos años constituye un ejemplo del potencial de las comunidades y las organizaciones de base religiosa para movilizarse rápidamente en torno a las cuestiones importantes que conciernen a la comunidad. Según un estudio practicado en seis países en relación con unas 700 organizaciones religiosas que brindan ayuda a la infancia, la mitad de ellas se había establecido en los cuatro años precedentes⁸¹.

No obstante, han surgido nuevos desafíos. Gran parte de la protección social “que tenga en cuenta a la infancia” se provee a través de organizaciones no gubernamentales y comunitarias, que a menudo enfrentan dificultades a la hora de ampliar los servicios prestados y de asegurar la remisión a otros proveedores de carácter estatal o privado. Estos esfuerzos a escala local no suelen formar parte de una estrategia, plan o sistema de vigilancia de ámbito nacional, lo que origina un acceso limitado a los recursos destinados a los hogares que los necesitan. Es preciso vincular estos esfuerzos de ámbito comunitario con otros marcos nacionales más amplios y establecer alianzas estratégicas entre los gobiernos y las organizaciones comunitarias a fin de que las intervenciones puedan coordinarse basándose en las ventajas comparativas y las responsabilidades.

Algunos países que emplean como base alianzas estratégicas están obteniendo resultados concretos y llegando a cada vez más niños y niñas vulnerables. Esfuerzos tales como la Alianza de Iglesias en pro de los huérfanos de Namibia y la Iniciativa de Liderazgo Budista de Viet Nam, han dejado sobrada constancia de su eficacia. Asimismo, Uganda ha logrado enormes avances en lo tocante a movilizar a organizaciones comunitarias y religiosas para que colaboren con los organismos reglamentarios a escala subregional, como parte de un sistema efectivo de protección de la infancia.



© UNICEF/NVHQ/2004-0697/Pirozzi

DESAFÍOS QUE PERSISTEN Y EL CAMINO POR RECORRER

Aún quedan muchos desafíos que dificultan la ampliación de los servicios de atención, protección y apoyo para los niños y niñas afectados por el SIDA. Para combinar los múltiples aspectos inherentes a un sistema de programas de protección social, es preciso reforzar la capacidad de las instituciones en lo que se refiere a la prestación de servicios esenciales. Para asegurar que los hogares más vulnerables de las comunidades afectadas por el SIDA puedan acceder a las transferencias de efectivo y a otros servicios dirigidos a la infancia, es necesario contar con recursos humanos suficientes en el sector de asistencia social, ya se trate de organizaciones gubernamentales o de la sociedad civil. La capacidad es especialmente necesaria en las comunidades para abordar los obstáculos que dificultan la ejecución de los planes de protección social –en especial los que afectan a la detección, la selección de objetivos y la provisión de transferencias– y para hacer frente al estigma y a la discriminación relacionados con el SIDA, sean reales o percibidos.

Existe la necesidad de evaluar y compartir las experiencias acerca de la puesta en práctica o ampliación de la protección, particularmente en situaciones en que hay una elevada incidencia del SIDA y recursos escasos. Continúa siendo necesario realizar estudios longitudinales en diversos países, que permitan concretar y abordar las dificultades de ejecución relativas a la selección de objetivos, las opciones de asistencia en instituciones, la asequibilidad y la sostenibilidad.

VI. SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

La supervisión y evaluación de los programas sobre VIH y SIDA es fundamental para determinar qué da resultado y dónde se precisan mejoras.

PROGRESOS Y LOGROS

La supervisión y la evaluación son fundamentales para seguir el progreso hacia los compromisos y objetivos relativos al VIH y el SIDA. En los últimos años se han registrado avances importantes a escala mundial en lo que se refiere a fortalecer la capacidad de supervisión y evaluación en los cuatro ámbitos prioritarios de la campaña *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA*.

ONUSIDA, por medio del Grupo de Referencia sobre la supervisión y evaluación del VIH/SIDA, ha coordinado la creación de 40 indicadores de supervisión básicos para su uso a escala nacional. En ellos se comprenden los 25 indicadores fijados para la supervisión de objetivos en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en 2001, más 15 indicadores adicionales recomendados⁸².

UNICEF publica anualmente *La infancia y el SIDA: fichas descriptivas por países*, que acompañan a los *Inventarios de la situación*. Los datos que se presentan en estas fichas descriptivas resultan útiles para supervisar el progreso en lo tocante a las “Cuatro P” y al cumplimiento por parte de los países y aliados de las metas contempladas en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, y otros compromisos de alcance mundial.

CUESTIONES PRINCIPALES

La puesta en práctica del tercero de los “Tres Unos” –un marco nacional de supervisión y evaluación– supone un enorme desafío a escala nacional, debido a las numerosas partes interesadas y a que en ocasiones los requisitos de supervisión y evaluación no están integrados en el sistema nacional de supervisión y evaluación. Las pruebas acerca de cómo los sistemas de supervisión y evaluación y la información derivada de los mismos influyen en la toma de decisiones en torno a las “Cuatro P” a escala nacional, es limitada.

Además, la creación de unos sistemas nacionales de supervisión habitual de programas –en particular en relación con los niños, niñas y jóvenes huérfanos y vulnerables– continúa siendo deficiente, como también lo es la creación de vínculos entre las actividades de supervisión y evaluación que se practican en los establecimientos y en el ámbito comunitario.

Existen dificultades técnicas que afectan a la estimación del tamaño de las poblaciones al efecto de informar la planificación y ejecución de los programas y de contribuir al seguimiento de los progresos en la cobertura de las distintas intervenciones. Los datos desglosados por edad, género y otras características son limitados, lo que complica las labores de vigilancia del acceso equitativo a los servicios y su asimilación.

Por último, es preciso prestar más atención a la evaluación. Hay abundante información procedente de evaluaciones, que puede emplearse para valorar el efecto de las intervenciones relacionadas con el VIH y el SIDA en los resultados deseados para las mujeres y las niñas. Es preciso dar prioridad a la investigación referida a la evaluación de los efectos, valorar el coste de los programas relacionados con el VIH, y practicar investigaciones operacionales que permitan determinar qué estrategias de aplicación resultan fructíferas.



La supervisión y evaluación de la prevención de la transmisión de madre a hijo y los programas pediátricos sobre el VIH deben ir a la par con los progresos alcanzados en materia de pruebas y programación

Numerosos países han ampliado y fortalecido sus programas de prevención de la transmisión de madre a hijo y de tratamiento pediátrico del VIH con arreglo a las pautas más recientes, en especial las directrices de la OMS sobre la administración de medicamentos antirretrovirales para tratar a las mujeres embarazadas y prevenir la infección por VIH en los lactantes, y las recomendaciones sobre la ampliación de la prevención de la transmisión de madre a hijo a escala mundial. Pero también es preciso actualizar los mecanismos de supervisión y evaluación, y armonizarlos con estas directrices. En 2009, el Grupo de Trabajo del equipo de tareas interinstitucional sobre supervisión y evaluación de la prevención de la transmisión de madre a hijo, coordinado conjuntamente por UNICEF y la OMS, actualizó las pautas de orientación referidas a la supervisión y evaluación de la prevención del VIH entre las mujeres embarazadas, las madres y la infancia, teniendo en cuenta las últimas recomendaciones internacionales sobre prevención de la transmisión de madre a hijo y atención y tratamiento pediátrico del VIH (Tabla 2).

Muchos países de bajos y medianos ingresos han creado bases de datos sobre la cobertura de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo y de tratamiento pediátrico del VIH que les permiten realizar declaraciones anuales. Desde 2006, más de 100 países han aportado datos sobre la prevención de la transmisión de madre a hijo y la atención y el tratamiento pediátrico del VIH de manera sistemática; en 2004, esta cifra fue de 58 países, y de 71 en 2005 (Gráfico 12).

No obstante, el alcance, la integridad y la fiabilidad de los datos aportados continúan siendo limitados, por lo que no siempre resultan adecuados para la toma de decisiones. En relación con indicadores más recientes como el diagnóstico temprano del lactante, la profilaxis con cotrimoxazol, el conteo de CD4 en las mujeres embarazadas infectadas por VIH para valorar si precisan tratamiento antirretroviral, las prácticas de alimentación del lactante, y la necesidad no atendida de planificación familiar, la información que aportan los países es menor. Tanto los datos desglosados por edad referidos a la terapia pediátrica antirretroviral como los datos desglosados acerca de los regímenes antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo son insumos

importantes para generar estimaciones de las necesidades y la cobertura; pero también escasean.

En 2009, UNICEF, la OMS y ONUSIDA unificaron la herramienta de la OMS para la presentación de informes sobre el acceso universal con la ficha informativa sobre la prevención de la transmisión de madre a hijo y el tratamiento pediátrico del VIH. En la actualidad existe un formulario conjunto de supervisión e información cuyo propósito es armonizar la compilación de datos y minimizar la carga que supone para los países la presentación de informes.

El último informe *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud*, publicado en septiembre de 2009 por la OMS, ONUSIDA y UNICEF, se basa en datos informativos del país obtenidos a partir de esta herramienta conjunta. Esta publicación comprende la información más completa que existe acerca de los esfuerzos realizados en el sector sanitario de los países de bajos y medianos ingresos en respuesta al VIH y el SIDA, y su propósito es contribuir al seguimiento de cómo el aumento de la cobertura y la asimilación se están traduciendo en intervenciones a escala nacional.

Tabla 2. Resumen de indicadores nacionales recomendados para la supervisión y evaluación de la prevención de la transmisión de madre a hijo y la atención y el tratamiento pediátrico del VIH

Principales indicadores	
1.	Existencia de políticas y recomendaciones nacionales que sean coherentes con las normas internacionales para la prevención de la transmisión de madre a hijo.
2.	Porcentaje de establecimientos de salud que proveen servicios de atención prenatal en los que se incluyen la práctica de pruebas de detección del VIH y el tratamiento antirretroviral para la prevención de transmisión de madre a hijo in situ.
3.	Porcentaje de mujeres embarazadas que se sometieron a la prueba de detección del VIH y que conocen sus resultados.
4.	Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH a las que se evaluó a fin de valorar si reunían los requisitos para recibir tratamiento antirretroviral.
5.	Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibieron terapia antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.
6.	Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH (lactantes en situación de riesgo de contraer VIH) que reciben terapia de profilaxis antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo (según el régimen: sencillo o compuesto de varios medicamentos).
7.	Porcentaje de lactantes nacidos de madres embarazadas portadoras del VIH, que comienzan tratamiento profiláctico de cotrimoxazol dentro de los dos meses siguientes al nacimiento.
8.	Porcentaje de lactantes nacidos de madres portadoras del VIH que se sometieron a una prueba de detección del VIH en los 12 meses previos al nacimiento.
9.	Porcentaje de lactantes en situación de riesgo de contraer el VIH a los que se alimenta exclusivamente con lactancia materna, con alimentación sustitutiva, o una combinación de ambos a los 3 meses.
10.	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva portadoras del VIH que reciben servicios de atención y tratamiento del VIH y cuya necesidad de servicios de planificación familiar no ha sido satisfecha.
11.	Porcentaje de lactantes portadores del VIH nacidos de mujeres portadoras del VIH.
12.	Porcentaje de niños y niñas infectados por el VIH de entre 0 y 14 meses que reciben terapia antirretroviral.
Indicadores adicionales	
13.	Porcentaje de distritos que disponen de servicios de pruebas de recuento de linfocitos CD4.
14.	Porcentaje de establecimientos sanitarios que prestan servicios de realización de pruebas virológicas para el diagnóstico del lactante, in situ o mediante el análisis de gotas de sangre seca.
15.	Porcentaje de varones cónyuges de pacientes embarazadas que recibieron atención prenatal y se sometieron a la prueba de detección del VIH.
16.	Porcentaje de puntos de prestación de servicios relacionados con el VIH, con capacidad para proveer al menos tres métodos de planificación familiar.

Fuente: OMS, UNICEF y Equipo de tareas interinstitucional sobre la supervisión y evaluación de la prevención de la transmisión de madre a hijo, "Monitoring and Evaluating Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: A guide for national programmes" (borrador, 2009).

En 2009, la OMS, el Gobierno de los Estados Unidos, UNICEF y otros aliados crearon unos formularios dirigidos a supervisar a los pacientes portadores del VIH que integraban los programas de atención del VIH y tratamiento antirretroviral, de salud materna e infantil y prevención de la transmisión de madre a hijo, y de tuberculosis y VIH, que permiten generar un conjunto mínimo estándar de datos sobre el VIH.

UNICEF, la OMS y ONUSIDA, en colaboración con la Vanderbilt University, patrocinaron también una consulta de expertos sobre posibles indicadores para valorar el efecto de los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo, en especial la supervivencia libre de VIH a los 18-24 meses (que tiene en cuenta la transmisión a través de la lactancia materna, los riesgos de alimentación sustitutiva y otros factores de mortalidad).

Los esfuerzos realizados para la captura de datos sobre la prevención a escala comunitaria continúan siendo deficientes

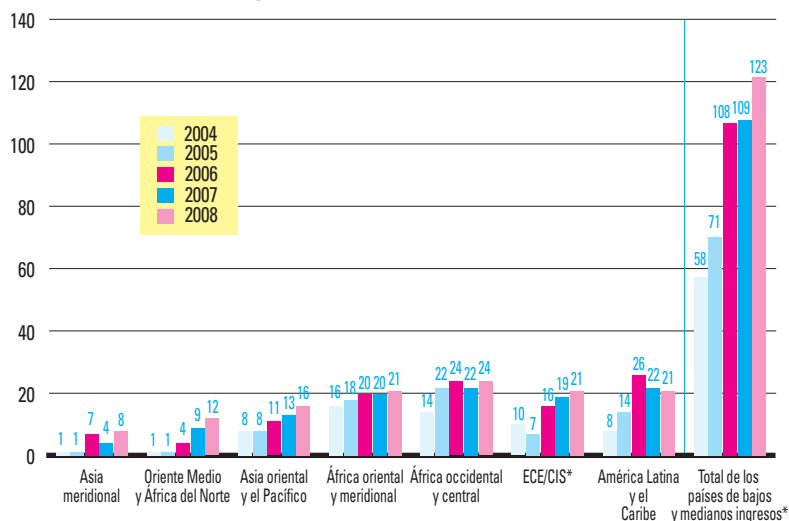
La supervisión y evaluación de las intervenciones de prevención del VIH resulta un desafío, debido a que la mayoría de las actividades –campañas de medios de comunicación y de educación– se llevan a cabo a través de mecanismos comunitarios, haciendo que resulte difícil determinar a quién llegan y cuál es su repercusión. Aunque cada vez hay más datos acerca del comportamiento sexual de los jóvenes y su conocimiento sobre la prevención del VIH, continúan siendo limitados, sobre todo los referidos a los jóvenes que corren un mayor riesgo. Las Encuestas de Demografía y Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados no están diseñadas para recopilar datos relativos a estos grupos poblacionales.

Desde 2008, gracias a los esfuerzos del grupo de trabajo de supervisión y evaluación de ONUSIDA y el equipo de tareas interinstitucional sobre los jóvenes, se han logrado avances notables en lo que concierne a armonizar y coordinar la supervisión y evaluación de la prevención del VIH entre los jóvenes a escala mundial. No obstante, a escala regional y nacional, estos esfuerzos siguen siendo deficientes.

Es preciso revisar los indicadores de supervisión y evaluación de la protección

En los indicadores inicialmente previstos en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA para medir la cantidad de niños y niñas afectados por el SIDA se incluyen la tasa de asistencia a la escuela entre los niños y

Gráfico 12. Número de países de bajos y medianos ingresos que aportaron información clave sobre la prevención de la transmisión de madre a hijo y la atención y el tratamiento pediátrico del VIH y el SIDA, 2004-2008



* Incluye los siguientes países de ingresos elevados: Hungría, Letonia y Polonia, en el recuento correspondiente a 2007; y Hungría, República de Letonia, Lituania, Polonia y Eslovaquia en el correspondiente a 2008.

Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2009.

niñas huérfanos y no huérfanos de entre 10 y 14 años, y el porcentaje de niños y niñas huérfanos y vulnerables menores de 18 años cuyos hogares recibieron apoyo externo básico para cuidar del niño o niña de forma gratuita.

El primer indicador, sobre la asistencia a la escuela, se creó basándose en la asunción de que los huérfanos tienen una menor tendencia a asistir a la escuela que los no huérfanos. Sin embargo, un análisis de la remesa de datos más recientes procedentes de Encuestas de Demografía y Salud y de Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados revela que la condición de huérfano (sea de un progenitor o ambos), o el hecho de tener en la familia a un adulto crónicamente enfermo o portador del VIH, no siempre definen a los niños y niñas que registran los peores resultados en materia de salud, educación o protección.

La situación económica del hogar, las fórmulas de acogida y el nivel educativo de los adultos del hogar constituyen marcadores más precisos de la vulnerabilidad, una conclusión que ha llevado a que se cuestione la utilidad de los indicadores mundiales actuales⁸³. El Grupo de trabajo del equipo de tareas interinstitucional sobre los niños y niñas afectados por el SIDA, facilitado conjuntamente por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y el Fondo Save the Children, participa de forma activa en debates sobre la redefinición de la vulnerabilidad y la determinación de modos de medir la cobertura de los servicios para los niños y niñas en el contexto del VIH y el SIDA.

El segundo indicador, referido al porcentaje de niños y niñas huérfanos y vulnerables menores de 18 años cuyos hogares recibieron apoyo básico externo gratuito, ha sido difícil de interpretar en términos de beneficio o resultados, debido a la falta de claridad y de consenso acerca de la definición de niño o niña vulnerable, y de lo que debería incluir un módulo de servicios mínimos, con qué frecuencia deberían prestarse éstos y cómo deberían contarse. Así todo, sigue gozando de



Gráfico 13. Los 87 países para los que existen datos recientes sobre el conocimiento integral del VIH entre mujeres jóvenes de 15 a 24 años, 2003–2008

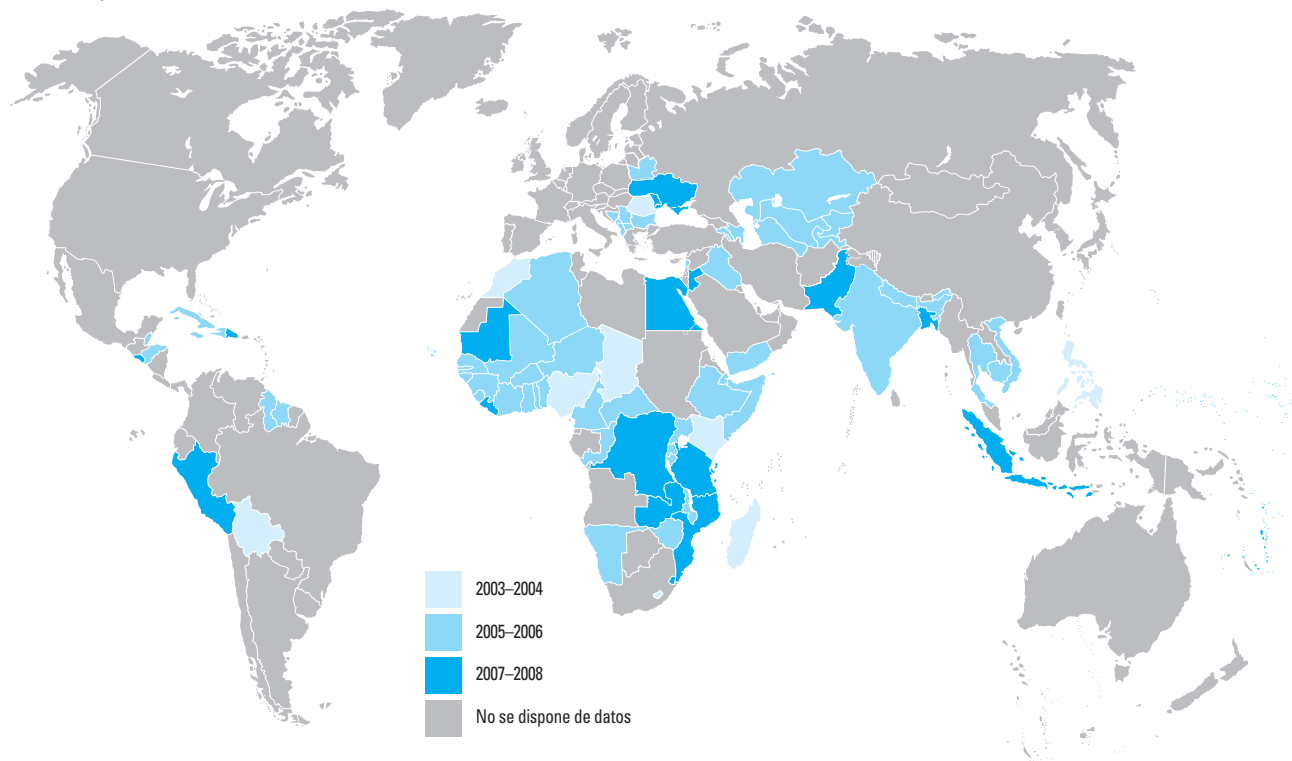
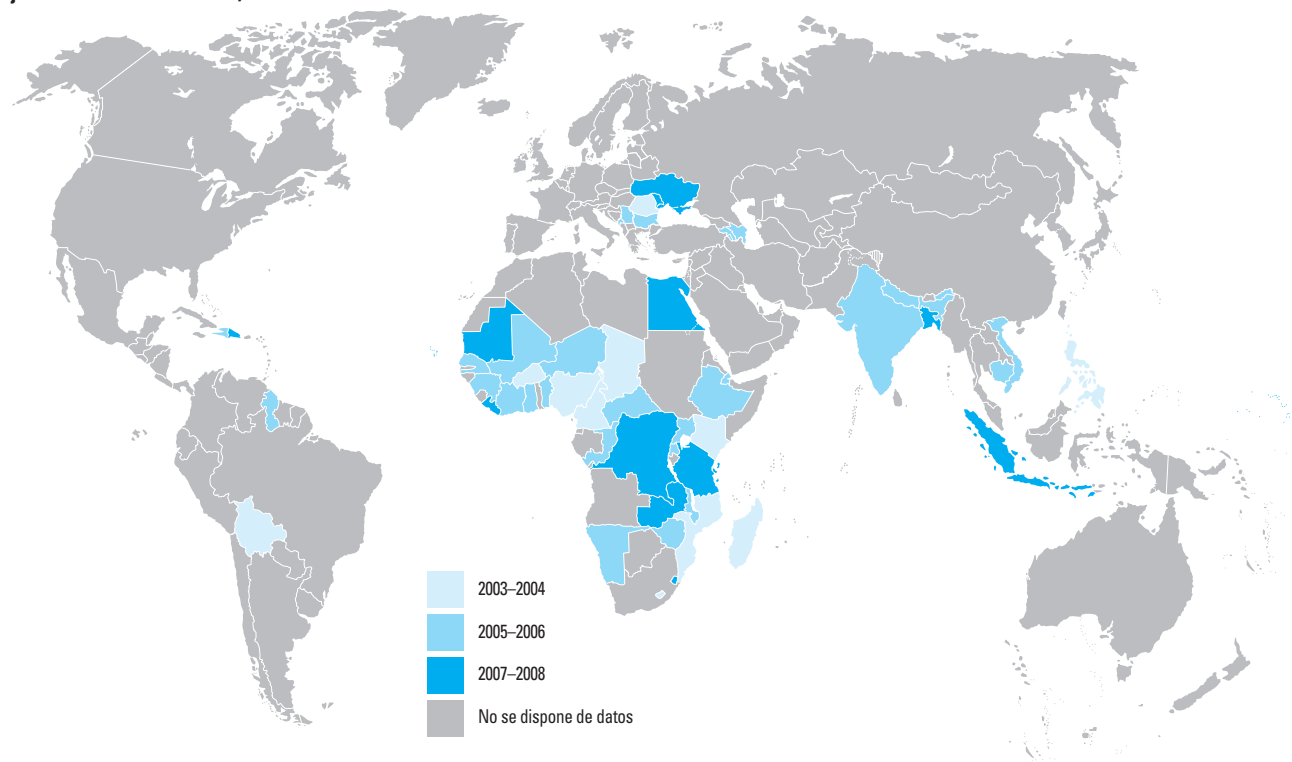


Gráfico 14. Los 51 países para los que existen datos recientes sobre el conocimiento integral del VIH entre los varones jóvenes de 15 a 24 años, 2003–2008



Notas: Se considera que poseen un "conocimiento integral" aquellas personas que conocen las dos principales maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH (el uso de preservativos y las relaciones sexuales con una única pareja no infectada), que rechazan los dos errores más comunes en relación a la transmisión del VIH, y que saben que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH.

Los países de bajos y medianos ingresos incluidos en el análisis son países presentes en UNICEF únicamente. Todos los datos proceden de la práctica de Encuestas de Demografía y Salud y de Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados durante el periodo 2003–2008.

Estos mapas son representativos, no a escala. No reflejan la posición de UNICEF sobre la situación legal de ningún país o territorio, ni sobre la delimitación de fronteras. La línea de puntos representa de manera aproximada la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes aún no han alcanzado un acuerdo acerca de la situación definitiva de Jammu y Cachemira.

Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2009.

Supervisión y evaluación: resumen de los desafíos que quedan por delante

- Dificultades para calcular el tamaño de las poblaciones y la prevalencia del VIH entre las poblaciones inaccesibles, ocultas, marginadas, móviles y migrantes, así como para generar estimaciones fiables sobre el VIH en lo tocante a la necesidad general de atención y tratamiento.
- Variaciones en las definiciones de los indicadores y en las metodologías de compilación de datos, que imposibilitan la comparabilidad de los datos dentro de un país y entre unos países y otros.
- La ausencia de unas definiciones mensurables y uniformes de los niños y niñas afectados por el SIDA y de los niños y niñas vulnerables; la falta de consenso sobre una definición de lo que constituye un módulo típico de servicios para niños y niñas afectados por el VIH y el SIDA.
- La ausencia de datos de referencia sobre los niños y niñas vulnerables –el denominador– en la mayoría de los países, debido a la falta de una definición oficial.
- La existencia limitada de datos fiables referidos a los niños y niñas que reciben atención fuera de un entorno familiar (por ejemplo, niños y niña que viven en las calles y en instituciones) a los que se excluye de las encuestas del hogar.
- La posibilidad de doble imputación debido a intervenciones múltiples en pro de los niños y niñas huérfanos y vulnerables.
- La dificultad a la hora de determinar qué resultados se deben medir en relación con los niños y niñas huérfanos y vulnerables y cómo atribuir los resultados a las intervenciones.
- La existencia limitada de datos desglosados por género, edad y otras características, referidos a las subpoblaciones en mayor situación de riesgo, en particular los jóvenes que consumen drogas intravenosas, que practican relaciones sexuales entre varones y que tienen relaciones sexuales a cambio de dinero.
- La complejidad de la prevención integral y la imposibilidad de aislar uno o varios de los factores que permiten evitar la infección.
- La falta de datos comparables referidos a la repercusión de los programas en la supervivencia libre de VIH y en el número de infecciones por VIH evitadas en niños, niñas y lactantes.
- Cuestiones éticas en torno a la recogida de datos –en especial cuando se trata de información delicada– de los propios niños y niñas; por ejemplo, la inquietud de que la compilación de datos y las actividades de supervisión y evaluación relacionadas con los niños y niñas vulnerables puedan aumentar su vulnerabilidad.
- La limitación del alcance, la integridad, la fiabilidad y la calidad de los datos recopilados y empleados para la elaboración de los informes.
- La deficiente coordinación y armonización de los esfuerzos de supervisión y evaluación a escala regional y nacional.

un amplio consenso la idea de que para valorar el progreso realizado y detectar las deficiencias que afectan a las intervenciones es necesario medir la cobertura mundial del apoyo, en concreto de la protección social.

En un intento por superar las deficiencias en la supervisión de los niños y niñas que reciben atención fuera del entorno familiar, en 2009, Better Care Network y UNICEF finalizaron y diseminaron un manual sobre la medición de indicadores referidos a los niños y niñas que reciben atención institucional, que comprende 15 indicadores cuantitativos y de ejecución de políticas⁸⁴.

Aún no están claras las implicaciones de cambiar de una programación centrada exclusivamente en el SIDA a otra “que tenga en cuenta el SIDA”, en lo que se refiere a la supervisión y

la evaluación de estos esfuerzos. El desafío consistirá en orientar los indicadores en esta nueva dirección.



VII. INVERSIÓN: LO QUE NECESITAN LAS MUJERES Y LA INFANCIA

“Una madre no debería tener que elegir entre continuar el tratamiento para el SIDA y alimentar a sus hijos e hijas.” – Michel Sidibé, Director Ejecutivo de ONUSIDA⁸⁵

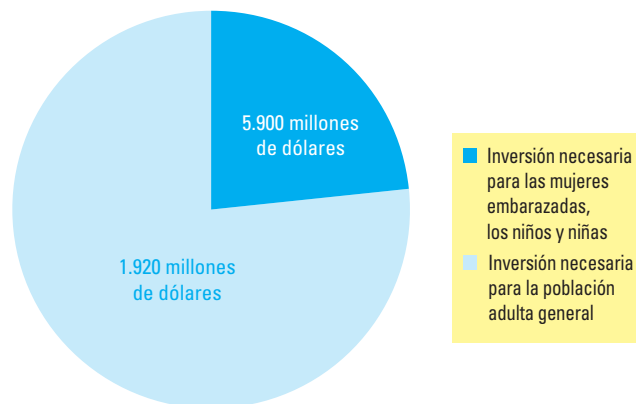
Desde la puesta en marcha de la campaña *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* en 2005, se han logrado avances importantes en lo que concierne a la prestación de servicios relacionados con el VIH a millones de personas, en particular mujeres, jóvenes, y niños y niñas. Además, los recursos destinados a enfrentar este desafío han aumentado: la inversión en programación sobre el VIH realizada por los Estados Unidos en 2008, de 13.700 millones de dólares, supone un incremento del 75% desde 2005⁸⁶. No obstante, se precisan recursos adicionales para apoyar unas intervenciones relacionadas con el VIH sólidas y sostenibles.

Según ONUSIDA, se precisa una inversión de 25.100 millones de dólares para 2010 a fin de que los países puedan alcanzar los objetivos de acceso universal⁸⁷. No será suficiente con simplemente mantener el ritmo actual de inversiones. Además de las inversiones realizadas en 2008, se necesitan 11.000 millones de dólares adicionales para alcanzar las metas en 2010.

UNICEF y ONUSIDA han determinado que se necesitan cerca de 5.900 millones de dólares, o aproximadamente una cuarta parte de los 25.100 millones de dólares que se precisan para alcanzar los objetivos de acceso universal, para lograr específicamente las metas relativas al acceso universal de las mujeres y la infancia (*Gráfico 15*)⁸⁸. En la Tabla 3 se exponen los recursos mínimos que se necesitan para que los países con bajos y medianos ingresos alcancen las metas de 2010 relativas a las “Cuatro P”.

- **Prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH:** Se calcula que son necesarios **605 millones de dólares** para alcanzar los objetivos de acceso universal de los países (con arreglo a sus propios protocolos) en relación a la transmisión de madre a hijo para 2010. Este cálculo incluye la práctica de pruebas de detección del VIH y el asesoramiento para las mujeres embarazadas, varios tipos de profilaxis con medicamentos, y el asesoramiento sobre las opciones de alimentación del lactante. El tratamiento profiláctico con medicamentos puede ser un régimen de un único fármaco o un régimen triple altamente activo. Dependiendo de la política del país y del contexto, los programas pueden incluir el suministro de leche maternizada durante un periodo de seis meses o más.
- **Proveer tratamiento y atención pediátricos:** Se calcula que se necesitan **649 millones de dólares** para ampliar los servicios de

Gráfico 15. Inversión total que se precisa para 2010 en materia de servicios relacionados con el VIH para las mujeres embarazadas y la infancia, como proporción de los servicios relacionados con el VIH para adultos



Fuente: Todos los cálculos se derivan del informe para 2009 de ONUSIDA, *Qué necesitan los países: las inversiones requeridas para alcanzar las metas de 2010*.

atención y tratamiento de los lactantes y los niños y niñas menores de 15 años. Puede considerarse una estimación a la baja, dado que sólo incluye el tratamiento antirretroviral pediátrico de primera línea, y no incluye el diagnóstico temprano del lactante.

- Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes:** Se precisan al menos **1.400 millones de dólares** para ampliar las intervenciones de prevención del VIH destinadas a los jóvenes. Esta cifra no incluye los programas especiales de información, ni los programas adaptados a las necesidades de la juventud necesarios para incrementar el acceso y la utilización por parte de los jóvenes de numerosas intervenciones de prevención esenciales. Además, debido a la ausencia de datos sobre las cifras de jóvenes en mayor situación de riesgo, no se han incluido en esta estimación los recursos necesarios para los jóvenes que practican relaciones sexuales a cambio de dinero, que practican relaciones sexuales entre varones, que consumen drogas intravenosas, o que se hallan en prisión.
- Protección y atención de los niños y niñas afectados por el SIDA:** Se calcula que son necesarios **2.500 millones de dólares** para apoyar a los niños y niñas huérfanos y vulnerables⁸⁹. Aunque el apoyo puede tomar distintas formas, los costes estimados corresponden a subvenciones de efectivo a las familias que reúnan los requisitos y a la prestación de todo un abanico de servicios esenciales (educativos, de atención sanitaria, asistencia a la familia y apoyo comunitario, y los costes organizativos y administrativos correspondientes). Más del 90% de estos recursos se necesitan en África subsahariana.
- Prevención de la violencia contra las mujeres:** Se calcula que son necesarios **326 millones de dólares** para apoyar medidas que aborden la violencia contra las mujeres. La prevención de la violencia contra las mujeres incide en todo el espectro de las "Cuatro P", dado que la protección de las mujeres, las madres y otras cuidadoras cumplen un papel fundamental en la prevención, el apoyo, la atención y el tratamiento.
- Gastos de apoyo a los programas destinados a las mujeres y la infancia:** Se calcula que se precisan **406 millones de dólares** en concepto de gastos de apoyo a los programas para las mujeres y la infancia. Los gastos de un programa se definen como los gastos del sistema que se generan por encima del punto de contacto con el paciente o los miembros de la población a la que se destina. Son esenciales para la prestación de servicios

Tabla 3. Inversiones que se precisan para lograr los objetivos de la campaña Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA (en millones de dólares)

Metas establecidas por los países	2009	2010
Prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH	458	605
Proveer tratamiento y atención pediátricos	512	649
Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes	1.233	1.428
Proteger y atender a los niños y niñas afectados por el SIDA	1.739	2.499
Prevenir la violencia contra las mujeres	157	326
Gastos de apoyo a los programas	372	406
Total	4.470	5.913

Fuente: Todos los cálculos se derivan del informe para 2009 de ONUSIDA, *Qué necesitan los países: las inversiones requeridas para alcanzar las metas de 2010*.

básicos que garanticen la planificación informada de programas y decisiones, la operación efectiva y eficaz, la uniformidad y calidad, y una demanda de servicios cada vez mayor.

Las aportaciones nacionales en respuesta a la epidemia han ido en aumento, tal como refleja el incremento en numerosos países del gasto interno, que representa la mayor fuente de financiación de los programas relacionados con el VIH. Más de la mitad de los 13.700 millones de dólares invertidos en programas relacionados con el VIH en 2008, provenían de países afectados por el VIH y el SIDA. Cerca de una tercera parte provenía de la cooperación bilateral directa, y el resto, de instituciones multilaterales (12%) y el sector privado (5%)⁹⁰.

La crisis económica mundial ha forzado a muchos gobiernos a reexaminar sus inversiones. Es fundamental que al realizar los ajustes económicos, se contemplen a través del prisma de la protección de quienes son más vulnerables a los efectos de esta crisis: las mujeres y la infancia.



© UNICEF/NYHQ2005-1895/DeCesaret

VIII. LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Ahora es el momento de cumplir con nuestros compromisos.

El progreso descrito en este informe refleja el devenir de una sucesión de observaciones, acciones y resultados. Está claro que las metas pueden alcanzarse, aunque también es obvio que en la mayoría de los lugares aún no se están alcanzando los objetivos de acceso universal. La base empírica que fundamenta la acción está mejorando, pero es preciso que sea aun mejor. La inversión debe impulsarse, pero también debe emplearse de forma más juiciosa.

Dadas las dificultades económicas que afectan a todos los países, es importante continuar fijando la mirada en el largo plazo y que se mantengan y fortalezcan los compromisos de actuar a corto plazo. Sobre la base de lo que hoy conocemos, para que las mujeres, los niños y niñas y los jóvenes tengan la oportunidad de vivir y progresar libres del SIDA, las siguientes acciones deben ser prioridades:

- 1. Acelerar la ampliación de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo y de diagnóstico temprano del lactante, a fin de contribuir a eliminar la transmisión del VIH a los niños y niñas de corta edad.** Ampliar los programas de prevención del VIH destinados a las mujeres en edad reproductiva, junto con la ampliación de los servicios de realización de pruebas de detección del VIH y de asesoramiento para las mujeres embarazadas, y practicar un seguimiento de los resultados; proveer regímenes antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo más eficaces, en especial el tratamiento antirretroviral para las mujeres embarazadas que lo precisen; el diagnóstico temprano del lactante y el seguimiento de los resultados, y el tratamiento inmediato de los lactantes a los que se diagnostica VIH. Para una ampliación más rápida se precisa un enfoque descentralizado en el que la planificación y puesta en marcha de los servicios de los programas nacionales se transfieran al ámbito subnacional, estableciendo mecanismos claros de coordinación, financiación y rendición de cuentas. Además será necesaria la participación efectiva de las comunidades en tanto que aliados en la prestación de servicios, así como la creación de unos vínculos más fuertes entre los establecimientos sanitarios y las comunidades locales. Especialmente en las situaciones de epidemia generalizada, para acelerar la ampliación de iniciativas integrales de salud “que tengan en cuenta el VIH” son cruciales unos sistemas sanitarios sólidos que permitan integrar la prevención y el tratamiento del VIH para las mujeres y la infancia en los servicios de salud materna, neonatal e infantil. El VIH y el SIDA brindan la oportunidad de revitalizar los sistemas sanitarios, lo que puede conducir no sólo a unos mejores resultados para las personas afectadas por el SIDA, sino a una mejora general de la atención sanitaria.
- 2. Continuar buscando nuevos indicios que informen la prevención del VIH.** El cambio de conducta –uno de los tres aspectos de la “prevención combinada”– no se producirá sin una mejor comprensión de la relación que existe entre lo que los jóvenes saben acerca del VIH y su comportamiento real en función de ese conocimiento. Es necesario suplir la falta de datos sobre los factores contextuales que permiten a los jóvenes traducir conocimiento y aptitudes en cambios de la conducta, y los que se lo impiden. En los países que presentan una baja prevalencia y epidemias concentradas, la base de pruebas acerca de la relación entre conocimientos y conducta entre los jóvenes más vulnerables es especialmente deficiente. Aún queda mucho por conocer acerca de cuáles son los “puntos de entrada” al cambio de conducta en diversos entornos –hogares, escuelas y comunidades–, así como en las relaciones con otros jóvenes. Asimismo es necesario comprender cómo se puede mejorar el cambio de conducta en el contexto de una respuesta a escala nacional, y observar si dicho

cambio se traduce en una disminución de las infecciones por VIH. Además, es importante poner en práctica programas basados en la investigación operacional, y evaluarlos.

- 3. Apoyar y potenciar la autonomía de los adolescentes, en particular las niñas, para que sean conscientes de su propia vulnerabilidad y actúen en consecuencia.** Existe una necesidad urgente de abordar los factores que hacen que las mujeres y las niñas sean más vulnerables a contraer el VIH. En África meridional, los datos que muestran una tendencia al inicio temprano de la vida sexual, a tener parejas concurrentes y a practicar relaciones sexuales intergeneracionales, ponen de manifiesto la enorme importancia de abordar los factores sociales y culturales que impulsan la propagación de la epidemia entre las mujeres y las niñas, entre los que figuran la condición de las mujeres, la violencia y la discriminación contra las mujeres y las niñas, y la desigualdad entre los géneros en materia de educación. Los programas escolares y otros cuyo propósito es aumentar el conocimiento de los adolescentes acerca del VIH y el SIDA y enseñarles aptitudes que les ayuden a reducir su vulnerabilidad al VIH, resultarán infructuosas si no existen entornos de apoyo en las comunidades en las que se espera que estos adolescentes pongan en práctica dichos conocimientos y aptitudes. Además, las niñas adolescentes precisan servicios de información sobre salud sexual y reproductiva en sus comunidades. Los niños y los hombres, así como los progenitores y las familias, son fundamentales para poder acometer los cambios sociales necesarios, de modo que su participación en estos programas resulta clave.
- 4. Proteger los derechos de los adolescentes y los jóvenes que viven con el VIH para que reciban apoyo y servicios de buena calidad.** Suplir las necesidades de este grupo en lo que concierne a su atención y a la observancia del tratamiento debe abordarse como una prioridad, y sin discriminación. Conforme estos jóvenes avanzan hacia la edad adulta, los servicios de apoyo deben tomar en consideración y abordar de manera sensible su sexualidad incipiente, el estigma asociado a sus circunstancias, y las relaciones con sus compañeros. Una salud positiva, la dignidad y la prevención son de especial importancia para los adolescentes y los jóvenes portadores del VIH que son sexualmente activos, como también lo son los servicios de salud reproductiva para las niñas adolescentes, y la atención prenatal y los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo para las adolescentes que



© UNICEF/NYHQ2005-1896/De Cesare

se quedan embarazadas. Cuando no existan servicios para los adolescentes y los jóvenes portadores del VIH, o cuando éstos sean inadecuados o no respondan a su situación particular, deberán crearse nuevos modelos de atención, tratamiento y apoyo, de ser posible con la participación de los jóvenes, que son quienes mejor pueden encontrar soluciones a estas cuestiones que les atañen.

- 5. Asegurar que los adolescentes más vulnerables reciban servicios de apoyo, prevención, tratamiento y atención del VIH.** Los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales jóvenes, los jóvenes que practican relaciones sexuales a cambio de dinero y los que consumen drogas intravenosas, se cuentan entre las poblaciones que registran los índices más elevados de VIH; y sin embargo, son pocos los programas sobre VIH que les llegan. Los indicios muestran de manera sistemática que los enfoques programáticos que se centran en resultados prácticos, como la reducción del riesgo, resultan más eficaces que moralizar. Es necesario asegurar que los servicios y programas dirigidos a los jóvenes respeten la diversidad de los jóvenes y que respondan a sus necesidades, reconociendo a la vez las circunstancias de los grupos más vulnerables y dispensando una protección especial a los jóvenes que los integran.
- 6. Hacer que la violencia sexual contra las niñas y las mujeres se considere socialmente inaceptable.** El propósito principal debería ser reducir el riesgo de VIH haciendo que la violencia sexual contra las niñas sea inaceptable y asegurando la promulgación de leyes que la conviertan en delito punible. La prevención de la violencia sexual contra las mujeres debería promoverse como parte de los programas nacionales y regionales de prevención del VIH. El hecho de que sean distintos ministerios o departamentos los que aborden la violencia sexual contra las niñas y la prevención del VIH es en parte la causa de la posición escasamente destacada que estas cuestiones ocupan en los programas políticos. Las medidas contra el SIDA brindan oportunidades para reducir la violencia sexual y para formular intervenciones integrales en respuesta a la violencia sexual y a la prevención del VIH dentro y fuera del sector sanitario.

7. La ampliación de una protección social “que tenga en cuenta a la infancia” es una parte necesaria de la respuesta a la cuestión de los niños y niñas afectados por el SIDA. Unos sistemas y programas de protección social eficaces y “sensibles a la infancia” abarcarán en su ámbito de actuación a los niños y niñas afectados por el SIDA, proveyendo fondos y otras prestaciones sociales para las familias que los necesiten. Esto facilitará el acceso a servicios sociales básicos donde quizás fueran inaccesibles debido a la pobreza y el estigma, y contribuirá a establecer unos marcos jurídicos, políticos y presupuestarios que protejan a la infancia y a sus familias frente a una mayor vulnerabilidad. Las pruebas revelan que las transferencias de efectivo contribuyen a una mejora de los resultados para la infancia. Los ministerios de bienestar social que no tengan los recursos suficientes deberán fortalecerse en aras de poder coordinar los esfuerzos de los proveedores de servicios estatales y privados. Las organizaciones de la sociedad civil cumplen un papel destacado en los sistemas de bienestar social, contribuyendo a detectar a los niños y niñas más vulnerables y excluidos –en especial los niños y niñas afectados por el SIDA– y a sus familias. La sociedad civil puede proveer y facilitar el acceso a los servicios sociales esenciales, y fortalecer las estructuras comunitarias para apoyar a las familias y proteger a los niños y niñas frente al maltrato.

8. Fortalecer la capacidad de las comunidades para dar respuesta a las necesidades de los niños y niñas afectados por el SIDA previniendo la separación de las familias y mejorando la calidad de la atención sustitutiva. Dado que son las familias las que atienden a la gran mayoría de los niños y niñas afectados por el SIDA, el propósito principal debe ser apoyar a estas familias para que dispensen una atención de calidad a la infancia. Es preciso brindar apoyo a las fórmulas de atención en familias de acogida o en la familia ampliada, en tanto que alternativas al cuidado institucional para los niños y niñas que están separados de sus familias. La atención institucional debería continuar siendo un último recurso, de carácter temporal y que se emplee únicamente cuando no puedan disponerse otras medidas de atención sustitutiva en un entorno familiar. Así pues, los vínculos con la comunidad deberían ser tan cercanos como sea posible. Los gobiernos deberían asumir la responsabilidad de establecer normas

y de supervisar los establecimientos de atención institucional gestionados por las comunidades, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de base religiosa.

9. Fortalecer los sistemas al completo a fin de poder ampliar y mantener los logros alcanzados en pro de las mujeres y los niños y niñas afectados por el SIDA. Los programas y las políticas son tan eficaces como los sistemas que los respaldan. Vincular los servicios de atención de la salud materna e infantil con los servicios relacionados con el VIH, ha demostrado ser por sí mismo un medio eficaz de avanzar en dirección al acceso universal y de mejorar los resultados en materia de salud para todos. Es preciso hacer extensiva esta mentalidad a otros ámbitos también: a los sistemas de educación, bienestar y protección social. Deben mejorarse los recursos humanos y la capacidad organizativa de los sistemas de salud al objeto de sustentar los logros en materia de prevención de la transmisión de madre a hijo y la atención pediátrica. Deben existir vínculos más fuertes entre los servicios que integran los sistemas sanitarios.

10. Mejorar la compilación y el análisis de datos con el fin de lograr resultados en beneficio de la infancia y de detectar las deficiencias en la igualdad de la cobertura y el acceso a los servicios. Unos datos fiables que estén desglosados por edad, género, estado civil y otras características, pueden servir de base a la elaboración de políticas y la programación y ser de utilidad a los gobiernos y otras partes interesadas que requieran apoyo y financiación. Se precisan también avances en la esfera de la investigación operacional, en nuestro conocimiento de la epidemia y de cómo afecta a la infancia y a las mujeres, así como en lo que respecta a la eficacia de las intervenciones en los contextos locales. Este conocimiento puede incrementarse estableciendo vínculos entre las instituciones locales y nacionales, y fortaleciendo la capacidad de investigación a escala local. Unos mejores procesos de compilación y análisis de datos y una mayor conciencia sobre las cuestiones de género deben considerarse prioridades de los derechos humanos. Contribuirán a supervisar el progreso hacia los objetivos de acceso universal y a valorar si los niños, niñas y mujeres, que siguen siendo los más vulnerables a los efectos del VIH y el SIDA, se benefician de las inversiones realizadas.

Por último, si el conocimiento no se lleva a la práctica, no será posible emplear las inversiones sabiamente, y las muchas deficiencias que afectan a la cobertura, la calidad y la igualdad no se subsanarán. Debemos seguir adelante, cumpliendo nuestros compromisos, supliendo las deficiencias existentes en la base mundial de conocimientos, y reconociendo en qué ámbitos son insuficientes los esfuerzos a fin de mejorar nuestra labor.

REFERENCIAS

- Bourne, David E., et al., 'Emergence of a Peak in Early Infant Mortality Due to HIV/AIDS in South Africa', *AIDS*, vol. 23, no. 1, 2 de enero de 2009, págs. 101-106.
- Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, págs. 145-149.
- Ibid., pág. 151.
- Merson, Michael H., et al., 'The History and Challenge of HIV Prevention', *The Lancet*, vol. 372, no. 9637, 9-15 de agosto de 2008, págs. 475-488.
- All-Parliamentary Group on AIDS, 'The Treatment Timebomb: Report of the Inquiry of the All-Party Parliamentary Group into long-term access to HIV medicines in the developing world', APPG, Londres, julio de 2009, págs. 6, 30.
- Sweat, Michael D., et al., 'Cost-Effectiveness of Nevirapine to Prevent Mother-to-Child HIV Transmission in Eight African countries', *AIDS*, vol. 18, no. 12, 20 de agosto de 2004, págs. 1661-1671.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *2008 Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*, UN AIDS, Ginebra, agosto de 2008, pág. 180.
- Los países son: Argentina, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Belice, Botswana, Costa Rica, Cuba, Federación de Rusia, Georgia, Guyana, Kazajstán, Kirguistán, Lituania, Namibia, República de Moldova, Santo Tomé y Príncipe, Tailandia y Ucrania. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, págs. 97, 99.
- Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, págs. 98, 99, 102.
- Datos presentados por UNICEF para *Hacia el acceso universal*, 2009; Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, pág. 105.
- Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, págs. 96, 98, 99, 106.
- Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation y Ministerio de Salud y Bienestar Social de Tanzania, 'Rapid Scale-Up of PMTCT Service Provision Using a District Approach: The Tanzania experience', Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Dar es Salaam, República Unida de Tanzania, 2009.
- Rusa, Louis, et al., 'Rwanda: Performance-based financing in the public sector', Capítulo 10, *Performance Incentives for Global Health: Potential and pitfalls*, edited by Rena Eichler, et al., Center for Global Development, Washington, D.C., 2009, págs. 190, 193-194, 199.
- Oficina de UNICEF en Zambia, 'Best Practices in Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Sharing best practices in 10 countries' (borrador de documento interno), abril de 2009.
- Killam, W. P., 'Integrated Provision of Antiretroviral Therapy in Antenatal Care Increases Treatment among Eligible, HIV-Infected Pregnant Women', Abstract 181, *Oral & Poster Abstracts, The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting*, Windhoek, Namibia, 10-14 de junio de 2009, págs. 17-18.
- Para Camboya*: International Treatment Preparedness Coalition, 'Failing Women, Failing Children: HIV, vertical transmission and women's health - On-the-ground research in Argentina, Cambodia, Moldova, Morocco, Uganda, Zimbabwe', *Missing the Target 7*, ITPC, Ginebra, mayo de 2009, pág. 28. *Para China*: Chen, L., et al., 'Integrating PMTCT into the Rural Health Care System in Guangxi Province, China', Abstract 445, *Oral & Poster Abstracts, The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting*, Windhoek, Namibia, 10-14 de junio de 2009, pág. 30.
- Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Academy for Educational Development, *Learning from Large-Scale Community-Based Programmes to Improve Breastfeeding Practices*, OMS, Ginebra, 2008.
- Mokone, M., et al., 'Encouraging Male Involvement in PMTCT: New approaches in one district of Lesotho', Abstract 1271, *Oral & Poster Abstracts, The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting*, Windhoek, Namibia, 10-14 de junio de 2009, pág. 134; Mugwaneza, P., et al., 'Uptake of HIV Testing of Pregnant Women and Their Male Partners in Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Program in Rwanda, January 2005-November 2008', Abstract 1321, *Oral & Poster Abstracts, The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting*, Windhoek, Namibia, 10-14 de junio de 2009, págs. 140-141.
- National AIDS Commission [Lesotho] (2008). Status of the National Response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS: January 2006 - December 2007" Lesotho. National AIDS Commission [Lesotho].
- Potter, Dara, et al., 'Do Targeted HIV Programs Improve Overall Care for Pregnant Women?: Antenatal syphilis management in Zambia before and after implementation of prevention of mother-to-child HIV transmission programs', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, no. 1, 2008, págs. 79-85.
- Kali, Paula B. N., et al., 'Combining PMTCT with Active Case Finding for Tuberculosis', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 42, no. 3, 3 de julio de 2006, págs. 379-381.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *2008 Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*, ONUSIDA, Ginebra, 2008, pág. 53.
- Banco Mundial, *Averting a Human Crisis During the Global Downturn: Policy Options from the World Bank's Human Development Network*, Washington, D.C., 2009, pág. 41.
- Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, *Celebrating Life: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief - 2009 Annual Report to Congress*, PEPFAR, Washington, D.C., 2009. Véase también: Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, *Scaling Up for Impact: Results Report*, Fondo Mundial, Ginebra, marzo de 2009.
- Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, págs. 93.
- Véase por ejemplo: Marazzi, Cristina M., et al., 'Implementing Anti-Retroviral Triple Therapy to Prevent HIV Mother-to-Child Transmission: A public health approach in resource-limited settings', *European Journal of Pediatrics*, vol. 166, no. 12, diciembre de 2007, págs. 1305-1307; Palombi, L., et al., 'Treatment Acceleration Program and the Experience of the DREAM Program in Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV', *AIDS*, vol. 21, suplemento 4, julio de 2007, págs. S 65-S71; Thomas, Timothy, et al., 'PMTCT of HIV-1 among



- Breastfeeding Mothers Using HAART: The Kisumu Breastfeeding Study, Kisumu, Kenya, 2003–2007', Abstract no. 45aLB, 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, 3–6 de febrero de 2008.
27. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, págs. 110–111.
 28. Datos proporcionados por UNICEF para: Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados 2009*, OMS, Ginebra, 2009.
 29. Bourne, David E., et al., 'Emergence of a Peak in Early Infant Mortality Due to HIV/AIDS in South Africa', *AIDS*, vol. 23, no. 1, 2 de enero de 2009, págs. 101–106.
 30. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, pág. 108; Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009 2008*, OMS, Ginebra, 2008, pág. 140.
 31. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2009, pág. 110.
 32. Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil, 'Child Mortality Estimates', IGME, New York, <www.childmortality.org>, consultado el 2 de octubre de 2009.
 33. Datos proporcionados a UNICEF por la Iniciativa sobre VIH/SIDA de la Fundación Clinton, agosto de 2009.
 34. Sundaram, Maaya, y Bhekumusa Lukhele, 'Identification of Patient Loss-Points from Testing to Treatment Initiation among Infants Tested in Swaziland', Presentación, 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Ciudad del Cabo, Sudáfrica, 19–22 de julio de 2009.
 35. Datos proporcionados a UNICEF por la Iniciativa sobre VIH/SIDA de la Fundación Clinton, agosto de 2009.
 36. Datos proporcionados a UNICEF por la Iniciativa sobre VIH/SIDA de la Fundación Clinton, julio de 2009.
 37. Baek, Carolyn, et al. 'Key Findings from an Evaluation of the mothers2mothers Program in KwaZulu-Natal, South Africa', *Horizons Final Report*, Population Council, Washington, D.C., 2007, Resumen Ejecutivo. Material de consulta interna sobre m2m proporcionado a UNICEF, agosto de 2009.
 38. Comunicación interna con la oficina de UNICEF en la India.
 39. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 'Public-Private Partnership Strengthens Laboratory Systems in Fight against AIDS and Tuberculosis', *CDC Global Health E-Brief*, First Quarter 2009, CDC, Washington, D.C., 2009, pág. 6; y Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, 'BD Mobilizes Resources to Improve Lab Systems in Africa', *Business Action: In brief – Ideas and action*, Winter/Spring 2008, pág. 10.
 40. Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, 'Decision Point GF/ B19/DP34', *Decision Point Master List Nineteenth Board Meeting*, Ginebra, 5–6 de mayo de 2009, págs. 37–38; y Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Scale Up of HIV-related Prevention, Diagnosis, Care and Treatment for Infants and Children: A programming framework', OMS-UNICEF, Ginebra y Nueva York, 2008, págs. 29–30.
 41. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Scale Up of HIV-related Prevention, Diagnosis, Care and Treatment for Infants and Children: A programming framework', OMS-UNICEF, Ginebra y Nueva York, 2008, págs. 29–30.
 42. Organización Mundial de la Salud, Grupo de Colaboración para Maximizar las Sinergias, 'An Assessment of Interactions between Global Health Initiatives and Country Health Systems', *The Lancet*, vol. 373, no. 9681, 20 de junio de 2009, págs. 2142–2169.
 43. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 'DSMB Finds Ritonavir-Boosted Lopinavir Superior to Nevirapine in HIV-positive Women Who Previously Took Single-Dose Nevirapine', *Bulletin*, NIAID, 28 de octubre de 2008.
 44. Mascolini, Mark, 'Only 55% of African Children Get HIV Under Control After 1st Failure', International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Ciudad del Cabo, Sudáfrica, 20 de julio de 2009.
 45. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 21, 114.
 46. Análisis del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia basado en documentos internos, 21 de julio de 2009.
 47. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *2008 Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*, ONUSIDA, Ginebra, 2008, pág. 33.
 48. ICF Macro y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'HIV Risk and Vulnerability among Young People' (borrador, 2009).
 49. Ibid.
 50. Ibid.
 51. Véase, por ejemplo: García-Moreno, Claudia, y Charlotte Watts, 'Violence against Women: Its importance for HIV/AIDS', *AIDS*, vol. 14, suplemento 3, 2000, págs. S 253–S265; Campbell, Jacquelyn C., 'Health Consequences of Intimate Partner Violence', *The Lancet*, vol. 359, no. 9314, 13 de abril de 2002, págs. 1331–1336; Coalición Mundial sobre las Mujeres y el SIDA, y Organización Mundial de la Salud, 'Violence against Women and HIV/AIDS: Critical intersections – Intimate partner violence and HIV/AIDS', *Information Bulletin Series*, no. 1, OMS, Ginebra, 2002, pág. 3; y Dworkin, Shari L., y Anke A. Ehrhardt, 'Going Beyond "ABC" to include "GEM": Critical reflections on progress in the HIV/AIDS epidemic', *American Journal of Public Health*, vol. 97, no. 1, enero de 2007, págs. 13–18.
 52. ICF Macro y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'HIV Risk and Vulnerability among Young People' (borrador, 2009).
 53. Relaciones sexuales de alto riesgo se definen como un intercambio sexual con otra persona diferente del cónyuge o el compañero permanente. La descripción de este indicador ha cambiado recientemente para reflejar mejor los niveles de riesgo. ICF Macro y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'HIV Risk and Vulnerability among Young People' (borrador, 2009).
 54. Mema Kwa Vijana, 'Rethinking how to prevent HIV in young people: Evidence from two large randomised controlled trials in Tanzania and Zimbabwe', *Policy Briefing Paper No. 10*, Mema Kwa Vijana, Londres, noviembre de 2008.
 55. Shisana, Olive, et al., *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey 2008: A turning tide among teenagers?*, Human Sciences Research Council, Ciudad del Cabo, 2009, pág. 45.
 56. Vital Wave Consulting, *mHealth for Development: The opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world*, United Nations Foundation-Vodafone Foundation Partnership, Washington, D.C., y Berkshire, Reino Unido, 2009, págs. 25–27.
 57. Pronyk, Paul M., et al., 'Effect of a Structural Intervention for the Prevention of Intimate-Partner Violence and HIV in Rural South Africa: A cluster randomised trial', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 de diciembre de 2006, págs. 1973–1983. Outwater, Anne, et al., 'Women in South Africa: Intentional violence and HIV/AIDS – Intersections and prevention', *Journal of Black Studies*, vol. 35, no. 4, marzo de 2005, págs. 135–154. in Africa', *Business Action: In brief – Ideas and action*, Winter/Spring 2008, pág. 10.
 58. Pronyk, Paul M., et al., 'Effect of a Structural Intervention for the Prevention of Intimate-Partner Violence and HIV in Rural South Africa: A cluster randomised trial', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 de diciembre de 2006, págs. 1973–1983.

59. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Achieving MDG 6, Target 7: To halt and begin to reverse the spread of HIV and AIDS by 2015 by reducing the risk and vulnerability of adolescent girls in the Eastern and Southern Africa Region (ES AR)', UNICEF, Johannesburgo, noviembre de 2007, pág. 3; Olson, Rick. 'UNICEF ES AR: Primary Prevention with and for Adolescents', Oficina Regional de UNICEF en África Oriental y Meridional, presentación, 24 de febrero de 2009.
60. ICF Macro y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'HIV Risk and Vulnerability among Young People (draft, 2009).
61. Véase, por ejemplo: Reza, Avid, et al., 'Violence against Children in Swaziland: Findings from a national survey on violence against children in Swaziland, May 15–June 16, 2007', Centers for Disease Control and Prevention, y oficina de UNICEF en Swazilandia, Atlanta, GA, y Mbabane, octubre de 2007; y Grant, Monica, y Kelly Hallman, 'Pregnancy-Related School Dropout and Prior School Performance in South Africa', Policy Research Division Working Paper, no. 212, Population Council, New York, 2006.
62. Los 13 países prioritarios son: Botswana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe. Organización Mundial de la Salud, 'Country Experiences in the Scale-Up of Male Circumcision in the Eastern and Southern Africa Region: Two years and counting', Informe sobre la reunión de una consulta subregional en Windhoek, Namibia, 9–10 de junio de 2009, OMS, Ginebra, 2009, pág. 5.
63. Weiss, Helen, et al., 'Male Circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability', Londres School of Hygiene and Tropical Medicine, Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, 2007, pág. 18.
64. Oficina Regional de las Naciones Unidas en Europa Central y del Este, Comunidad de Estados Independientes, 'HIV Prevention in Most at Risk Adolescents in Ukraine and South Eastern Europe', Year 2 Progress Report for Irish Aid, 16 de diciembre de 2008.
65. Khan, Shivananda, et al., 'Rapid Assessment of Male Vulnerabilities to HIV and Sexual Exploitation in Afghanistan', Naz Foundation International, Londres, 30 de marzo de 2009.
66. Birungi, Harriet, et al., 'Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescents Perinatally Infected with HIV in Uganda', FRONTIERS Final Report, Population Council, Washington, D.C., julio de 2008, pág. 9.
67. Grupo Haitiano para el Estudio del Sarcoma de Kaposi y las Infecciones Oportunistas (Gheskio), 'Proposal Submitted to UNICEF Haiti Country Office for Gheskio Project 2', Puerto Príncipe, Haití, 1 de abril de 2008, pág. 10.
68. Granich, Reuben M., et al., 'Universal Voluntary HIV Testing with Immediate Antiretroviral Therapy as a Strategy for Elimination of HIV Transmission: A mathematical model', *The Lancet*, vol. 373, no. 9657, 3 de enero de 2009, págs. 48–57.
69. Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, 'Home Truths: Facing the facts on children, AIDS, and poverty', JLICA, 10 de febrero de 2009.
70. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia e Irish Aid, 'Communiqué for the 4th Global Partners Forum on Children Affected by HIV and AIDS', Global Partners Forum, Dublín, 10 de octubre de 2008, pág. 4.
71. Adato, Michelle, y Lucy Bassett, 'What is the Potential of Cash Transfers to Strengthen Families Affected by HIV and AIDS?: A review of the evidence on impacts and key policy debates', Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, 2008.
72. Schubert, Bernd, 'Targeting Social Cash Transfers: The process of defining target groups and designing the targeting mechanism for the Malawi Social Cash Transfer Scheme', *Wahenga Comment*, Regional Hunger and Vulnerability Programme, Johannesburgo, junio de 2009, pág. 1.
73. Oficina de UNICEF en China, *Country Office Annual Report, 2008* (documento interno).
74. Ministerio de Igualdad de Género y Bienestar Infantil, Directorio de Bienestar Infantil, 'A Human Resource and Capacity Gap Analysis: Improving child welfare services', Namibia, 2007, pág. 5.
75. Nyamukapa, Constance A., et al., 'Orphans' Household Circumstances and Access to Education in a Maturing HIV Epidemic in Eastern Zimbabwe', *Journal of Social Development in Africa*, vol. 18, no. 2, julio de 2003, pág. 16.
76. República de Kenya, *UNGASS 2008: United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS – Country Report*, Kenya, Oficina del Presidente de Kenya, Ministerio de Programas Especiales, Nairobi, 2008, pág. 32; Banco Mundial, 'World Bank Approves US \$50 Million to Support Kenya's Orphans and Vulnerable Children', Comunicado de prensa no: 2009/271/AFR, Banco Mundial, Washington, D.C., 31 de marzo de 2009; Oficina de UNICEF en Kenya, *Informe Anual de 2008* (documento interno).
77. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un balance sobre la nutrición, Número 8*, UNICEF, Nueva York, octubre de 2009.
78. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Alternative Care for Children in Southern Africa: Progress, challenges and future directions', Sección de Política Social y Protección Social, Documento de trabajo de la Región de África Oriental y Septentrional, Nairobi, septiembre de 2008, págs. 10, 44, 92.
79. Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, *Home Truths: Facing the facts on children, AIDS, and poverty*, JLICA, 10 de febrero de 2009, pág. 12.
80. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Alternative Care for Children in Southern Africa: Progress, challenges and future directions', Sección de Política Social y Protección Social, Documento de trabajo de la Región de África Oriental y Septentrional, Nairobi, septiembre de 2008, págs. 1, 10, 11, 13, 24, 92.
81. Foster, Geoff, 'Study of the Response by Faith-Based Organizations to Orphans and Vulnerable Children – Preliminary Summary Report', Conferencia Mundial de Religiones para la Paz y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2003.
82. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 'Core Indicators for National AIDS Programmes: Guidance and specifications for additional recommended indicators' (addendum to United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators – 2008 reporting), ONUSIDA, Ginebra, abril de 2008, págs. 6–7.
83. Futures Institute, citado en Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Synthesis of Evidence: Fourth Global Partners Forum on Children Affected by HIV and AIDS', UNICEF, Dublín, 6–7 de octubre de 2008, pág. 5.
84. Better Care Network y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Manual for the Measurement of Indicators for Children in Formal Care*, BCN and UNICEF, Nueva York, enero de 2009.
85. Sidibé, Michel, 'Letter to Partners', Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, 10 de febrero de 2009, pág. 4.
86. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 'What Countries Need: Investments needed for 2010 targets', UN AIDS, Ginebra, 2009, pág. 12.
87. *Ibid.*, pág. 7.
88. Cálculos de UNICEF derivados de 'What Countries Need: Investments needed for 2010 targets', ONUSIDA, Ginebra, 2009.
89. Las estimaciones incluyen niños que quedaron huérfanos debido a todas las causas en África subsahariana; fuera de África subsahariana solamente los huérfanos debido al SIDA se incluyen en las estimaciones.
90. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 'What Countries Need: Investments needed for 2010 targets', UN AIDS, Ginebra, 2009, pág. 11.



ANEXO

NOTAS A LOS DATOS

FUENTES DE LOS DATOS Y COMPILACIÓN

Los datos y los análisis que se presentan en este *Cuarto Informe de la situación* provienen de información del banco mundial de datos de UNICEF obtenida en diversas fuentes, entre ellas los datos representativos a escala nacional compilados a partir de encuestas en los hogares, como por ejemplo las Encuestas de Demografía y Salud, las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y las encuestas sobre salud reproductiva; las estadísticas de los servicios de los programas nacionales que UNICEF, la OMS y ONUSIDA compilan anualmente por medio de un formulario conjunto de presentación de informes destinado a supervisar la respuesta del sector sanitario al VIH/SIDA (2009); las estimaciones de los países sobre las necesidades de atención y tratamiento del VIH preparadas por ONUSIDA y la OMS en colaboración con los países; y las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas sobre el número de nacimientos anuales.

Por primera vez en 2009, la OMS, UNICEF y ONUSIDA colaboraron en la compilación de datos procedentes de programas iniciados en países de todo el mundo, empleando una herramienta conjunta para la presentación de informes cuya finalidad es supervisar e informar acerca del progreso hacia el acceso universal de los sectores sanitarios de esos países. Esta herramienta comprende 46 indicadores para el seguimiento del progreso hacia el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH, en especial intervenciones para las mujeres y la infancia como la prevención de la transmisión de madre a hijo. Esta herramienta conjunta –que sustituye a la ficha informativa sobre prevención de la transmisión de madre a hijo y atención y tratamiento pediátrico del VIH– permitió compilar

los datos correspondientes a los 12 meses transcurridos entre enero y diciembre de 2008.

ESTIMACIONES SOBRE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS Y LAS MUJERES EMBARAZADAS

En 2009, ONUSIDA y la OMS depuraron la metodología de estimación a fin de que reflejara más fielmente los resultados obtenidos a partir de las encuestas de población, los sistemas nacionales ampliados de vigilancia centinela y las estadísticas de los servicios de programas de una serie de países. Como consecuencia de ello, basándose en la metodología depurada, ONUSIDA generó nuevas estimaciones retroactivas acerca de las necesidades de prevención de la transmisión de madre a hijo y de tratamiento pediátrico del VIH en los años anteriores.

A fin de lograr una mayor coherencia y de establecer una medida comparativa de los progresos es preciso volver a calcular los análisis de tendencias empleando únicamente las estimaciones generadas recientemente. En cualquier caso, las estimaciones se actualizan periódicamente a medida que surgen nuevos datos. Debido a que en el momento de publicarse este documento no se disponía de nuevas estimaciones sobre el número de personas que viven con el VIH y sobre la prevalencia del VIH, estos datos se incluirán en el informe de actualización sobre el SIDA de noviembre de 2009.

De forma análoga, se han depurado las estimaciones mundiales acerca del número de mujeres que precisan servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo, calculando de nuevo en consecuencia las tasas de cobertura correspondientes a 2004, 2005, 2006 y 2007, sobre la base de las nuevas estimaciones generadas. Estas estimaciones incluían los datos más recientes aportados por los países en 2008. Los métodos e hipótesis empleados en el modelo de estimación de ONUSIDA y la OMS continúan evolucionando, y se revisan periódicamente conforme surgen nuevos datos. Además, la mejora de los datos referidos a la prevalencia del VIH facilita también la revisión y la actualización del modelo a lo largo del tiempo.

Actualmente existen estimaciones acerca de las necesidades de tratamiento de los niños y niñas menores de 15 años. Se han empleado en este informe, y se basan en la información más precisa con que se contaba en el momento de su publicación. Las recomendaciones sobre el tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH y sobre la terapia antirretroviral para los niños y niñas se revisarán en 2009 a la luz de las nuevas observaciones, lo que podría originar cambios en las hipótesis y los métodos de estimación. Las mejoras en la compilación de datos podrían facilitar un mejor ajuste de los parámetros modelo al efecto de que reflejen la repercusión programática de las intervenciones de prevención de la transmisión de madre a hijo en el número de niños y niñas infectados con el VIH recientemente. En términos generales, las estimaciones más recientes de ONUSIDA y la OMS sobre las necesidades de prevención de la transmisión de madre a hijo y sobre el número de niños y niñas que vivían con el VIH en 2008 son inferiores a las publicadas en informes anteriores. Las diferencias entre estas estimaciones generadas recientemente y las publicadas anteriormente no se relacionan con tendencias a lo largo del tiempo y, por lo tanto, no se pueden comparar. Tampoco es posible comparar otras estimaciones revisadas con las que fueron publicadas en años anteriores. Sin embargo, es posible evaluar

continúa en la página 46

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

	Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (más de 15 años), 2007	Cobertura de la atención prenatal (%), 2003-2008*	Cifra anual de nacimientos, 2008 miles	Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2008z			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2008	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2008**		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Afganistán	–	16	1.269	–	–	–	–	–	–	–
Albania	–	97	46	–	–	–	–	–	–	–
Angola	2,1	80	774	16.000	8.000	24.000	2.962	19	12	37
Antigua y Barbuda	–	100	1	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	591	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	0,1	89	714	<500	<200	1.600	18	–	1	9
Argentina	0,5	99	689	1.100	<1.000	1.800	2.463	–	>95	>95
Armenia	0,1	93	47	<100	<100	<100	6	–	9	40
Azerbaiyán	0,2	77	166	<100	<100	<100	17	–	25	>95
Bahamas	3,0	98	6	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	14	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	51	3.430	<100	<100	<200	6 a	–	5	15
Barbados	1,2	100	3	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	0,2	99	96	– m	–	–	153	–	–	–
Belice	2,1	94	7	<200	<100	<500	65	–	20	68
Benin	1,2	84	342	3.600	1.700	5.500	1.447	40	26	86
Bhután	0,1	88	15	<100	<100	<100	19	–	86	>95
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,2	77	263	<500	<200	<1.000	35 b	–	6	21
Bosnia y Herzegovina	<0,1	99	34	–	–	–	1	–	–	–
Botswana	23,9	–	47	12.000	7.500	16.000	11.971	>95	75	>95
Brasil	0,6	98	3.105	– m	–	–	6.844	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	73	<100	<100	<100	1 n	–	3	9
Burkina Faso	1,6	85	721	6.700	3.400	10.000	1.333	20	13	39
Burundi	2,0	92	278	16.000	7.200	24.000	1.488 q	9	6	21
Cabo Verde	–	98	12	–	–	–	57	–	–	–
Camboya	0,8	69	361	1.400	<1.000	2.200	777	–	35	>95
Camerún	5,1	82	704	36.000	19.000	52.000	10.144	28	20	53
Chad	3,5	39	498	15.000	7.700	23.000	722	5	3	9
Chile	0,3	–	251	<500	<200	<1.000	203	–	32	>95
China	0,1	91	18.134	– m	–	–	980 c	–	–	–
Colombia	0,6	94	918	3.200	1.700	5.100	404	–	8	24
Comoras	<0,1	75	21	<100	<100	<100	0	–	0	0
Congo	3,5	86	125	4.300	2.200	6.300	438	10	7	20
Costa Rica	0,4	90	75	<100	<100	<200	21 o	–	13	50
Côte d'Ivoire	3,9	85	722	22.000	11.000	34.000	9.296	41	28	83
Croacia	<0,1	–	42	–	–	–	2 n	–	–	–
Cuba	0,1	100	118	<100	<100	<200	41 n	–	34	>95
Djibouti	3,1	92	24	<1.000	<500	1.100	43	6	4	13
Dominica	–	100	1	–	–	–	1 n	–	–	–
Ecuador	0,3	84	281	<1.000	<500	1.200	277	–	24	81
Egipto	–	74	2.015	<500	<100	<500	3	–	1	3
El Salvador	0,8	94	124	<1.000	<500	<1.000	189	–	23	69
Emiratos Árabes Unidos	–	–	63	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	1,3	–	182	1.500	<1.000	2.600	424	29	16	59
Etiopía	2,1	28	3.093	36.000	18.000	54.000	6.354	18	12	35
ex República Yugoslava de Macedonia	<0,1	94	22	–	–	–	0	–	–	–
Federación de Rusia	1,1	–	1.545	– m	–	–	8.367	–	–	–
Fiji	0,1	–	18	<100	<100	<100	3 d	–	17	75
Filipinas	–	91	2.236	<200	<100	<500	1	–	<1	1
Gabón	5,9	–	40	1.800	<1.000	2.900	634	35	22	70
Gambia	0,9	98	61	1.000	<1.000	1.800	321	–	18	64
Georgia	0,1	94	52	<100	<100	<100	25	–	78	>95
Ghana	1,9	96	757	13.000	6.400	19.000	4.991	39	26	78
Granada	–	100	2	–	–	–	7 n	–	–	–
Guatemala	0,8	–	453	2.300	1.100	3.600	321	–	9	29
Guinea	1,6	88	392	5.400	2.700	8.200	1.205	22	15	45
Guinea-Bissau	1,8	78	65	1.600	<1.000	2.500	305	20	12	39
Guinea Ecuatorial	3,4	–	25	1.400	<1.000	2.300	567	40	25	76
Guyana	2,5	81	14	<200	<100	<500	211	–	85	>95
Haití	2,2	85	273	5.500	2.700	8.500	2.500 e	46	29	92
Honduras	0,7	92	202	<1.000	<500	1.100	300	–	27	94
India	0,3	74	26.913	49.000	25.000	80.000	10.673	–	13	42
Indonesia	0,2	93	4.220	2.300	1.100	3.800	165	–	4	15
Irán (República Islámica del)	0,2	98	1.388	<1.000	<500	1.500	52 q	–	3	10
Iraq	–	84	944	–	–	–	0	–	–	–



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

	Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (más de 15 años), 2007	Cobertura de la atención prenatal (%), 2003-2008*	Cifra anual de nacimientos, 2008 miles	Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2008z			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2008	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2008**		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Islas Cook	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	81	1	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	74	16	-	-	-	0	-	-	-
Jamahiriyá Árabe Libia	-	-	147	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	1,6	91	52	<500	<200	<1.000	515	-	70	>95
Jordania	-	99	157	-	-	-	2	-	-	-
Kazajstán	0,1	100	304	<200	<100	<200	174	-	>95	>95
Kenya	-	88	1.506	110.000	53.000	160.000	59.601	56	37	>95
Kirguistán	0,1	97	120	<200	<100	<500	15	-	5	19
Kiribati	-	-	2	-	-	-	0	-	-	-
Kuwait	-	-	52	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	23,2	90	59	14.000	8.600	19.000	8.056	57	43	94
Libano	0,1	96	66	<100	<100	<100	-	-	-	-
Liberia	1,7	79	145	2.700	1.300	4.100	381	14	9	29
Madagascar	0,1	80	687	<1.000	0	2.000	18	-	1	-
Malasia	0,5	79	551	1.100	<500	1.900	189	-	10	39
Malawi	11,9	92	599	- m	32.000	82.000	33.838 f	-	41	>95
Maldívas	-	-	6	<100	<100	<100	0	-	0	0
Mali	1,5	70	542	4.300	2.100	6.700	1.115	-	17	54
Marruecos	0,1	68	646	<500	<200	<1.000	56	-	9	33
Mauricio	1,7	-	18	<200	<100	<500	19 n	-	8	37
Mauritania	0,8	75	108	<500	<200	<1.000	45	-	5	29
México	0,3	94	2.049	5.700	2.900	8.500	458	-	5	16
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	0,1	99	50	<100	<100	<100	0	-	0	0
Montenegro	-	97	115	-	-	-	1 n	-	-	-
Mozambique	12,5	89	876	110.000	50.000	180.000	46.848	42	26	93
Myanmar	0,7	-	1.020	5.200	2.100	10.000	1.377	-	14	65
Namibia	15,3	95	59	8.200	4.400	12.000	7.474	91	63	>95
Nauru	-	95	0	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	0,5	44	732	1.400	<1.000	2.100	47	-	2	6
Nicaragua	0,2	90	140	<100	<100	<100	53	-	65	>95
Niger	0,8	46	791	3.700	1.800	6.200	1.183	-	19	67
Nigeria	3,1	58	6.028	210.000	110.000	300.000	19.804	10	7	18
Niue	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	61	<100	<100	<100	4	-	11	44
Pakistán	0,1	61	5.337	1.800	<1.000	3.700	14	-	<1	2
Palau	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	1,0	-	70	<500	<100	<1.000	71 n, k	-	13	>95
Papua Nueva Guinea	1,5	79	207	1.900	<1.000	2.900	257	13	9	28
Paraguay	0,6	96	154	<500	<200	<1.000	156	-	29	>95
Perú	0,5	91	609	<1.000	<500	1.600	477	-	29	>95
Qatar	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	84	590	-	-	-	0 n	-	-	-
República Centroafricana	6,3	69	154	8.300	4.400	12.000	1.936	23	16	44
República de Corea	<0,1	-	452	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	0,4	98	45	- m	-	-	129	-	-	-
República Democrática del Congo	-	85	2.886	32.000	17.000	48.000	1.776	5	4	10
República Dominicana	1,1	99	224	1.900	<1.000	2.800	1.034	-	37	>95
República Popular Democrática de Corea	-	-	327	<100	<100	<100	-	-	-	-
República Popular Democrática Lao	0,2	35	170	<200	<100	<500	21	-	8	28
República Unida de Tanzania	6,2	76	1.771	- m	40.000	130.000	70.944	-	53	>95
Rumania	0,1	94	214	<200	<100	<500	109	-	32	>95
Rwanda	2,8	96	403	10.000	5.000	16.000	7.197	72	45	>95
Samoa	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
San Kitts y Nevis	-	100	0	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	95	2	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	99	3	-	-	-	11 n	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	97	5	-	-	-	22	-	-	-
Senegal	1,0	87	470	3.600	1.600	5.600	473	-	8	29
Serbia	0,1	98	8	<100	<100	<100	2	-	3	12
Seychelles	-	-	3	-	-	-	2	-	-	-
Sierra Leona	1,7	81	223	3.300	1.700	5.000	1.018	31	20	60
Singapur	0,2	-	37	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	0,5	26	395	1.900	<1.000	3.100	6	-	<1	1
Sudáfrica	18,1	92	1.091	200.000	120.000	280.000	149.118	73	53	>95

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

	Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos (más de 15 años), 2007	Cobertura de la atención prenatal (%), 2003-2008*	Cifra anual de nacimientos, 2008 miles	Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2008z			Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2008	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH, 2008**		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Sri Lanka	—	99	365	<100	<100	<200	5	—	5	22
Sudán	1,4	64	1.296	12.000	5.800	20.000	68 r	1	<1	1
Suriname	2,4	90	10	<100	<100	<200	35 o	—	22	>95
Swazilandia	26,1	85	35	9.700	6.000	12.000	10.811 h	>95	87	>95
Tailandia	1,4	98	977	9.000	2.700	17.000	5.769 s	—	33	>95
Tajikistán	0,3	89	193	— m	—	—	21	—	—	—
Territorio Palestino Ocupado	—	99	148	—	—	—	—	—	—	—
Timor-Leste	—	61	44	—	—	—	1	—	—	—
Togo	3,3	84	213	6.300	3.100	9.800	1.127	18	12	37
Tonga	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	1,5	96	20	—	—	—	—	—	—	—
Túnez	0,1	96	164	<100	<100	<100	1	—	2	7
Turkmenistán	<0,1	99	111	—	—	—	0 o	—	—	—
Turquía	—	92	1.348	—	—	—	4 o	—	—	—
Tuvalu	—	97	0	—	—	—	—	—	—	—
Ucrania	1,6	99	459	2.600	1.200	4.100	3.368	—	82	>95
Uganda	5,4	94	1.466	82.000	44.000	120.000	41.598 s	50	36	95
Uruguay	0,6	97	50	— m	—	—	53 o	—	—	—
Uzbekistán	0,1	99	553	<500	<200	<1.000	95 n	—	17	74
Vanuatu	—	84	7	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela (República Bolivariana de)	—	—	599	2.400	1.200	4.100	310 o	—	8	27
Viet Nam	0,5	91	1.494	3.300	1.600	5.100	1.354	—	27	87
Yemen	—	47	846	—	—	—	3	—	—	—
Zambia	15,2	94	542	70.000	38.000	96.000	41.286	59	43	>95
Zimbabwe	15,3	94	378	53.000	29.000	73.000	18.756	36	26	64

RESUMEN DE INDICADORES

África	2,9 b/	72 †	35.318 †	1.290.000	1.000.000	1.600.000	577.000	45	37	57
África subsahariana	5,2 b/	71 †	31.632 †	1.300.000	1.000.000	1.600.000	576.900	45	37	57
África oriental y meridional	7,7 b/	72 †	14.283 †	900.000	680.000	1.100.000	516.400	58	47	76
África occidental y central	2,7 b/	71 †	16.029 †	380.000	260.000	510.000	60.300	16	12	23
Oriente Medio y África del Norte	0,2 b/	78 †	9.941 †	15.000	8.300	24.000	<500	2	1	3
Asia	0,2 b/	78 †	68.409 †	82.000	52.000	120.000	21.700	26	17	42
Asia meridional	0,2 b/	68 †	38.067 †	52.000	28.000	86.000	10.800	21	13	38
Asia oriental y el Pacífico	0,2 b/	91 †	30.342 †	30.000	18.000	46.000	10.900	37	23	61
América Latina y el Caribe	0,6 b/	94 †	10.768 †	32.000	24.000	41.000	17.100	54	42	71
ECE/CEI	0,7 b/	95 †	5.593 †	13.200	7.900	19.000	12.500	95	65	>95
Países de bajos y medianos ingresos	—	—	—	1.400.000	1.100.000	1.700.000	628.400	45	37	57
Países en desarrollo	0,9 b/	78 †	122.474 †	—	—	—	—	—	—	—
Mundo	0,8 b/	78 †	136.241 †	—	—	—	—	—	—	—

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa estimada de prevalencia del VIH en los adultos: Porcentaje de adultos (15 a 49 años) que vivían con el VIH en 2007.

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

Cifra anual de nacimientos: Número estimado de nacidos vivos en 2008.

Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH: Número estimado de mujeres embarazadas que vivían con el VIH en 2008.

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

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos: Se calculó dividiendo el número registrado de mujeres embarazadas infectadas con el VIH que recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos por el número estimado, sin redondear, de mujeres embarazadas con VIH en 2008. A los países con epidemia generalizada se asignan estimaciones puntuales y escalas, mientras que a los países con epidemia concentrada y de bajo nivel solo se asignan escalas. En las estimaciones de cobertura, las escalas se basan en márgenes de incertidumbre en el denominador; por ejemplo, número estimado bajo y alto de mujeres embarazadas infectadas por el VIH.

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Tasa estimada de prevalencia del VIH entre adultos: ONUSIDA, *Informe de 2008 sobre la epidemia mundial del SIDA*.

Cobertura de la atención prenatal: UNICEF, *Edición especial del Estado mundial de la infancia: Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño*.

Cifra anual de nacimientos: UNICEF, *Edición especial del Estado mundial de la infancia: Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño*.

Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH: OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*.

Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para la PTMH: OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009*.

NOTAS

— No se dispone de datos.
 † La información se refiere al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado.

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

- a Los datos proceden del International Centre for Diarrhoeal Disease Research, el sitio piloto para la prevención de la transmisión del progenitor a hijo de Bangladesh.
- b Los datos son para mujeres diagnosticadas en el Departmental Centres of Reference and Surveillance.
- c Los datos se recopilaron en 333 condados prioritarios de un total de 2.860.
- d Los datos proceden de tres clínicas de atención prenatal ubicadas en tres hospitales del nivel terciario (enero-diciembre de 2008).
- e Base de datos de PEPFAR y Sogebank Foundation (Global Fund), enero-diciembre de 2008.
- f El sistema de presentación de informes de 2008 para los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo no ofrece una combinación de profilaxis con régimen antirretrovirales. Sin embargo, por medio de los National HIV Situation Analysis de 2008, se compilaron datos sobre regímenes combinados en cinco centros de salud.
- h Posible doble registro: si el conteo de las CD4 de una mujer cae por debajo del nivel normal (350 por mm²), se le administrará la terapia antirretroviral, lo que significa que se le registrará doble.
- k Los datos de Panamá abarcan desde enero de 2007 hasta septiembre de 2007. Los datos se proyectaron a un período de 12 meses sobre la base del valor del aumento mensual. El valor registrado fue 53.
- m En la actualidad se están volviendo a examinar las estimaciones del número de mujeres embarazadas que viven con VIH que necesitan antirretrovirales para evitar la transmisión de madre a hijo, que se ajustarán sobre la base de la recopilación y análisis de los datos en marcha. Por tanto, algunos países han solicitado que solamente se publique una escala o no se especifique ninguna necesidad.
- n El período de los informes es de enero a diciembre de 2007.
- o El período de los informes es de enero a diciembre de 2006.
- q El período de los informes es de septiembre de 2007 a agosto de 2008.
- r Se recibieron dos informes separados desde el Sudán: el Sudán septentrional informó 68 para el período entre 2007 y 2008; el Sudán meridional no pudo informar sobre las mujeres con VIH y embarazadas que reciben ARV para la PTMH, ya que el programa de PTMH está comenzando a aplicarse.
- s El período de los informes es de octubre de 2007 a septiembre de 2008.
- z Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en el anexo. Las estimaciones para los países individuales pueden ser distintas según los métodos que se utilicen para la estimación.
- † Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.
- b/ Las estimaciones de los promedios regionales son para 2008 y están basados en las actualizaciones del 2009 AIDS Epidemic Update (de próxima aparición en el momento en que se imprima este informe). Las estimaciones revisadas por país aparecerán en 2010. Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.



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

	Cifra estimada de niños (0-14 años) que viven con VIH, 2007			Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2008z			Cifra registrada de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaon la profilaxis con cotrimoxazole, 2008	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaon la profilaxis con cotrimoxazole, 2008	Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2008c			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben ART, 2008**	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños, diciembre de 2008d		
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado			Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Albania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-
Angola	17.000	12.000	35.000	16.000	8.000	24.000	-	-	7.400	3.900	12.000	702	9	6	18
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	-	-	-	<500	<200	1.600	-	-	-	<100	<1.000	61	-	11	79
Argentina	-	-	-	1.100	<1.000	1.800	2.160	>95	-	<500	<500	2.000	-	>95	>95
Armenia	-	-	-	<100	<100	<100	4	11	-	<100	<100	4	-	27	67
Azerbaiyán	-	-	-	<100	<100	<100	13	34	-	<100	<100	0	-	0	0
Bahamas	-	-	<200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	-	-	<100	<100	<200	4	5	-	<100	<100	6	-	13	35
Barbados	-	<100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	-	-	-	- m	-	-	170	-	- g	-	-	85	-	-	-
Belice	<200	-	<500	<200	<100	<500	9 h	5	-	<100	<200	64	-	57	80
Benin	5.400	4.700	6.300	3.600	1.700	5.500	1.314	36	1.500	<1.000	2.400	650	44	27	94
Bhután	-	-	-	<100	<100	<100	7	70	-	<100	<100	1	-	13	50
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	-	-	<500	<200	<1.000	27	8	-	<100	<500	38	-	14	41
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Botswana	15.000	13.000	16.000	12.000	7.500	16.000	7.485	60	7.900	4.900	10.000	7.091	90	70	>95
Brasil	-	-	-	- m	-	-	-	-	- g	-	-	6.418	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	<100	<100	<100	-	-	-	<100	<100	3	-	19	50
Burkina Faso	10.000	8.400	12.000	6.700	3.400	10.000	462	7	4.100	2.100	6.100	1.028	25	17	48
Burundi	15.000	12.000	19.000	16.000	7.200	24.000	1.046	7	8.000	4.400	11.000	1.300	16	12	30
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	54	-	-	-	-	29	-	-	-
Cambodia	4.400	4.000	5.000	1.400	<1.000	2.200	203 h	14	-	1.800	2.400	3.067	-	>95	>95
Camerún	45.000	38.000	51.000	36.000	19.000	52.000	8.315 p	23	18.000	10.000	26.000	2.090	11	8	20
Chad	19.000	14.000	27.000	15.000	7.700	23.000	63 i	<1	7.300	3.700	11.000	480	7	4	13
Chile	-	-	-	<500	<200	<1.000	-	-	-	<200	<500	186	-	70	>95
China	-	-	-	- m	-	-	650 i	-	- g	-	-	1.120	-	-	-
Colombia	-	-	-	3.200	1.700	5.100	-	-	-	<1.000	2.600	3	-	<1	<1
Comoras	-	<100	-	<100	<100	<100	0	0	-	<100	<100	1	-	20	>95
Congo	6.600	5.600	7.700	4.300	2.200	6.300	-	-	2.300	1.100	3.500	488	21	14	44
Costa Rica	-	-	-	<100	<100	<200	40 i	43	-	<100	<100	52	-	53	>95
Côte d'Ivoire	52.000	44.000	58.000	22.000	11.000	34.000	-	-	14.000	6.900	21.000	2.821	20	13	41
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Cuba	-	-	-	<100	<100	<200	1 h	1	-	<100	<100	19	-	37	>95
Djibouti	1.100	<1.000	1.400	<1.000	<500	1.100	93	13	<500	<200	<1.000	24	7	4	13
Dominica	-	-	-	-	-	-	2 i	-	-	-	-	2	-	-	-
Ecuador	-	-	-	<1.000	<500	1.200	-	-	-	<500	<1.000	29	-	5	10
Egipto	-	-	-	<500	<100	<500	-	-	-	<100	<200	23	-	13	55
El Salvador	-	-	-	<1.000	<500	<1.000	10	2	-	<100	<500	562	-	>95	>95
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	3.100	2.300	4.400	1.500	<1.000	2.600	225	15	<1.000	<500	1.400	249	29	17	54
Etiopía	92.000	80.000	100.000	36.000	18.000	54.000	895	2	23.000	12.000	34.000	7.399	33	22	61
ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	1	-	-	-
Federación de Rusia	-	-	-	- m	-	-	-	-	- g	-	-	1.998	-	-	-
Fiji	-	-	-	<100	<100	<100	2	25	-	<100	<100	0	-	0	0
Filipinas	-	-	-	<200	<100	<500	1	1	<100	<100	<200	11	-	8	31
Gabón	2.300	1.600	3.200	1.800	<1.000	2.900	219	12	<1.000	<500	1.300	217	26	16	58
Gambia	-	-	<1.000	1.000	<1.000	1.800	393	38	-	<200	<1.000	309	-	44	>95
Georgia	-	-	-	<100	<100	<100	19	>95	-	<100	<100	24	-	>95	>95
Ghana	17.000	15.000	19.000	13.000	6.400	19.000	-	-	5.900	2.600	9.200	829	14	9	31
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Guatemala	-	-	-	2.300	1.100	3.600	222	10	-	<1.000	1.700	399	-	23	54
Guinea	6.300	5.000	7.900	5.400	2.700	8.200	869	16	2.400	1.100	3.600	511	22	14	47
Guinea-Bissau	1.500	1.100	2.200	1.600	<1.000	2.500	-	-	<1.000	<500	1.200	97	13	8	26
Guinea Ecuatorial	<1000	-	1.100	1.400	<1.000	2.300	-	-	<1.000	<500	<1.000	14	3	2	6
Guyana	-	-	<1000	<200	<100	<500	90 i	60	-	<100	<200	165	-	>95	>95
Haití	6.800	5.800	8.100	5.500	2.700	8.500	448	8	3.600	2.500	4.700	1.288	36	27	52
Honduras	1.600	1.000	3.000	<1.000	<500	1.100	-	-	-	<1.000	1.100	660	-	63	>95

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

	Cifra estimada de niños (0-14 años) que viven con VIH, 2007			Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2008z			Cifra registrada de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2008	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2008	Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2008c			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben ART, 2008**	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños, diciembre de 2008d		
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado			Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
India	–	–	–	49.000	25.000	80.000	1.200 i	2	–	16.000	46.000	13.211	–	29	82
Indonesia	–	–	–	2.300	1.100	3.800	25 h	1	–	<500	1.500	356	–	24	78
Irán (República Islámica del)	–	–	–	<1.000	<500	1.500	20	2	–	<500	<1.000	30	–	4	11
Iraq	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–	0	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Islas Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Islas Salomón	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamahiriyá Árabe Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	–	–	<1000	<500	<200	<1.000	–	–	–	<500	<500	400	–	94	>95
Jordania	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–	2	–	–	–
Kazajstán	–	–	–	<200	<100	<200	148	>95	–	<100	<100	132	–	>95	>95
Kenya	–	130.000	180.000	110.000	53.000	160.000	2.091	2	49.000	25.000	71.000	20.517	42	29	83
Kirguistán	–	–	–	<200	<100	<500	27	15	–	<100	<200	37	–	28	>95
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	12.000	11.000	13.000	14.000	8.600	19.000	1.542	11	7.300	4.300	9.700	3.038	42	31	70
Líbano	–	–	–	<100	<100	<100	–	–	–	<100	<100	9	–	28	69
Liberia	3.100	2.300	6.300	2.700	1.300	4.100	112 l	4	1.100	<1.000	1.800	92	8	5	17
Madagascar	<500	–	<1.000	<1.000	0	2.000	–	–	–	<200	1.000	4	–	0	3
Malasia	–	–	–	1.100	<500	1.900	–	–	–	<500	<1.000	501	–	55	>95
Malawi	91.000	80.000	100.000	– m	32.000	82.000	21.841	37	– g	17.000	45.000	13.600	–	33	84
Maldivas	–	–	–	<100	<100	<100	0	0	–	<100	<100	0	–	0	0
Mali	9.400	7.800	11.000	4.300	2.100	6.700	4.507	>95	–	<1.000	3.400	1.383	–	41	>95
Marruecos	–	–	–	<500	<200	<1.000	19	5	–	<100	<500	106	–	48	>95
Mauricio	<100	–	<200	<200	<100	<500	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–
Mauritania	<500	–	<1.000	<500	<200	<1.000	18 h	4	–	<100	<1.000	13	–	3	14
México	–	–	–	5.700	2.900	8.500	–	–	–	1.300	3.600	1.356	–	38	>95
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Mongolia	–	–	–	<100	<100	<100	0	0	–	<100	<100	0	–	0	0
Montenegro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Mozambique	100.000	87.000	120.000	110.000	50.000	180.000	– r	–	45.000	24.000	67.000	9.393	21	14	40
Myanmar	–	–	–	5.200	2.100	10.000	265 q	5	–	1.400	4.700	966	–	21	71
Namibia	14.000	12.000	16.000	8.200	4.400	12.000	–	–	5.800	3.100	7.800	7.504	>95	>95	>95
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Nepal	–	–	–	1.400	<1.000	2.100	57	4	–	<500	1.200	119	–	10	26
Nicaragua	–	–	–	<100	<100	<100	49	>95	–	<100	<100	68	–	>95	>95
Niger	3.200	2.500	4.200	3.700	1.800	6.200	201	5	–	<1.000	3.200	140	–	4	16
Nigeria	220.000	170.000	370.000	210.000	110.000	300.000	5.650	3	110.000	57.000	160.000	12.565	12	8	22
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Omán	–	–	–	<100	<100	<100	4	21	<100	<100	<100	30	–	>95	>95
Pakistán	–	–	–	1.800	<1.000	3.700	1	0	<1.000	<500	1.400	38	–	3	12
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Panamá	–	–	–	<500	<100	<1.000	62 ‡	28	<200	<100	<500	267	–	90	>95
Papua Nueva Guinea	1.100	<1.000	1.200	1.900	<1.000	2.900	99	5	<1.000	<1.000	1.500	329	33	22	61
Paraguay	–	–	–	<500	<200	<1.000	121	38	<200	<100	<200	130	–	67	>95
Perú	–	–	–	<1.000	<500	1.600	–	–	<500	<200	<1.000	426	–	58	>95
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–
República Centroafricana	14.000	12.000	16.000	8.300	4.400	12.000	741	9	4.700	2.400	6.700	462	10	7	19
República de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	–	–	<100	– m	–	–	28	–	– g	–	–	31	–	–	–
República Democrática del Congo	–	37.000	52.000	32.000	17.000	48.000	83 f	0	16.000	9.900	22.000	4.053	25	18	41
República Dominicana	2.700	2.200	3.300	1.900	<1.000	2.800	–	–	– g	–	–	782	–	–	–
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	<100	<100	<100	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–
República Popular Democrática Lao	–	–	–	<200	<100	<500	17	10	–	<100	<200	72	–	53	>95
República Unida de Tanzania	140.000	130.000	150.000	– m	40.000	130.000	–	–	40.000	20.000	66.000	12.822	32	20	65
Rumania	–	–	–	<200	<100	<500	3	2	<500	<100	<1.000	216	–	33	>95
Rwanda	19.000	17.000	21.000	10.000	5.000	16.000	5.347	53	5.600	2.600	8.300	5.635	>95	68	>95
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–



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

	Cifra estimada de niños (0-14 años) que viven con VIH, 2007			Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH, 2008 ^b			Cifra registrada de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol, 2008	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol, 2008	Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2008 ^c			Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños, diciembre de 2008 ^d			
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado			Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben ART, 2008 ^e **	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Santo Tomé y Príncipe	–	–	–	–	–	–	11	–	–	–	–	5	–	–	–
Senegal	3.100	2.500	3.700	3.600	1.600	5.600	–	–	–	<1.000	2.800	586	–	21	68
Serbia	–	–	–	<100	<100	<100	1	3	–	<100	<100	10	–	>95	>95
Seychelles	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	11	–	–	–
Sierra Leona	4.000	3.000	5.300	3.300	1.700	5.000	363	11	1.300	<1.000	2.100	237	18	11	38
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	<1000	–	1.600	1.900	<1.000	3.100	0	0	–	<500	1.400	9	–	1	2
Sri Lanka	–	–	–	<100	<100	<200	5	9	–	<100	<100	7	–	16	64
Sudáfrica	280.000	230.000	320.000	200.000	120.000	280.000	–	–	94.000	53.000	130.000	57.228	61	45	>95
Sudán	25.000	18.000	33.000	12.000	5.800	20.000	14 *	<1	6.200	2.900	10.000	153	2	1	5
Suriname	<200	–	<500	<100	<100	<200	–	–	–	<100	<200	58	–	48	>95
Swazilandia	15.000	14.000	17.000	9.700	6.000	12.000	8.238	85	3.200	2.000	4.100	2.897	89	70	>95
Tailandia	14.000	12.000	17.000	9.000	2.700	17.000	–	–	–	11.000	17.000	8.736	–	52	81
Tajikistán	–	–	–	– m	–	–	1 h	–	– g	–	–	4	–	–	–
Territorio Palestino Ocupado	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–
Togo	10.000	8.400	12.000	6.300	3.100	9.800	737	12	3.100	1.400	5.000	672	22	14	49
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Trinidad y Tabago	–	–	<500	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Túnez	–	–	–	<100	<100	<100	–	–	–	<100	<100	10	–	38	>95
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Turquía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Ucrania	–	–	–	2.600	1.200	4.100	2.817	>95	–	<500	1.600	1.256	–	80	>95
Uganda	130.000	120.000	150.000	82.000	44.000	120.000	–	–	42.000	23.000	60.000	13.413	32	23	59
Uruguay	–	–	–	– m	–	–	70 i	–	– g	–	–	160	–	–	–
Uzbekistán	–	–	–	<500	<200	<1.000	–	–	–	<100	<200	225	–	>95	>95
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	2.400	1.200	4.100	–	–	–	<1.000	2.400	611	–	25	84
Viet Nam	–	–	–	3.300	1.600	5.100	–	–	–	<1.000	2.500	1.462	–	58	>95
Yemen	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	9	–	–	–
Zambia	95.000	86.000	110.000	70.000	38.000	96.000	19.040	27	34.000	18.000	47.000	18.040	53	38	>95
Zimbabue	120.000	110.000	140.000	53.000	29.000	73.000	9.816	19	37.000	22.000	50.000	13.254	36	27	60
RESUMEN DE INDICADORES															
África	1.800.000 b/	1.000.000 b/	2.600.000 b/	1.290.000	1.000.000	1.600.000	101.807	–	650.000	510.000	780.000	225.300	35	29	44
África subsahariana	1.800.000 b/	1.000.000 b/	2.500.000 b/	1.300.000	1.000.000	1.600.000	101.788	–	650.000	510.000	780.000	225.100	35	29	44
África oriental y meridional	1.300.000 b/	770.000 b/	1.800.000 b/	900.000	680.000	1.100.000	77.569	–	440.000	340.000	540.000	195.100	44	36	57
África occidental y central	520.000 b/	280.000 b/	760.000 b/	380.000	260.000	510.000	24.112	–	200.000	140.000	260.000	29.800	15	11	22
Oriente Medio y África del Norte	18.000 b/	12.000 b/	25.000 b/	15.000	8.300	24.000	151	–	7.600	4.100	12.000	<500	6	4	11
Asia	160.000 b/	100.000 b/	220.000 b/	82.000	52.000	120.000	2.536	–	57.000	41.000	77.000	30.000	53	39	74
Asia meridional	99.000 b/	49.000 b/	150.000 b/	52.000	28.000	86.000	1.274	–	31.000	18.000	48.000	13.400	43	28	76
Asia oriental y el Pacífico	61.000 b/	40.000 b/	90.000 b/	30.000	18.000	46.000	1.262	–	26.000	20.000	34.000	16.600	65	49	82
América Latina y el Caribe	42.000 b/	31.000 b/	53.000 b/	32.000	24.000	41.000	3.311	–	21.000	18.000	25.000	16.100	76	65	91
ECE/CEI	20.000 b/	11.000 b/	28.000 b/	13.200	7.900	19.000	3.231	–	4.900	2.700	7.500	4.100	82	54	>95
Países de bajos y medianos ingresos	–	–	–	1.400.000	1.100.000	1.700.000	110.910	8	730.000	580.000	880.000	275.700	38	31	47
Países en desarrollo	2.000.000 b/	1.200.000 b/	2.800.000 b/	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mundo	2.100.000 b/	1.200.000 b/	2.900.000 b/	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Cifra estimada de niños que viven con VIH: Número estimado de niños (0 a 14 años) que vivían con el VIH en 2007.

Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH: Número estimado de mujeres embarazadas (15 a 49 años) que vivían con el VIH en 2008.

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

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol: Se calculó dividiendo el número de lactantes expuestos al VIH que empezaron profilaxis con cotrimoxazol por el número estimado de hijos de mujeres embarazadas con VIH, suponiendo que el coeficiente es de un niño a una madre infectada con el VIH. El denominador es el número estimado de mujeres embarazadas con VIH.

Cifra estimada de niños con VIH que necesitan terapia antirretroviral: Número estimado de niños (0 a 14 años) que vivían con el VIH y necesitaban terapia antirretroviral en 2008.

Número de niños que reciben terapia antirretroviral: Número registrado de niños (0 a 14 años) que vivían con el VIH y recibieron terapia antirretroviral en 2008.

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

FUENTES DE LOS DATOS PRINCIPALES

Cifra estimada de niños que viven con VIH: ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial del SIDA de 2008.

Cifra estimada de mujeres embarazadas y con VIH: OMS, ONUSIDA y UNICEF, Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009.

Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol: OMS, ONUSIDA y UNICEF, Hacia el acceso universal.

expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009.

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas y con VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol: OMS, ONUSIDA y UNICEF, Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009.

Cifra estimada de niños con VIH que necesitan terapia antirretroviral: OMS, ONUSIDA y UNICEF, Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009.

Número de niños que reciben ART: OMS, ONUSIDA y UNICEF, Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009.

Porcentaje de niños necesitados que reciben ART: OMS, ONUSIDA y UNICEF, Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009.



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

NOTAS

- No se dispone de datos.
- * Los datos más recientes disponibles provienen de OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2008.*
- ** Indicador del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001), como parte de los hombres y las mujeres con infección avanzada por VIH que recibían terapia antirretroviral combinada.
- c Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en las notas exploratorias de los anexos. Las estimaciones para los países individuales pueden ser distintas según los métodos locales que se utilicen.
- d Las estimaciones sobre la cobertura se basan en el número estimado, sin redondear, de niños que reciben la terapia antirretroviral y la necesidad estimada, sin redondear, de terapia antirretroviral (sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS). Las escalas en los estimados de la cobertura se basan en márgenes de incertidumbre en el denominador; por ejemplo, el número estimado bajo y alto de las necesidades. A los países con epidemia generalizada se asignan estimaciones puntuales y escalas, mientras que a los países con epidemia concentrada y de bajo nivel solo se asignan escalas.
- f Esta estrategia se encuentra en sus primeras etapas de aplicación y algunos lugares no han compilado aún datos significativos.
- g Las estimaciones del número de niños que necesitan terapia antirretroviral se están volviendo a examinar en la actualidad y se ajustarán sobre la base de la recopilación y análisis de los datos en marcha. Por tanto, algunos países han solicitado que solamente se publique una escala o ninguna necesidad.
- h Los últimos datos registrados son de diciembre de 2007.
- i Los últimos datos registrados son de diciembre de 2006.
- l Los últimos datos registrados son de septiembre de 2007.
- m Las estimaciones del número de niños que necesitan terapia antirretroviral se están volviendo a examinar en la actualidad y se ajustarán sobre la base de la recopilación y análisis de los datos en marcha. Por tanto, algunos países han solicitado que solamente se publique una escala o ninguna necesidad.
- p La profilaxis con cotrimoxazol se aplica a las madres después del parto con instrucciones para que se administre cuando el bebé tenga dos meses de edad.
- q Los datos están incompletos. Esta estrategia se encuentra en sus primeras etapas de aplicación y algunos lugares no han compilado aún datos significativos.
- r Los datos no están disponibles debido a una falta de datos desagregados por edad; sin embargo, la profilaxis con cotrimoxazol se administra sistemáticamente a los recién nacidos expuestos al VIH.
- z Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en el anexo. Las estimaciones para los países individuales pueden ser distintas según los métodos que se utilicen para la estimación.
- † Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.
- ‡ Los datos proceden de tres de cuatro clínicas de atención pediátrica.
- b/ Las estimaciones de los promedios regionales son para 2008 y están basados en las actualizaciones del *2009 AIDS Epidemic Update* (de próxima aparición en el momento en que se imprima este informe). Las estimaciones revisadas por país aparecerán en 2010. Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región. NOTAS
- No se dispone de datos.
- * Los datos más recientes disponibles provienen de OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2008.*

viene de la página 39

las tendencias a lo largo del tiempo aplicando de forma retrospectiva las revisiones metodológicas de ONUSIDA a datos anteriores sobre la prevalencia del VIH.

Para obtener más detalles sobre los datos, la información concreta aportada por los países, y la metodología empleada en las estimaciones, sírvase consultar el siguiente documento: *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, 2009.*



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

	Conocimientos y comportamientos									
	Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años), 2007**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2003–2008**)***		% de jóvenes (15 a 24 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses (2003–2008**)***		% de jóvenes (15 a 24 años) que utilizaron un preservativo en la última relación sexual (2003–2008**)***		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2003–2008**)***	
	Hombre	Mujer (%)	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Afganistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Albania	–	–	–	6	–	–	–	–	–	–
Angola	0,2	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	0,1	0,1	–	13	–	–	–	–	–	–
Argentina	0,6	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	0,2	0,1	15	23	13	0	79	–	3	<1
Azerbaiján	0,3	0,1	5	5	9	0	29	–	1	<1
Bahamas	3,2	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	–	18	8	–	–	–	–	–	–
Barbados	1,3	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarus	0,3	0,1	–	34	–	–	–	–	–	–
Belice	0,5	1,5	–	40	–	1	–	–	–	–
Benin	0,3	0,9	35	16	10	1	45	27	13	13
Bhután	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,2	0,1	18	15	19	1	–	–	15	6
Bosnia y Herzegovina	–	–	–	44	–	–	–	–	–	1
Botswana	5,1	15,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasil	1,0	0,6	–	–	–	–	–	–	–	33
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	15	17	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	0,5	0,9	–	19	–	1	–	71 x	–	6
Burundi	0,4	1,3	–	30	–	1	–	–	–	3
Cabo Verde	–	–	36	36	33	4	80	64	46	21
Cambodia	0,8	0,3	45	50	5	0	75	–	<1	1
Camerún	1,2	4,3	–	32	–	5	–	68	–	13
Chad	2,0	2,8	20	8	12	1	26	9	11	19
Chile	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
China	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	0,7	0,3	–	–	–	5	–	36	–	14
Comoras	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	0,8	2,3	35	26	20	10	37	22	25	24
Costa Rica	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	0,8	2,4	28	18	20	5	62	45	17	20
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,1	0,1	–	52	–	–	–	–	–	–
Djibouti	0,7	2,1	–	18	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Egipto	–	–	18	5	–	–	–	–	–	–
El Salvador	0,9	0,5	–	27	–	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	0,3	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	0,5	1,5	33	20	1	<1	–	–	2	11
ex República Yugoslava de Macedonia	–	–	–	27	–	1	–	36 x	–	1
Federación de Rusia	1,3	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Filipinas	–	–	18	12	6	–	30	–	3	1
Gabón	1,3	3,9	–	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	0,2	0,6	–	39	–	1	–	64 x	–	4
Georgia	0,1	0,1	–	15	–	–	–	–	–	–
Ghana	0,4	1,3	33	25	6	2	61 x	43 x	5	7
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	0,4	1,2	23	17	19	2	39	28	18	20
Guinea-Bissau	0,4	1,2	–	18	–	6	–	58	–	22
Guinea Ecuatorial	0,8	2,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	0,5	1,7	–	50	9	2	62	–	11	8
Haití	0,6	1,4	40	34	20	2	51	23	42	15
Honduras	0,7	0,4	–	30	–	1	–	27	–	10
India	0,3	0,3	36	20	2	<1	32	17 x	3	8
Indonesia	0,3	0,1	15 y	10 y	–	–	–	–	–	–

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

	Conocimientos y comportamientos									
	Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años), 2007**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2003–2008)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses (2003–2008)**		% de jóvenes (15 a 24 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual (2003–2008)**		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2003–2008)**	
	Hombre	Mujer (%)	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Irán (República Islámica del)	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	–	39	27	10	5	23 x	9 x	25	15
Islas Salomón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamahiriyá Árabe Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	1,7	0,9	–	60	–	–	–	–	–	–
Jordania	–	–	–	13 y	–	–	–	–	–	–
Kazajstán	0,2	0,1	–	22	–	–	–	–	–	–
Kenya	–	–	47	34	11	2	52	9	31	15
Kirguistán	0,2	0,1	–	20	–	1	–	–	–	<1
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	5,9	14,9	18	26	18	5	51	31	18	7
Líbano	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	0,4	1,3	27	21	15	7	28	16	9	19
Madagascar	0,2	0,1	16	19	19	3	13	2	8	16
Malasia	0,6	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	2,4	8,4	42	42	6	1	46	48	16	14
Maldivas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malí	0,4	1,1	22	18	6	2	28	8	6	24
Marruecos	0,1	0,1	–	12	–	–	–	–	–	–
Mauricio	1,8	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	0,9	0,5	14	5	–	–	–	–	–	–
México	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	11	17
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	0,1	–	–	31	–	–	–	–	–	–
Montenegro	–	–	–	30	–	<1	–	–	–	<1
Mozambique	2,9	8,5	–	14	–	5	30	20	–	29
Myanmar	0,7	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	3,4	10,3	62	65	11	2	82	74	19	7
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	0,5	0,3	44	28	2	<1	59 x	–	3	6
Nicaragua	0,3	0,1	–	–	–	–	–	–	–	13
Níger	0,9	0,5	16	13	2	<1	42 x	–	5	26
Nigeria	0,8	2,3	21	18	8	2	38	17	8	20
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	0,1	0,1	–	3	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	1,1	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	0,6	0,7	–	–	–	–	–	–	4	4
Paraguay	0,7	0,3	–	–	–	7	–	51	–	7
Perú	0,5	0,3	–	19	–	1	–	38 x	–	5
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	–	–	–	7	–	–	–	–	–	–
República Centroafricana	1,1	5,5	27	17	21	6	73	59	12	29
República de Corea	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	0,4	0,2	39 y	42 y	17	2	60	30	9	1
República Democrática del Congo	–	–	21	15	14	3	22	9	18	18
República Dominicana	0,3	0,6	34	41	23	5	62	34	21	14
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Popular Democrática Lao	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzania	0,5	0,9	42	39	9	3	37	–	11	11
Rumania	0,2	0,2	1 y	3 y	–	–	–	–	–	–
Rwanda	0,5	1,4	54	51	1	<1	–	–	15	5
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	–	–	–	44	–	2	–	57 x	–	9
Senegal	0,3	0,8	24	19	6	1	64	33	13	9



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

	Conocimientos y comportamientos									
	Prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años), 2007**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tienen conocimientos amplios del VIH (2003–2008)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses (2003–2008)**		% de jóvenes (15 a 24 años) que utilizaron un preservativo en la última relación sexual (2003–2008)**		% de jóvenes (15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (2003–2008)**	
	Hombre	Mujer (%)	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Serbia	0,1	0,1	–	42	–	2	–	80 x	–	1
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	0,4	1,3	–	17	–	4	–	27	–	25
Singapur	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	0,6	0,3	–	4	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	4,0	12,7	–	–	16	3	11	2	12	7
Sudán	0,3	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	2,7	1,4	–	41	–	3	–	80	–	9
Swazilandia	5,8	22,6	52	52	10	2	67	51 x	5	7
Tailandia	1,2	1,2	–	46	–	–	–	–	–	–
Tajikistán	0,4	0,1	–	2	–	–	–	–	–	–
Territorio Palestino Ocupado	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	0,8	2,4	–	15	–	3	–	50	–	12
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	0,3	1,0	–	54	–	3	–	67	–	5
Túnez	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistán	–	–	–	5	–	–	–	–	–	–
Turquía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	1,5	1,5	43	45	16	3	64	63	3	1
Uganda	1,3	3,9	38	32	9	2	45	39	14	12
Uruguay	0,6	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	0,1	0,1	–	31	–	<1	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	15	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	0,6	0,3	–	44	<1	0	–	–	0,3	1
Yemen	–	–	–	2 y	–	–	–	–	–	–
Zambia	3,6	11,3	37	34	9	2	43	42 x	16	12
Zimbabwe	2,9	7,7	46	44	7	1	59	38 x	5	5
RESUMEN DE INDICADORES†										
África	1,1 b/	2,5 b/	28	21	9	2	37	21	11	15
África subsahariana	1,1 b/	2,6 b/	30	23	9	2	37	21	11	15
África oriental y meridional	1,8 b/	4,2 b/	38	29	8	2	36	–	12	12
África occidental y central	1,0 b/	2,3 b/	23	18	10	3	37	22	11	18
Oriente Medio y África del Norte	0,2 b/	0,4 b/	–	7	–	–	–	–	–	–
Asia	0,1 b/	0,1 b/	31 ‡	18 ‡	2 ‡	0 ‡	33 ‡	–	3 ‡	7 ‡
Asia meridional	0,1 b/	0,1 b/	34	17	2	0	32	–	3	8
Asia oriental y el Pacífico	0,1 b/	<0,1 b/	17 ‡	22 ‡	–	–	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	0,4 b/	0,3 b/	–	–	–	–	–	–	–	22
ECE/CEI	0,2 b/	0,2 b/	–	–	–	–	–	–	–	–
Países de bajos y medianos ingresos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países en desarrollo	0,3 b/	0,6 b/	30 ‡	19 ‡	5 ‡	1 ‡	–	–	6 ‡	12 ‡
Mundo	0,3 b/	0,5 b/	–	–	–	–	–	–	–	–

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Prevalencia del VIH entre los jóvenes: Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15 a 24 años) que vivían con el VIH a finales de 2007.

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

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

Uso de preservativo con múltiples parejas:

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

Relaciones sexuales antes de cumplir 15 años:

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

FUENTES DE LOS DATOS PRINCIPALES

Prevalencia del VIH entre los jóvenes: ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA de 2008*.

Conocimientos amplios del VIH: Base mundial de datos de UNICEF, 2009.

Relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses: Base mundial de datos de UNICEF, 2009.

Uso de preservativos con múltiples parejas: Base mundial de datos de UNICEF, 2009.

Relaciones sexuales antes de cumplir 15 años: Base mundial de datos de UNICEF, 2009.

NOTAS

– No se dispone de datos.

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

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

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

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

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

‡ No incluye a China.

b/ Las estimaciones de los promedios regionales son para 2008 y están basadas en las actualizaciones del *2009 AIDS Epidemic Update* (de próxima aparición en el momento en que se imprima este informe). Las estimaciones revisadas por país aparecerán en 2010.



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

Niños huérfanos y vulnerables

	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2007	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA, 2007			Niños cuya madre ha muerto debido a cualquier causa, 2007	Niños cuyo padre ha muerto debido a cualquier causa, 2007	Niños cuyo padre y madre han muerto debido a cualquier causa, 2007	Tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos (2003-2008)**	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo (2003-2008)**
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado					
Afganistán	2.100.000	-	-	-	1.100.000	1.400.000	370.000	-	-
Albania	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	1.200.000	50.000	20.000	260.000	600.000	840.000	210.000	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	570.000	-	-	-	220.000	370.000	26.000	-	-
Argentina	610.000	-	-	-	93.000	530.000	15.000	-	-
Armenia	50.000	-	-	-	8.400	43.000	1.900	-	-
Azerbaiyán	190.000	-	-	-	42.000	160.000	9.100	-	-
Bahamas	6.600	-	-	-	1.200	5.700	<500	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	5.000.000	-	-	-	2.000.000	3.400.000	380.000	0,84	-
Barbados	2.700	-	-	-	<500	2.300	<100	-	-
Belarús	190.000	-	-	-	21.000	170.000	6.800	-	-
Belice	5.500	-	-	-	2.200	3.600	<500	-	-
Benin	340.000	29.000	22.000	40.000	140.000	220.000	26.000	0,90	-
Bhután	22.000	-	-	-	8.200	15.000	1.800	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	300.000	-	-	-	110.000	220.000	20.000	0,74	p
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	130.000	95.000	81.000	110.000	85.000	81.000	37.000	-	31
Brasil	3.200.000	-	-	-	720.000	2.600.000	110.000	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	95.000	-	-	-	11.000	87.000	2.700	-	-
Burkina Faso	690.000	100.000	62.000	130.000	300.000	480.000	83.000	0,61	p
Burundi	600.000	120.000	100.000	150.000	320.000	390.000	120.000	0,85	-
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodia	600.000	-	-	-	240.000	420.000	55.000	0,83	-
Camerún	1.100.000	300.000	230.000	390.000	580.000	710.000	190.000	0,91	9
Chad	540.000	85.000	42.000	270.000	250.000	350.000	61.000	1,05	-
Chile	160.000	-	-	-	25.000	140.000	2.700	-	-
China	17.000.000	-	-	-	4.000.000	14.000.000	560.000	-	-
Colombia	790.000	-	-	-	180.000	640.000	25.000	0,85	-
Comoras	27.000	<100	-	<200	11.000	18.000	1.900	-	-
Congo	210.000	69.000	57.000	84.000	100.000	140.000	31.000	0,88	-
Costa Rica	36.000	-	-	-	6.400	31.000	<500	-	-
Côte d'Ivoire	1.200.000	420.000	320.000	530.000	590.000	800.000	180.000	0,83	9
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	99.000	-	-	-	19.000	82.000	2.100	-	-
Djibouti	42.000	5.200	1.900	9.600	21.000	27.000	5.800	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	200.000	-	-	-	46.000	160.000	5.400	-	-
Egipto	1.400.000	-	-	-	390.000	1.100.000	56.000	-	-
El Salvador	130.000	-	-	-	33.000	110.000	4.600	-	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	280.000	18.000	12.000	32.000	120.000	190.000	34.000	-	-
Etiopía	5.000.000	650.000	540.000	780.000	2.400.000	3.200.000	630.000	0,90	-
ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Federación de Rusia	4.000.000	-	-	-	460.000	3.700.000	220.000	-	-
Fiji	22.000	-	-	-	6.600	17.000	1.400	-	-
Filipinas	1.800.000	-	-	-	600.000	1.300.000	81.000	-	-
Gabón	67.000	18.000	11.000	28.000	31.000	44.000	8.400	-	-
Gambia	48.000	2.700	1.300	4.700	18.000	33.000	2.800	0,87	-
Georgia	72.000	-	-	-	11.000	65.000	2.700	-	-
Ghana	1.100.000	160.000	130.000	200.000	510.000	700.000	130.000	1,04	p
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	360.000	-	-	-	96.000	280.000	16.000	-	-
Guinea	380.000	25.000	15.000	39.000	150.000	260.000	32.000	0,73	-
Guinea-Bissau	110.000	5.900	4.200	8.300	50.000	74.000	16.000	0,97	8
Guinea Ecuatorial	32.000	4.800	3.800	6.100	15.000	22.000	5.200	-	-
Guyana	23.000	-	-	-	8.100	17.000	2.200	-	13
Haití	380.000	-	-	-	160.000	270.000	50.000	0,86	5
Honduras	170.000	-	-	-	47.000	130.000	6.700	1,08	-
India	25.000.000	-	-	-	7.400.000	19.000.000	1.200.000	0,72	-
Indonesia	4.400.000	-	-	-	1.400.000	3.200.000	230.000	0,82	y



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

Niños huérfanos y vulnerables

	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2007	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA, 2007			Niños cuya madre ha muerto debido a cualquier causa, 2007	Niños cuyo padre ha muerto debido a cualquier causa, 2007	Niños cuyo padre y madre han muerto debido a cualquier causa, 2007	Tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos (2003-2008)**	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo (2003-2008)**
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado					
Irán (República Islámica del)	1.300.000	-	-	-	420.000	910.000	58.000	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	0,84	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamahiríya Árabe Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	53.000	-	-	-	16.000	40.000	2.100	-	15
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	470.000	-	-	-	90.000	410.000	31.000	-	-
Kenya	2.500.000	-	990.000	1.400.000	1.500.000	1.500.000	470.000	0,95	-
Kirguistán	140.000	-	-	-	34.000	120.000	7.500	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	160.000	110.000	93.000	120.000	100.000	110.000	49.000	0,95	-
Líbano	71.000	-	-	-	22.000	52.000	2.900	-	-
Liberia	270.000	15.000	10.000	87.000	130.000	180.000	45.000	0,85	-
Madagascar	840.000	3.400	2.100	6.000	360.000	560.000	75.000	0,75	-
Malasia	410.000	-	-	-	110.000	310.000	13.000	-	-
Malawi	1.100.000	550.000	470.000	640.000	540.000	740.000	230.000	0,97	19
Maldivas	8.800	-	-	-	3.900	5.500	<1.000	-	-
Malí	550.000	44.000	27.000	56.000	220.000	380.000	48.000	0,87	-
Marruecos	630.000	-	-	-	230.000	440.000	32.000	-	-
Mauricio	21.000	<500	-	<1.000	4.000	17.000	<1.000	-	-
Mauritania	83.000	3.000	1.500	5.900	30.000	58.000	4.500	0,66 p	-
México	1.400.000	-	-	-	320.000	1.100.000	34.000	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	64.000	-	-	-	19.000	49.000	4.000	0,96 p	-
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	1.400.000	400.000	280.000	590.000	780.000	920.000	300.000	0,89	22
Myanmar	1.600.000	-	-	-	570.000	1.100.000	120.000	-	-
Namibia	110.000	66.000	50.000	85.000	63.000	65.000	17.000	1,00	17
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	990.000	-	-	-	440.000	640.000	95.000	-	-
Nicaragua	110.000	-	-	-	29.000	84.000	3.900	-	-
Níger	570.000	25.000	18.000	39.000	260.000	350.000	43.000	0,67	-
Nigeria	9.700.000	1.200.000	640.000	4.100.000	4.900.000	6.400.000	1.700.000	0,64 p	-
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	3.900.000	-	-	-	1.400.000	2.700.000	200.000	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	48.000	-	-	-	10.000	39.000	1.200	-	-
Papua Nueva Guinea	330.000	-	-	-	130.000	240.000	38.000	-	-
Paraguay	130.000	-	-	-	38.000	93.000	5.100	-	-
Perú	570.000	-	-	-	160.000	430.000	25.000	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	280.000	72.000	58.000	86.000	140.000	190.000	51.000	0,96	7
República de Corea	360.000	-	-	-	32.000	330.000	3.900	-	-
República de Moldova	74.000	-	-	-	13.000	64.000	3.600	-	-
República Democrática del Congo	4.500.000	-	270.000	380.000	2.200.000	3.000.000	740.000	0,77	9
República Dominicana	170.000	-	-	-	50.000	120.000	6.600	0,77	-
República Popular Democrática de Corea	530.000	-	-	-	150.000	410.000	29.000	-	-
República Popular Democrática Lao	210.000	-	-	-	90.000	140.000	17.000	-	-
República Unida de Tanzania	2.600.000	970.000	850.000	1.100.000	1.400.000	1.700.000	490.000	0,97	7
Rumanía	300.000	-	-	-	44.000	270.000	11.000	-	-
Rwanda	860.000	220.000	190.000	250.000	540.000	600.000	290.000	0,82	13
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	350.000	8.400	4.600	14.000	120.000	240.000	19.000	0,83	-
Serbia	130.000	-	-	-	21.000	110.000	4.100	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Niños huérfanos y vulnerables

	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2007	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA, 2007			Niños cuya madre ha muerto debido a cualquier causa, 2007	Niños cuyo padre ha muerto debido a cualquier causa, 2007	Niños cuyo padre y madre han muerto debido a cualquier causa, 2007	Tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos (2003-2008)**	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo (2003-2008)**
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado					
Sierra Leona	350.000	16.000	6.400	26.000	160.000	250.000	53.000	0,83	1
Singapur	24.000	–	–	–	3.400	21.000	<500	–	–
Somalia	590.000	8.800	4.900	16.000	300.000	390.000	100.000	0,78	–
Sri Lanka	330.000	–	–	–	70.000	270.000	12.000	–	–
Sudáfrica	2.500.000	1.400.000	1.100.000	1.800.000	1.400.000	1.600.000	510.000	–	–
Sudán	1.800.000	–	–	–	840.000	1.200.000	210.000	–	–
Suriname	8.900	–	–	–	2.400	6.800	<500	–	–
Swazilandia	96.000	56.000	48.000	65.000	74.000	58.000	37.000	0,97	41
Tailandia	1.300.000	–	–	–	300.000	1.000.000	58.000	0,93	21
Tajikistán	210.000	–	–	–	64.000	150.000	12.000	–	–
Territorio Palestino Ocupado	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	48.000	–	–	–	19.000	32.000	3.800	–	–
Togo	260.000	68.000	50.000	91.000	110.000	170.000	23.000	0,94	6
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	20.000	–	–	–	5.800	16.000	<1.000	–	–
Túnez	130.000	–	–	–	36.000	96.000	3.900	–	–
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	1.000.000	–	–	–	110.000	930.000	41.000	0,98	–
Uganda	2.500.000	1.200.000	1.100.000	1.400.000	1.500.000	1.700.000	620.000	0,96	11
Uruguay	46.000	–	–	–	6.200	41.000	1.000	–	–
Uzbekistán	690.000	–	–	–	170.000	550.000	32.000	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	430.000	–	–	–	96.000	350.000	12.000	–	–
Viet Nam	1.500.000	–	–	–	460.000	1.000.000	57.000	–	–
Yemen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	1.100.000	600.000	530.000	660.000	740.000	780.000	390.000	0,93	16
Zimbabwé	1.300.000	1.000.000	920.000	1.100.000	960.000	900.000	600.000	0,95	31

RESUMEN DE INDICADORES†

África	58.400.000 b/	14.200.000	11.500.000	17.200.000	26.000.000 b/	41.600.000 b/	9.200.000 b/	0,83	–
África subsahariana	55.300.000 b/	14.100.000	11.500.000	17.100.000	25.100.000 b/	39.200.000 b/	8.970.000 b/	0,83	–
África oriental y meridional	27.400.000 b/	9.700.000	8.300.000	11.500.000	13.100.000 b/	19.100.000 b/	4.800.000 b/	0,91	–
África occidental y central	25.900.000 b/	4.400.000	3.300.000	5.400.000	11.200.000 b/	18.600.000 b/	4.000.000 b/	0,76	–
Oriente Medio y África del Norte	6.800.000 b/	–	–	–	2.200.000 b/	5.100.000 b/	510.000 b/	–	–
Asia	82.400.000 b/	–	–	–	25.100.000 b/	64.300.000 b/	7.000.000 b/	0,75	–
Asia meridional	50.000.000 b/	–	–	–	17.200.000 b/	37.200.000 b/	4.400.500 b/	0,73	–
Asia oriental y el Pacífico	31.300.000 b/	–	–	–	7.700.000 b/	25.400.000 b/	1.900.000 b/	–	–
América Latina y el Caribe	10.600.000 b/	–	–	–	2.300.000 b/	8.900.000 b/	583.000 b/	–	–
ECE/CEI	6.400.000 b/	–	–	–	1.200.000 b/	5.600.000 b/	400.000 b/	–	–
Países de bajos y medianos ingresos	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países en desarrollo	150.000.000 b/	–	–	–	54.200.000 b/	116.000.000 b/	16.300.000 b/	0,78	–
Mundo	163.000.000 b/	17.500.000	14.600.000	20.900.000	55.300.000 b/	126.000.000 b/	18.520.000 b/	–	–

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Niños que han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, por todas las causas: Número estimado de niños (0 a 17 años) que, en 2007, habían perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, por cualquier causa.

Niños que han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, a causa del SIDA: Número estimado de niños (0 a 17 años) que, en 2007, habían perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, debido al SIDA.

Niños cuyo padre o madre ha muerto por cualquier causa: Número estimado de niños (0 a 17 años) que, en 2007, habían perdido a su padre/madre biológicos por cualquier causa.

Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa: Número estimado de niños (0 a 17 años) que, en 2007, habían perdido a sus dos progenitores por cualquier causa.

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

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

FUENTES DE LOS DATOS PRINCIPALES

Niños que han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, por todas las causas: Estimaciones inéditas de ONUSIDA, 2008.

Niños que han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, a causa del SIDA: ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA de 2008*.

Niños cuyo padre o madre ha muerto por cualquier causa: Estimaciones inéditas de ONUSIDA, 2008.

Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa: Estimaciones inéditas de ONUSIDA, 2008.

Tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos: Base mundial de datos de UNICEF, 2009.

Porcentaje de niños cuyos hogares recibieron ayuda externa: Base mundial de datos de UNICEF, 2009.

NOTAS

– No se dispone de datos.

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

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

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

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

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

a/ Las estimaciones de los promedios regionales para los niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa no estaban disponibles en el momento en que se imprimió este informe.

b/ Las estimaciones de los promedios regionales son para 2008 y están basadas en las actualizaciones del *2009 AIDS Epidemic Update* (de próxima aparición en el momento en que se imprima este informe). Las estimaciones revisadas por país aparecerán en 2010.





© UNICEF/NH02008-0666/Assef

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

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

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

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

Visite la página de Únete por la niñez,
Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA:
www.uniteforchildren.org o póngase en contacto con
nosotros por email: aidscampaign@unicef.org

US\$15,00

Número de ventas: S.09.XX.23

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

Diciembre de 2009

ISBN 978-92-806-4476-0



9 789280 644760