

RESUMEN



La infancia y el SIDA

Tercer inventario
de la situación 2008

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



La infancia y el SIDA

Tercer inventario de la situación 2008

Fotografía de portada: © UNICEF/HQ06-2216/Giacomo Pirozzi

Fotografía de contraportada: © UNICEF/HQ06-2212/Giacomo Pirozzi.

Las pinturas de la portada de este informe han sido realizadas por niños pacientes del Dispensario Maputo, Mozambique, un establecimiento sanitario que recibe apoyo de UNICEF y suministra medicamentos y orientación psicosocial, incluyendo asesoramiento y terapia antirretroviral, a los niños con VIH.

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



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

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
OIT
UNESCO
OMS
BANCO



**Organización
Mundial de la Salud**



ÍNDICE

Página 2	Introducción
Página 4	1. Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo
Página 8	2. Atención y tratamiento pediátrico
Página 11	3. Prevención de la infección entre los adolescentes y los jóvenes
Página 14	4. Protección y atención a la infancia afectada por el SIDA
Página 17	Conclusiones
Página 20	Referencias

INTRODUCCIÓN

La frase “conoce tu epidemia” ha cobrado una gran importancia en la respuesta al VIH y al SIDA. Pero a fin de servir mejor a los intereses de la infancia es preciso combinar el conocimiento de la epidemia y la respuesta, con la frase “conoce a tus niños”.

Este inventario de la situación, el tercero desde que la iniciativa *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* se puso en marcha en 2005, examina los conocimientos actuales, las pruebas empíricas que han ido surgiendo y los avances logrados en beneficio de la infancia en las cuatro esferas programáticas conocidas como las “Cuatro P”: prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, proporcionar atención y tratamiento pediátrico para el VIH, prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes, y proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA¹.

La frase “conoce tu epidemia” ha cobrado gran importancia en la respuesta al VIH y al SIDA, con sus distintos niveles y patrones epidémicos en una gama diversa de contextos geográficos, culturales y sociales. Conocer la epidemia y la respuesta tiene que ver con el análisis y la comprensión de la situación local –qué personas están infectadas, cuáles son los factores de riesgo y qué conductas propician la infección por VIH–, así como también con la adopción de medidas basadas en dicho análisis. La comunidad científica y la sociedad civil concuerdan en que las intervenciones basadas en este conocimiento, y adaptadas a la situación local, no sólo son necesarias sino, más importante aún, son viables.

Pero a fin de servir mejor a los intereses de la infancia es preciso combinar el conocimiento de tu epidemia y la respuesta con la frase “conoce a tus niños”, que significa saber qué niños son vulnerables al VIH y al SIDA; cuáles están afectados por la epidemia y cómo repercute en ellos; cómo prestar asistencia a los niños afectados por el SIDA; cómo evitar que se infecten con el VIH y cómo tratarlos; cómo cuidar a sus madres; cómo ayudarles cuando uno de sus progenitores –o ambos– hayan fallecido; y cómo ayudar a todos los niños y niñas a crecer en condiciones de seguridad y llegar a la edad adulta.

Para abordar estas cuestiones y mejorar las perspectivas futuras de la niñez, los países están actuando de una manera distinta a la tradicional, sobre la base de la experiencia adquirida y las pruebas que se disponen. Por ejemplo, en Botswana, Rwanda y Tailandia se ha ampliado el acceso a las pruebas de conteo de células CD4, lo que permite que muchas más mujeres embarazadas que viven con VIH reciban tratamiento antirretroviral para preservar su salud. Mantener con vida a las madres contribuye a la salud y el bienestar de sus hijos, estén o no infectados.

En Sudáfrica, a las seis semanas de vida se somete a numerosos hijos de madres seropositivas a un examen de detección del VIH, utilizando gotas de sangre seca para practicar la prueba del ADN mediante la reacción en cadena de la polimerasa, y muchos de quienes registran un resultado positivo reciben tratamiento antirretroviral. Un estudio efectuado hace poco tiempo constató un aumento en las tasas de supervivencia entre los lactantes que iniciaron la terapia antirretroviral tan pronto como se les diagnosticó el VIH². Sin intervención, al menos un tercio de los niños que nacen con el VIH mueren antes de cumplir un año de edad por alguna causa relacionada con el virus, y la mitad muere antes de su segundo cumpleaños³.

En el Afganistán, Bhután, Maldivas y Sri Lanka –países de Asia meridional donde el riesgo de infección por VIH entre la población general es bajo–, se han modificado los planes estratégicos nacionales sobre el VIH/SIDA para centrarse en la prevención de la infección entre los adolescentes en mayor situación de riesgo.

Los gobiernos están invirtiendo cada vez más en redes de seguridad familiar y comunitaria, una forma de protección social. En el Brasil se ha elevado el número de familias afectadas por el VIH/SIDA y de

niños vulnerables que reciben asistencia de los servicios sociales. Se ha observado que las transferencias de efectivo son útiles para ayudar a los niños vulnerables de Bangladesh, Camboya, El Salvador, Kenya y varios otros países.

Las respuestas que se centran en un objetivo claro funcionan. Hoy, más mujeres embarazadas que nunca utilizan los servicios de prevención de la transmisión del VIH a sus hijos. De igual manera, más niños que nunca están recibiendo tratamiento. La prevalencia del VIH entre los jóvenes está disminuyendo en varios países con alta prevalencia, y conocer más a fondo los factores que determinan la vulnerabilidad de los niños afectados por el SIDA está generando mejores sistemas de atención y protección.

Adicionalmente, durante los períodos de crisis es posible seguir prestando asistencia a las personas con VIH, incluidos los niños y los adolescentes. Se han perfeccionado las respuestas para las situaciones de emergencia a corto plazo, al igual que para las crisis humanitarias y los conflictos prolongados en países con diferentes niveles de epidemia. Por ejemplo, durante las recientes emergencias en China y Kenya, la asistencia inmediata a las personas con VIH se centró en mantener el acceso a la terapia antirretroviral. En la República Democrática del Congo, Somalia y el Sudán, los programas dirigidos a la juventud abordan cuestiones como el aprendizaje de aptitudes para la vida práctica, VIH y SIDA, y servicios esenciales. En el norte de Uganda, una región afectada por más de 20 años de conflicto, el alcance de los servicios para prevenir la transmisión del virus de madre a hijo se ha ampliado extraordinariamente, así como también el tratamiento pediátrico.

Sin embargo, todas estas muestras de progreso registradas hasta la fecha no implican que haya que interrumpir la labor, sino que son una invitación para reconocer los graves datos que ponen de relieve, entre ellos:

- Las mujeres embarazadas no están recibiendo suficiente orientación ni otros servicios relacionados para la prevención primaria del VIH, la prevención de los embarazos no deseados y la alimentación sin riesgos del lactante. La mayoría de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH carecen de acceso a una cura o a un tratamiento apropiado, incluida la terapia antirretroviral, para preservar su salud, reducir aún más la probabilidad de transmitir el VIH a sus hijos y prevenir la orfandad.
- Una cohorte de suma importancia, la de los niños menores de un año de edad, no



© UNICEF/HQ06-1878/Robert Few

está recibiendo tratamiento. Estos pequeños están muriendo por enfermedades relacionadas con el SIDA sin haber recibido jamás un diagnóstico.

- Un número significativo de jóvenes siguen infectándose todos los años con el VIH, y las niñas que viven en África subsahariana siguen siendo especialmente vulnerables. Los jóvenes que viven con VIH no están recibiendo orientación de buena calidad ni servicios que les apoyen en la transición desde la adolescencia hacia la edad adulta temprana.
- Los sistemas sociales de protección y atención de la mayoría de los países son inadecuados para atender las necesidades de todos los niños vulnerables a causa de la epidemia de SIDA o por otros motivos.

Aún queda mucho por hacer para mejorar la calidad de la asistencia a los niños y las familias y llegar a las poblaciones desatendidas. Los fondos disponibles para la asistencia a la infancia se han incrementado, pero siguen siendo insuficientes, y no se realiza un seguimiento riguroso de los resultados. Muchos países todavía no han forjado vínculos esenciales con sus objetivos generales sobre supervivencia infantil. A los gobiernos, los donantes, los aliados en el desarrollo y las comunidades corresponde un papel determinante en la solución de estos problemas.

1. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO

El fortalecimiento de los servicios de salud de la madre, del recién nacido y del niño facilitará que las mujeres tengan acceso a una serie de servicios para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo como parte de una atención continua de la salud.

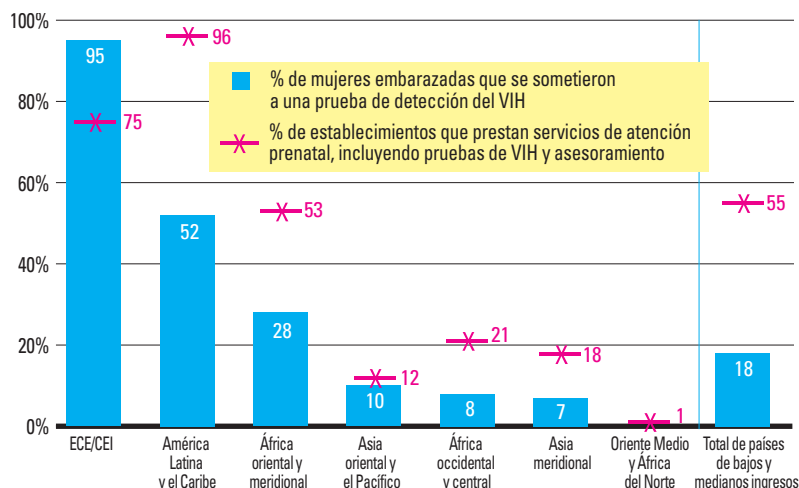
PROGRESOS Y LOGROS

La cobertura de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo se está incrementando en los países de bajos y medianos ingresos. En 2007, el 33% de las mujeres embarazadas de estos países que vivían con el VIH recibieron un régimen antirretroviral, incluyendo terapia con fármacos antirretrovirales para prevenir la transmisión del virus a sus hijos, en comparación con el 10% en 2004⁴.

No obstante, muy pocas mujeres embarazadas conocen su situación con respecto al VIH. En 2007, apenas el 18% de las embarazadas de los países de bajos y medianos ingresos donde había datos disponibles fueron sometidas a una prueba de detección del VIH⁵.

Las regiones donde más mujeres embarazadas recurren a los servicios de diagnóstico del VIH son América Latina y Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI). Por lo tanto, la proporción de los establecimientos sanitarios que prestan servicios de atención prenatal, incluyendo pruebas de detección del VIH y asesoramiento sobre el virus, es más alta en estas regiones, lo que demuestra que el acceso y la aceptación se relacionan estrechamente con la ampliación y la integración de los servicios. En África oriental y meridional –la región con el mayor número de mujeres embarazadas con VIH– solamente el 53% de los centros de atención prenatal administraban servicios de detección del VIH y asesoramiento en 2007. Por consiguiente, el 28% de todas las mujeres embarazadas de esta región se sometieron a una prueba del VIH (Gráfico 1).

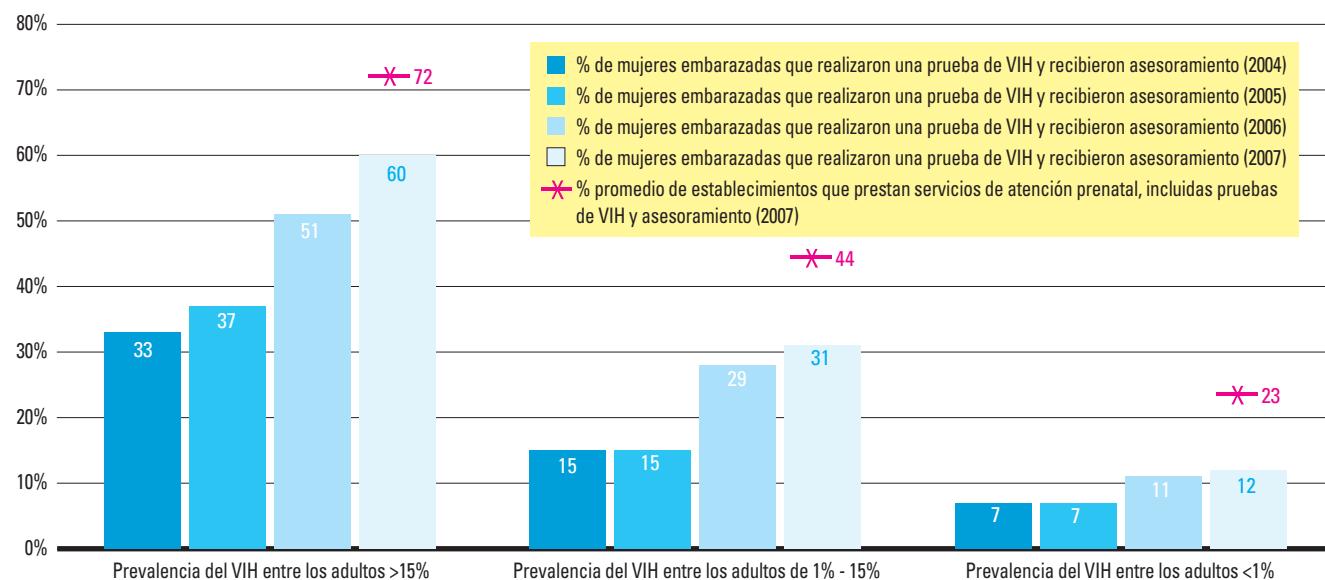
Gráfico 1: Porcentaje de mujeres embarazadas que se sometieron a una prueba de detección del VIH y nivel de la cobertura de los servicios, por regiones (2007)



Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos recopilados por medio del proceso PMTCT and Paediatric HIV Report Card y presentados en *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008* (UNICEF, ONUSIDA, OMS), págs. 34–42.

Datos de 2004 a 2007 indican que los exámenes de diagnóstico del VIH prácticamente se duplicaron durante las consultas prenatales en tres grupos de países: siete países “hiperendémicos”, cuyas tasas de prevalencia del VIH entre la población adulta son superiores al 15% (Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe); países con una prevalencia del VIH entre los adultos que oscila entre el 1% y el 15%; y países cuya prevalencia del VIH entre la población adulta es inferior al 1%. El aumento más notable se observó en los países hiperendémicos, todos en África

Gráfico 2: Porcentaje de mujeres embarazadas que se sometieron a una prueba de detección del VIH, por nivel de prevalencia entre la población adulta (2004–2007)



Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos recopilados por medio del proceso PMTCT and Paediatric HIV Report Card y presentados en *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008* (UNICEF, ONUSIDA, OMS), págs. 34–42.

meridional. De hecho, la proporción de las mujeres embarazadas que se sometieron a una prueba de detección del VIH y recibieron asesoramiento en esta materia durante los controles prenatales y el parto aumentó del 33% en 2004 al 60% en 2007 (*Gráfico 2*).

En estos países, un compromiso político y una capacidad de liderazgo firmes, la adopción de políticas de promoción y la aplicación de fórmulas innovadoras en la prestación de los servicios –como el análisis y el asesoramiento psicológico por iniciativa del personal de la salud, junto con las pruebas de detección rápida y la entrega de resultados el mismo día en los centros de atención prenatal y de parto– han contribuido a mejorar la aceptación de las pruebas de diagnóstico y el acceso a ellas, en el contexto de los programas de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. Los siete países hiperendémicos también se están beneficiando de importantes oportunidades de financiación, incluido un apoyo considerable del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para Paliar los Efectos del SIDA (PEPFAR) de 2004 a 2007, además de financiación proveniente del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo y otras fuentes. Cuatro de ellos son países seleccionados en el PEPFAR⁶. Pese a los avances que se han registrado, es necesario trabajar con más ahínco en determinadas esferas para lograr que el 80% de las mujeres embarazadas accedan a las intervenciones de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, una meta internacional.

CUESTIONES PRINCIPALES

Realizar pruebas de diagnóstico del VIH y brindar asesoramiento psicológico como parte del conjunto de exámenes de rutina durante el embarazo y el parto constituyen la principal vía de acceso a la prevención, la atención y el tratamiento del VIH. En 2004, y como parte de los servicios de atención prenatal y obstétrica, Botswana empezó a ofrecer, de manera sistemática, servicios de diagnóstico y asesoramiento en materia de VIH, dando a las mujeres la opción de renunciar a estos servicios. Esta estrategia, junto con el uso de pruebas de detección rápida, la entrega de resultados el mismo día y la participación de asesores que no son necesariamente especialistas, se ha traducido en un incremento en la proporción de mujeres embarazadas que se someten a las pruebas: del 27% en 2002 se pasó a alrededor de un 80% en 2007⁷. Los esfuerzos iniciales de Botswana se centraron en ampliar las intervenciones de prevención de la transmisión a todos los establecimientos de salud pública que ofrecen servicios de salud materno-infantil.

La participación de los cónyuges varones en los servicios de prevención de la transmisión también es esencial para que cada vez tengan mayor acogida, y mitiga parte del estigma que pesa sobre las mujeres que los utilizan. En Rwanda se han hecho grandes esfuerzos para involucrar a los cónyuges de las mujeres embarazadas en este tipo de intervenciones, particularmente en las pruebas de detección del VIH. Se calcula que, en 2007, cerca de dos terceras partes de los cónyuges de las mujeres embarazadas que se sometieron a pruebas de detección del VIH durante las consultas prenatales y el parto también se sometieron a ellas⁸.

En países con epidemia concentrada, la prueba de detección del VIH y el asesoramiento a cargo de los proveedores se deben recomendar a las mujeres que se considera que corren un alto riesgo de exposición al VIH, y deben vincularse con los servicios de prevención, atención, apoyo y tratamiento, incluyendo la terapia antirretroviral.

El objetivo fundamental del programa de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño es reducir la mortalidad



maternoinfantil por medio de la prestación de un amplio conjunto de servicios, que deben incluir la prevención primaria de la infección por VIH entre las mujeres en edad de reproducción, la prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres que viven con VIH, orientación y apoyo sobre la alimentación del lactante, así como terapia antirretroviral para las madres, profilaxis con cotrimoxazol para las madres y los bebés, y diagnóstico infantil precoz con iniciación de tratamiento antirretroviral. Los servicios deben estar asociados operacionalmente con intervenciones de supervivencia infantil y otros servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. Todo esto exige pasar de una perspectiva basada en la prevención de la infección por VIH a una basada en el mejoramiento de las intervenciones con miras a aumentar las tasas de supervivencia maternoinfantil.

En la mayoría de los entornos con recursos limitados, las mujeres seropositivas solo tienen acceso a la atención y el tratamiento, incluida la terapia antirretroviral, mediante remisión a clínicas que ofrecen esta terapia. Sin embargo, muchas de las intervenciones necesarias pueden y deben prestarse como parte del esquema de atención de la madre, del recién nacido y del niño.

Las mujeres embarazadas seropositivas en una etapa avanzada de la enfermedad corren

mayor riesgo de transmitir el VIH a sus hijos que aquellas cuya enfermedad se encuentra en una etapa más temprana. Iniciar la terapia con fármacos antirretrovirales no sólo favorece la salud de estas madres y puede contribuir a la supervivencia de sus hijos recién nacidos, sino que también disminuye significativamente el riesgo de transmitirles el virus, independientemente de su situación con respecto al VIH. Los resultados de un estudio efectuado recientemente en Uganda mostraron un descenso de la mortalidad del 81% y una reducción de la orfandad del 93% entre niños menores de 10 años no infectados cuyos progenitores, infectados con el VIH, estaban recibiendo terapia antirretroviral y profilaxis con cotrimoxazol, en comparación con niños cuyos progenitores no estaban sometidos a ningún tipo de intervención⁹.

Prestar apoyo a las madres que viven con VIH para que tomen las decisiones apropiadas en materia de alimentación del lactante puede mejorar la supervivencia temprana del niño. Alrededor de una tercera parte de los casos generales de transmisión del VIH de madre a hijo se produce entre los lactantes hasta los dos años¹⁰. Un estudio reciente entre las mujeres que recibieron nevirapine descubrió que el riesgo de transmisión durante los primeros cuatro meses de la vida del lactante se reduce a la mitad cuando la madre alimenta exclusivamente al niño con leche materna y evita una alimentación combinada¹¹.

Las mujeres que resultan infectadas con el VIH durante el embarazo y la lactancia tienen más probabilidades de transmitir el virus a sus hijos que las que contraen la infección antes de quedar embarazadas¹². Por esta razón, los servicios de prevención primaria deben hacer todo lo que esté a su alcance para evitar que las mujeres contraigan la infección durante el embarazo, el parto y la lactancia. Muchos programas nacionales ofrecen una serie de servicios de prevención primaria a todas las mujeres durante las consultas médicas prenatales, entre ellos, educación e información sobre

la salud, asesoramiento sobre el VIH, promoción de la planificación familiar de conformidad con las políticas de los países, y pruebas del VIH para las parejas, y asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras, como uso del preservativo. Conviene pensar en la posibilidad de repetir la prueba de detección del VIH a las mujeres embarazadas cuyo examen haya sido negativo, una política que ya adoptaron el Brasil y Ucrania, teniendo en cuenta el tipo de epidemia y los recursos disponibles.

Datos procedentes de 32 países de África subsahariana revelan que hasta el 61% de las personas que vivían con VIH y recibieron terapia antirretroviral en 2007 en esta región fueron mujeres. No obstante, el acceso a esta terapia por medio de servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo para mujeres embarazadas que viven con VIH sigue siendo insuficiente por varias razones, entre ellas debido a que el acceso al conteo de células CD4 es limitado. En los países de bajos y medianos ingresos, solo se evaluó durante las consultas prenatales al 12% de las embarazadas identificadas como seropositivas a fin de determinar si reunían las condiciones exigidas para recibir terapia antirretroviral y preservar, así, su salud¹³.

Ampliar la escala de la terapia antirretroviral para las mujeres –particularmente las embarazadas– en el contexto de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, requiere invertir en el mejoramiento de las instalaciones existentes, la adquisición de equipos de laboratorio y el fortalecimiento del desarrollo de la capacidad humana, en el marco de los servicios de salud materna, neonatal e infantil. La iniciación oportuna de la terapia antirretroviral exige que todas las mujeres embarazadas seropositivas sean evaluadas a nivel clínico e inmunológico.

En 2008, los 28 distritos de Malawi y cinco hospitales de remisión de este país adoptaron el conteo de células CD4, luego de que una investigación comprobó que este examen es más confiable que la observación de los signos y los síntomas clínicos para identificar a las mujeres que reúnen las condiciones necesarias para recibir tratamiento antirretroviral. Cuando un grupo de 724 mujeres embarazadas fueron evaluadas a nivel clínico en ocho centros de atención prenatal, se consideró que solamente el 2% reunía las condiciones exigidas para recibir tratamiento antirretroviral a fin de preservar su salud; no obstante, cuando fueron evaluadas mediante el conteo de células CD4, el 54% de las mujeres del mismo grupo fueron consideradas aptas para recibir el tratamiento¹⁴. En 2005, Rwanda introdujo regímenes antirretrovirales más eficaces para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, incluyendo

terapia antirretroviral para las mujeres que reúnen las condiciones exigidas.

Los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo se pueden vincular a la circuncisión masculina, incluida la circuncisión de los recién nacidos y de los cónyuges varones que no son portadores del VIH. Estos servicios se pueden prestar mediante un enfoque centrado en la familia que forme parte de un programa integral de prevención del VIH dirigido a las madres (tanto VIH positivas como VIH negativas) y, en general, a las mujeres en edad de concebir, incluidas las adolescentes.

Para tener éxito, los programas de prevención de la transmisión del VIH de las madres a sus hijos requieren sistemas de salud eficientes, que brinden atención de calidad a las madres, los recién nacidos y los niños pequeños, además de servicios de salud sexual y reproductiva. En Ucrania, por ejemplo, la integración de las intervenciones de prevención de la transmisión en los programas de salud de las madres, de los recién nacidos y de los niños; la atención gratuita durante el período prenatal y el parto; y la alta cobertura de asistencia calificada antes y durante el alumbramiento, han sido determinantes para ampliar la escala de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. En 2000, el Ministerio de Salud promulgó una política nacional sobre la aplicación universal de la prueba de detección del VIH, ofreciendo a las mujeres embarazadas la opción de renunciar a ella en el momento de registrarse en los centros de atención prenatal y a la hora del parto. Según el Ministerio de Salud, en general, la tasa de transmisión de madre a hijo bajó del 25% en 2000 al 7% en 2006¹⁵.

Evaluar los resultados de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de las madres a sus hijos requiere el uso de criterios claros y estandarizados que tengan en cuenta tanto la prevalencia del VIH como los niveles de morbilidad y mortalidad infantiles en el país. Los datos sobre la cobertura de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de las madres a sus hijos y de la atención, el apoyo y el tratamiento pediátricos del VIH se recopilan anualmente por medio de un proceso de colaboración interinstitucional que coordinan UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en alianza con los gobiernos nacionales. Los datos disponibles son esenciales para registrar los progresos hacia la ampliación de los servicios, pero hasta ahora no ofrecen información sobre el alcance en que las intervenciones evitan la infección por VIH en los lactantes o mejoran la supervivencia infantil.

La prevención de la transmisión ha suscitado un enorme interés y actualmente constituye una parte de los proyectos de financiación de muchos donantes. La nueva estrategia del Reino Unido para el VIH/SIDA otorga una importancia crucial a la prevención de la transmisión de madre a hijo¹⁶, y la meta de cobertura para 2008 del PEPFAR es del 80%. La prevención de la transmisión también es una esfera prioritaria para el Servicio Internacional de Adquisición de Medicamentos (UNITAID), un organismo internacional de financiación a largo plazo de productos básicos, cuyo propósito es reducir los costos de los medicamentos y los exámenes de diagnóstico del VIH y el SIDA. Sin embargo, para alcanzar una cobertura del 80% en 2010 –la meta en materia de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo–, se requiere un compromiso más firme y una financiación más generosa. La orientación más reciente de la OMS, UNICEF y otros asociados exhorta a la comunidad internacional a que renueve su compromiso con la ampliación a escala mundial de la prevención de la transmisión del VIH de las madres a sus hijos, convirtiendo este objetivo en una prioridad.

2. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO PEDIÁTRICO

A pesar de que el número de niños que reciben tratamiento antirretroviral se ha elevado extraordinariamente, la cohorte de los niños más pequeños expuestos al virus –los menores de un año– no está siendo diagnosticada y, en consecuencia, está perdiendo la oportunidad de beneficiarse del tratamiento. Como resultado, todos los años fallece un alto número de niños de muy corta edad debido al SIDA.

PROGRESOS Y LOGROS

El número de niños menores de 15 años en países de bajos y medianos ingresos que recibieron tratamiento antirretroviral se elevó de manera extraordinaria: de aproximadamente 75.000 en 2005 y 127.000 en 2006 a casi 200.000 en 2007. Aun cuando se observa un incremento en todas las regiones del mundo, el más apreciable corresponde a África subsahariana (Gráfico 3).

No obstante lo anterior, las últimas estimaciones mundiales de la OMS y ONUSIDA indican que 2 millones de niños menores de 15 años están infectados con el VIH y que en 2007 se registraron 370.000 nuevos casos de infección¹⁷, lo que demuestra que, de todos los niños que lo necesitan, los que reciben tratamiento siguen representando una pequeña proporción. Será necesario ampliar considerablemente la cobertura si queremos conquistar el objetivo de la estrategia *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* de suministrar para 2010 tratamiento antirretroviral, profilaxis con cotrimoxazol, o ambos, al 80% de los niños que lo requieren.

Nuevas pruebas ponen de relieve la importancia fundamental que revisten para los lactantes el diagnóstico precoz del VIH y el inicio temprano de la terapia antirretroviral, e indican que es posible salvar la vida de un número considerable de bebés con VIH cuando el tratamiento con antirretrovirales se inicia inmediatamente después del diagnóstico y durante las primeras 12 semanas de vida. El estudio denominado *Niños en Terapia Antirretroviral Precoz*, efectuado en Sudáfrica, mostró una reducción del 76% en la mortalidad de niños cuando el tratamiento se inició durante este período¹⁸. Según otros estudios, retardar el inicio del tratamiento antirretroviral implica que la enfermedad está más avanzada, lo que afecta la reconstitución inmunológica e incrementa las tasas de mortalidad¹⁹.

Las orientaciones clínicas emitidas por la OMS en 2008 recomiendan la iniciación inmediata de la terapia antirretroviral para los niños menores de un año a quienes se les ha diagnosticado que están infectados por VIH. Numerosos aliados –entre los cuales figuran la Iniciativa Internacional de la Universidad de Baylor para el Tratamiento del SIDA Infantil, la Fundación William J. Clinton de Lucha contra el VIH/SIDA, el Centro Internacional para la Atención y el Tratamiento del SIDA de la Universidad de Columbia, la Fundación Elizabeth Glaser de Lucha Pediátrica contra el SIDA, el PEPFAR, la OMS y UNICEF– determinaron que el diagnóstico precoz es un componente prioritario de los programas pediátricos de lucha contra el VIH y han contribuido a promoverlo.

CUESTIONES PRINCIPALES

Investigaciones recientes señalan que los niños con VIH comienzan el tratamiento con antirretrovirales entre los cinco y los nueve años, como promedio²⁰. La mayoría de los lactantes con VIH no reciben tratamiento porque sigue habiendo dificultades para acceder al diagnóstico. En 2007, apenas el 8% de los hijos de madres que viven con el VIH fueron sometidos a pruebas de diagnóstico del VIH antes de cumplir dos meses de edad²¹. No se dispone de datos precisos sobre cuántos de esos niños obtuvieron resultados positivos o cuántos comenzaron la terapia antirretroviral, lo que muestra una grave deficiencia en la compilación de datos sobre el acceso de la niñez a los servicios de lucha contra el VIH y el SIDA.

Algunos países han progresado notablemente en materia de acceso al diagnóstico infantil temprano del VIH. En 2007, 30 países de bajos y medianos ingresos utilizaron filtros de papel para obtener gotas de sangre seca y realizar a lactantes la prueba virológica de la reacción en cadena de la polimerasa, en comparación con 17 países en 2005²². En Botswana y Sudáfrica – países hiperendémicos de África subsahariana con una prevalencia del VIH entre los adultos superior al 15%– se realiza ampliamente la prueba de la polimerasa con gotas de sangre seca. Los servicios de diagnóstico infantil precoz se están ampliando a varios países con epidemia generalizada, incluidos Kenya, Malawi, Mozambique, Rwanda, Swazilandia y Zambia.

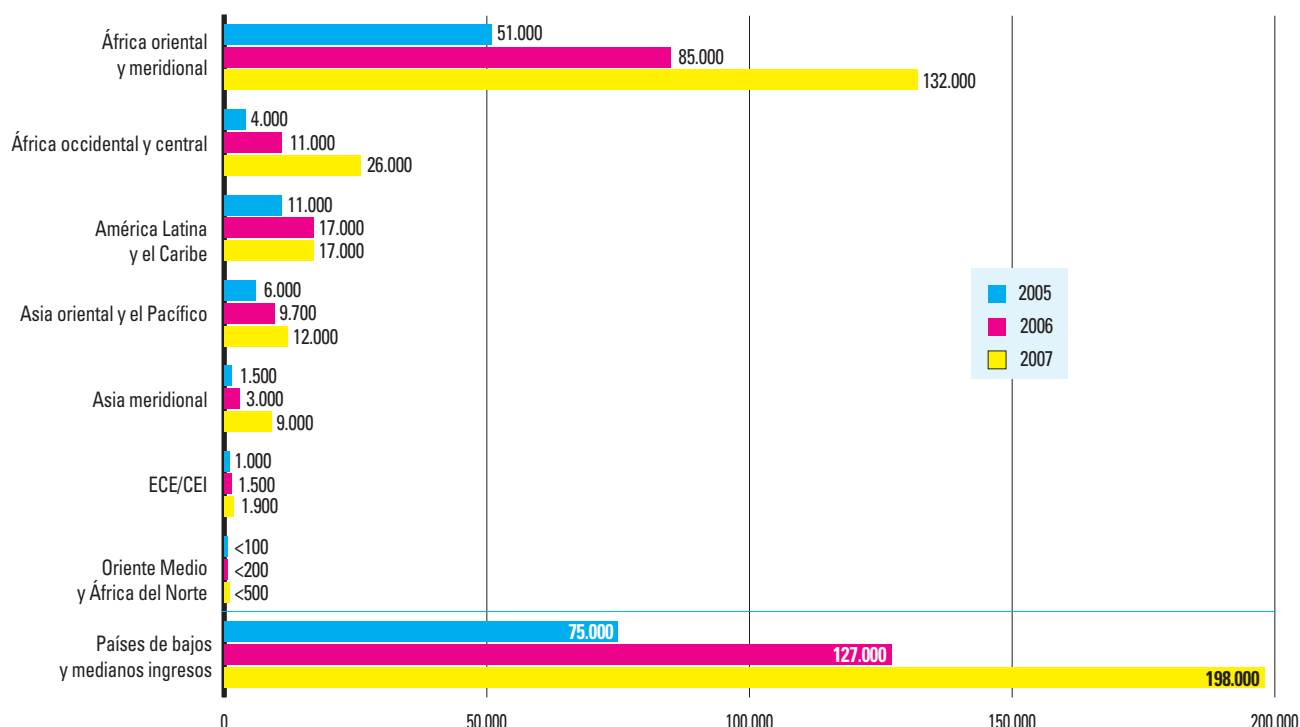
Otra razón por la cual no se hace un seguimiento estricto de los niños es que a menudo se desconoce que han estado expuestos al VIH, y no es raro identificar a los niños seropositivos cuando ya están muy enfermos. Varios países han incorporado información relativa al VIH en las fichas de salud infantil, facilitando el seguimiento de los niños que han estado expuestos al virus. Esta medida también aumenta la probabilidad de remitir a centros superiores de salud a los lactantes cuya exposición al virus es conocida,

para practicarles pruebas virológicas y, de ser necesario, iniciar el tratamiento sin demora. Las fichas de salud infantil también sirven para que los niños que han estado expuestos al virus se beneficien de otras intervenciones esenciales, como apoyo nutricional y tratamiento preventivo con cotrimoxazol.

Otra manera de elevar las tasas de diagnóstico temprano entre los niños pequeños es aplicar las pruebas durante los Días de la Salud Infantil, jornadas que muchos países celebran para prestar servicios de salud y nutrición a gran escala. Durante los Días de la Salud Infantil celebrados en Lesotho en 2007, más de 4.400 niños y niñas se sometieron a pruebas de detección del VIH (a algunos les practicaron la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa utilizando gotas de sangre seca), la tuberculosis y la desnutrición. Casi el 100% de los participantes (adultos y niños) se sometieron a los análisis. La prevalencia general del VIH entre los niños fue del 3% y los que resultaron seropositivos fueron remitidos de inmediato a las clínicas más cercanas especializadas en tratamiento antirretroviral para recibir la atención correspondiente²³.

El diagnóstico infantil temprano y el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral deben formar parte de un enfoque más amplio hacia la atención de la infancia, basado en un conjunto integral de servicios, entre ellos una alimentación óptima para el lactante, medidas de supervivencia infantil, vigilancia del crecimiento e inmunización. Un enfoque hacia la atención infantil de esta naturaleza también debe proporcionar servicios específicos y de alta calidad para el VIH, con entrega de medicamentos (antirretrovirales y cotrimoxazol), seguimiento periódico y apoyo a la adherencia al tratamiento. Varios países, incluidos Botswana, Guyana y Uganda, están en proceso de

Gráfico 3: Número de niños menores de 15 años que recibieron terapia antirretroviral en países de bajos y medianos ingresos (2005–2007)



Nota: Debido al redondeo de las cifras, es posible que su suma no corresponda a los totales indicados para los países de bajos y medianos ingresos. Los siete países "hiperendémicos" se encuentran todos en la región de África oriental y meridional.

Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos recopilados por medio del proceso PMTCT and Paediatric HIV Report Card y presentados en *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008* (UNICEF, ONUSIDA, OMS), págs. 34–42.



mejorar significativamente su capacidad de brindar este conjunto integral de servicios.

Ofrecer el antibiótico ordinario cotrimoxazol contra la infección oportunista es importante no solo para los niños expuestos al VIH, sino también para los que ya están infectados. Pese a ser un componente eficaz del enfoque integral que permite salvar vidas infantiles, el tratamiento profiláctico con cotrimoxazol solo empezó a utilizarse en 2007 en apenas el 4% de los hijos menores de dos meses de mujeres seropositivas –un momento de la vida en que su uso es decisivo, especialmente para los bebés a los que en algún momento les diagnosticarán la infección por VIH²⁴. Con apoyo de UNITAID y la colaboración de la Fundación Clinton en determinados países y el Gobierno de los Estados Unidos en otros, UNICEF y la OMS están donando cotrimoxazol para administrarlo como medida profiláctica a los niños expuestos al VIH y a las poblaciones infectadas en países de África subsahariana y Asia meridional.

Los países también están utilizando herramientas sencillas, pero de comprobada utilidad, con los adultos, para mejorar la calidad de la atención a la infancia; por ejemplo, recordatorios visuales a los profesionales del sector de la salud para prestar oportunamente los servicios de rutina y mejorar la documentación.

Los niños y adolescentes que viven hoy con el VIH afrontan dificultades especiales, como aceptar su situación y dar a conocer esta realidad a sus familias, amigos y otras personas; mantener la adherencia al tratamiento; y hacer frente a la angustia y a los sentimientos de soledad. Los adolescentes confrontan el problema adicional que supone abordar su naciente sexualidad, lo que implica revelar su condición a sus parejas sexuales y evitar las conductas de alto riesgo.

En un estudio cualitativo patrocinado por la OMS y UNICEF para examinar los problemas psicosociales que encaran los adolescentes y los jóvenes que viven con el VIH, el 41% de las entidades entrevistadas que trabajan con jóvenes infectados con el VIH identificaron la adherencia al tratamiento como la principal preocupación²⁵. El 38% de los participantes en otro estudio, realizado en Uganda, mencionaron las dificultades para revelar la situación a la pareja²⁶.

Varios países están aplicando programas que abordan los conflictos especiales a los que se enfrentan estos jóvenes. En Uganda, por ejemplo, la Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO, por sus siglas en inglés) cuenta con grupos de apoyo dirigidos por adolescentes para los adolescentes en tratamiento. El estigma asociado con el VIH/SIDA y la presión de grupo son dos de los temas que se tratan en las discusiones de grupo, en las actividades recreativas y en los eventos culturales y literarios.



3. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN ENTRE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES

La importancia que el mundo entero atribuye actualmente a la prevención representa una gran oportunidad para garantizar que los adolescentes y los jóvenes se beneficien de las intervenciones de prevención que toman en cuenta las realidades locales. Existe acuerdo sobre la eficacia de combinar las medidas de prevención, integrando los enfoques estructurales, biomédicos y del comportamiento.

PROGRESOS Y LOGROS

En muchos países está disminuyendo la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años y, en algunos, de manera importante. En 14 de los 17 países con datos suficientes para determinar las tendencias, la prevalencia del VIH entre las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que asisten a centros de atención prenatal ha descendido desde 2000-2001. En siete de esos países, la prevalencia en este grupo de edad se redujo por lo menos un 25%, es decir, la meta mundial para 2010 que se estableció, en 2001, durante el Período Especial de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA²⁷.

En varios países con alta prevalencia del VIH han disminuido las conductas de riesgo, incluyendo el comienzo de la vida sexual antes de los 15 años, las relaciones sexuales sin preservativo y las relaciones sexuales con múltiples parejas²⁸. Sin embargo, un número considerable de jóvenes siguen contrayendo el VIH; en el grupo de edad de 15 años y más, un 45% de todos los nuevos casos de 2007 se produjeron entre jóvenes de 15 a 24 años²⁹.

Tabla 1: Jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH (2007)

Región	Mujeres	Hombres	Total
África subsahariana	2.550.000	860.000	3.400.000
Asia meridional	300.000	390.000	690.000
América Latina y el Caribe	160.000	240.000	400.000
Asia oriental y el Pacífico	210.000	360.000	580.000
ECE/CEI	120.000	220.000	340.000
Oriente Medio y África del Norte	55.000	43.000	98.000
Total	3.400.000	2.100.000	5.500.000

Nota: Debido al redondeo de las cifras, es posible que su suma no corresponda a los totales indicados.

Fuente: ONUSIDA/OMS, estimaciones no publicadas, 2008.

Como promedio, alrededor de un 30% de varones y un 19% de mujeres de 15 a 24 años en los países en desarrollo tienen un conocimiento amplio y correcto del VIH y saben cómo evitar la transmisión³⁰. Estos niveles de conocimiento están muy por debajo de la meta de la Declaración de Compromiso del Período Especial de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, cuyo objetivo es un conocimiento amplio del VIH entre el 95% de los jóvenes para 2010.

CUESTIONES PRINCIPALES

Existen numerosas pruebas empíricas de que, en África subsahariana, las niñas y las mujeres jóvenes siguen siendo desproporcionadamente vulnerables a la infección por VIH, sobre todo en los países hiperendémicos, donde la prevalencia supera el 15%. En África meridional, las adolescentes tienen una probabilidad entre 2 y 4,5 veces mayor de resultar infectadas que los varones de la misma edad³¹. Aliados clave para el desarrollo –entre ellos, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, la Secretaría de ONUSIDA y sus copatrocinadores– consideran prioritario abordar el problema de la vulnerabilidad de las niñas.

Es urgente comprender mejor esta vulnerabilidad y mitigarla, teniendo presente el mayor riesgo de infección por VIH de las niñas que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas al mismo tiempo, de las que practican relaciones sexuales intergeneracionales o transaccionales y de las que son víctimas de violencia por razón



© UNICEF/HQ06-0794/Shehzad Noorani

de género. Durante una reunión técnica sobre la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a la infección por VIH, que tuvo lugar en África meridional en junio de 2008, Graça Machel, la defensora internacional de los derechos de las mujeres y los niños, se refirió a lo que denominó falta de autonomía y capacidad de decisión en la región, e hizo un llamamiento a reflexionar sobre las prácticas y las actitudes culturales que ponen en riesgo a las niñas, y a modificarlas³².

Un análisis en profundidad de los resultados de las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en cinco países –Camerún, la República Unida de Tanzania, Swazilandia, Uganda y Zimbabwe– halló una correlación significativa entre la situación de las jóvenes con respecto al VIH y el número y la edad de sus parejas sexuales. La probabilidad de infectarse con el VIH era más alta entre las mujeres de 15 a 24 años que tenían múltiples parejas y, además, eran mayores que ellas³³.

Los países están respondiendo a la información que se tiene sobre las niñas y el VIH. Por ejemplo, Zimbabwe puso en marcha una estrategia nacional de comunicación para el cambio de comportamiento que hace hincapié en las cuestiones de género. La estrategia destaca un hecho de suma importancia: las relaciones sexuales entre mujeres jóvenes y hombres cinco o más años mayores que ellas es el factor que más contribuye a que el VIH se propague a la generación más joven. La estrategia reconoce que los jóvenes sexualmente activos necesitan apoyo para evitar las relaciones con múltiples parejas, obtener preservativos y utilizarlos. También reconoce que es preciso apoyar a los jóvenes que no son sexualmente activos para que retrasen el inicio de su vida sexual³⁴.

En el Caribe, las niñas y las mujeres representan el 50% de la población de 15 años, o más, que vive con el VIH y, en algunos países, las tasas

de prevalencia del VIH entre las mujeres de 15 a 24 años son de dos a tres veces más altas que entre los varones del mismo grupo de edad³⁵. En esta región, el VIH se propaga básicamente por medio de la transmisión heterosexual, aun cuando, en muchos países, gran parte del problema se debe a las relaciones sexuales comerciales y a la explotación sexual.

Para responder apropiadamente a las necesidades que tienen los jóvenes de recibir información y servicios sobre el VIH, la escasez de datos supone una gran limitación. Los programas y la adopción de decisiones de política deben apoyarse y estar basados en información estratégica sobre la epidemia y los elementos sociales que la impulsan.

Hoy en día está bien documentado el riesgo de infección por VIH entre los adolescentes y los jóvenes de países con baja prevalencia y epidemia concentrada en poblaciones específicas. En alianza con UNICEF y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, siete países de Europa Central y Oriental recopilaban datos desglosados sobre comportamientos de riesgo –incluido el uso de drogas inyectadas, las relaciones sexuales sin protección entre hombres y las que se dan a cambio de regalos o dinero– entre la población en mayor situación de riesgo. Resultados preliminares de encuestas efectuadas en Bosnia y Herzegovina indican que los consumidores de drogas inyectadas de 18 a 24 años tienden a involucrarse en numerosas conductas de riesgo. Estos resultados, junto con los altos niveles de infección con el virus de la hepatitis C y los bajos niveles de VIH y sífilis en la población seleccionada, sugieren que existe la oportunidad de intensificar la escala de los servicios de reducción de daños³⁶.

Los planes estratégicos nacionales de lucha contra el VIH y el SIDA deben enfocarse decididamente en la prevención, previa evaluación de la vulnerabilidad de los jóvenes y de los riesgos a los que están expuestos. En Asia meridional, cuatro países con bajos niveles de epidemia –el Afganistán, Bhután, Maldivas y Sri Lanka– elaboraron o aprobaron, en 2007, planes estratégicos nacionales que introducen ajustes a algunas iniciativas, a fin de que el hincapié recaiga en la prevención del contagio entre las personas que están más expuestas, en especial los adolescentes que se involucran en conductas de alto riesgo³⁷. Es fundamental que los jóvenes participen en la planificación, diseño, aplicación, seguimiento y evaluación de las intervenciones que les afectan.

En lugares donde la epidemia está generalizada y los niños asisten a la escuela, el sector educativo constituye un medio crucial para impartir información a los adolescentes y dotarlos de aptitudes necesarias para prevenir la propagación del VIH. Existen pruebas sólidas de que la educación sexual basada en la escuela tiene la capacidad de transformar las creencias, las actitudes y las prácticas que conducen a las conductas de riesgo.

En el contexto de la educación basada en aptitudes para la vida práctica, los conocimientos sobre el VIH forman parte actualmente de muchas respuestas del sector educativo a la epidemia y, sobre la base de pruebas empíricas, cada vez se adaptan más a las necesidades nacionales y locales. Lesotho, Namibia y Zambia están en proceso de evaluar la eficacia de esas intervenciones, y en Botswana se están diseñando programas educativos que giran en torno a las aptitudes para la vida práctica y que abordan, concretamente, la prevención del VIH y los factores locales que inciden en el problema.

Un hecho de la mayor trascendencia en 2008 fue la firma, por parte de los Ministros de Educación y Salud de los países de América Latina y el Caribe, de una declaración histórica mediante la cual se comprometieron, por una parte, a apoyar las actividades

multisectoriales para incorporar la educación sexual en los planes de estudio y, por otra, a establecer servicios y actividades para promover la salud sexual. La mayoría de los países de esta región ofrecen educación sexual en todos los niveles de escolarización, aun cuando existen grandes diferencias en cuanto a la legislación, el alcance del material de enseñanza y la efectividad de los programas de estudio³⁸.

El sector educativo es responsable, en buena parte, de garantizar que las escuelas sean lugares seguros para los niños y los adolescentes, y es necesario formular políticas que permitan a los estudiantes infectados con el VIH ejercer su derecho a la educación en un entorno propicio y acogedor. Vale la pena señalar que el objetivo de la Política Nacional de Jamaica para la Gestión del VIH/SIDA en las Escuelas es promover medidas eficaces de prevención y atención en el ámbito educativo.

Además, la respuesta del sector educativo tiene que formar parte de un criterio amplio de prevención que incluya el acceso a los servicios de salud y de otro tipo, así como a materiales para la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo en materia de VIH. También se necesitan medidas para abordar los factores sociales y culturales que propagan la infección del VIH a escala individual y comunitaria, y en un entorno más amplio.

Nuevas pruebas sobre la eficacia de la circuncisión masculina sirven de base para



© UNICEF/HQ06-0411/Giacomo Pirozzi

recomendar que este procedimiento se convierta en un método adicional de prevención, junto con el uso del preservativo, la reducción del número de parejas sexuales y de relaciones con parejas múltiples al mismo tiempo, y la postergación del inicio de la actividad sexual. En Swazilandia se están estudiando estrategias sobre cómo brindar a los adolescentes información precisa y pertinente sobre la circuncisión masculina, por medio de las escuelas y las comunidades. Las actividades incluyen sensibilizar a los progenitores sobre su importancia, hacerla disponible durante las vacaciones escolares, capacitar al personal para que observe una actitud más afable hacia los estudiantes y bajar su costo.



© UNICEF/HQ06-1478/Giacomo Pirozzi

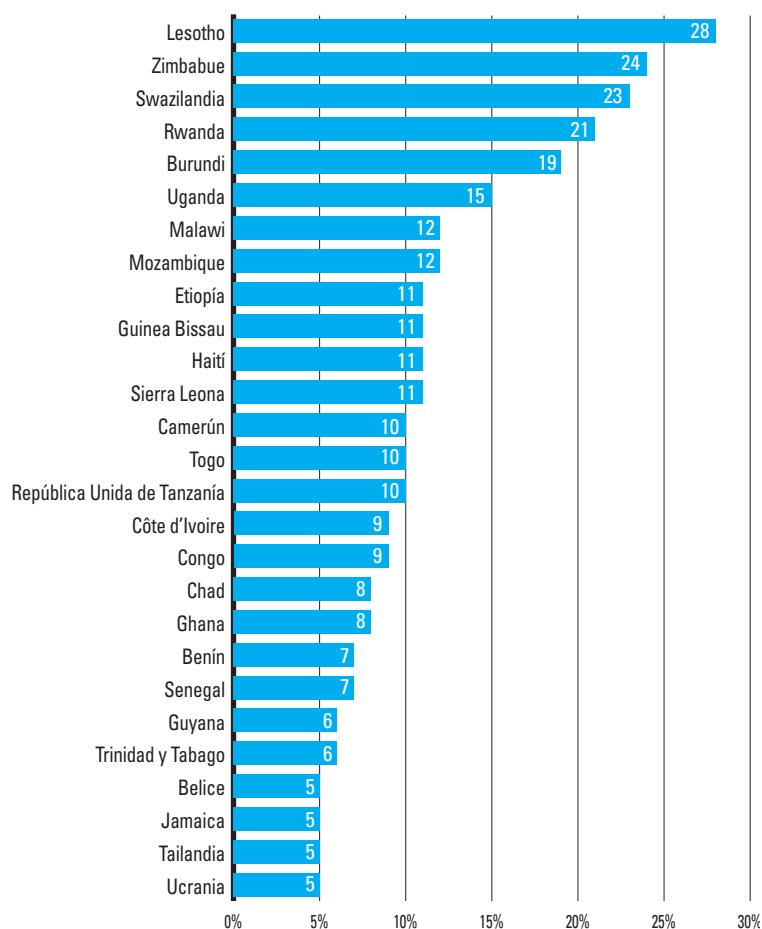
4. PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A LA INFANCIA AFECTADA POR EL SIDA

Cada vez hay más pruebas que llevan a respaldar programas impulsados por el SIDA –pero no dedicados exclusivamente a combatir el SIDA– y que presten asistencia a todos los niños vulnerables, entre ellos los que están afectados por esta enfermedad.

PROGRESOS Y LOGROS

Se calcula que, en 2007, 15 millones de niños de todo el mundo –casi 12 millones en África subsahariana– perdieron a uno de sus progenitores, o a ambos, a causa del SIDA³⁹. Muchos millones de niños más quedaron huérfanos por otras causas. Los resultados de una encuesta domiciliaria efectuada recientemente en 47 países indican que la orfandad por todas las causas supera el 5% en muchos países (Gráfico 4).

Gráfico 4: Porcentaje de niños menores de 18 años que habían perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, en países con una prevalencia mayor del 1% (2003–2007)



Fuente: UNICEF, *Progress Report for Children Affected by HIV and AIDS*, borrador fechado en junio de 2008.

El SIDA no es la única causa de orfandad. En Burundi y Rwanda, donde los niveles de orfandad por todas las causas fueron del 19% y el 21%, respectivamente, es más probable que la orfandad sea producto del conflicto armado que de la epidemia⁴⁰.

Las respuestas nacionales para ayudar a los huérfanos y a otros niños vulnerables se han venido incrementando desde la década de 1990, y cerca de 50 países están desarrollando algún tipo de estrategia para afrontar el flagelo del SIDA. Se estima que 32 países han preparado o ultimado planes nacionales de acción con algunos beneficios para los niños huérfanos y vulnerables. Sin embargo, el proceso de preparación de estos planes es casi siempre lento y su puesta en marcha a gran escala, limitada⁴¹.

En 18 países donde se efectuaron encuestas en los hogares entre 2003 y 2007, la proporción de los niños huérfanos y vulnerables cuyos hogares recibían apoyo básico externo oscilaba entre el 1% en Sierra Leona y el 41% en Swazilandia, con un valor de la mediana de un 10% (Tabla 2). Ese apoyo incluía asistencia para la educación, atención médica, vestuario, ayuda financiera y orientación psicosocial. El propósito de la iniciativa *Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA* es lograr que, en 2010, estos servicios lleguen al 80% de los niños que más los necesitan.

CUESTIONES PRINCIPALES

La asistencia a la niñez huérfana y vulnerable sigue estando a cargo de las familias, los grupos confesionales y otras pequeñas organizaciones, y una programación eficiente refuerza la capacidad de esos sistemas de apoyo. Los gobiernos desempeñan una función importante en la coordinación de estas actividades. En marzo de 2007, el Gobierno de Zimbabwe empezó a distribuir fondos combinados de los principales donantes entre una red de 26 organizaciones de la sociedad civil, que posteriormente dirigieron la prestación de servicios a los huérfanos y a otros niños vulnerables por parte de más de 150 aliados y organismos encargados de la ejecución. En marzo de 2008, el programa había beneficiado a 165.980 niños, sobrepasando la meta para el primer año, según un informe emitido por el Gobierno y UNICEF⁴².

La situación de vulnerabilidad de la infancia es un problema complejo que se debe examinar a la luz de los contextos nacionales y locales específicos. Por ejemplo, un análisis de los datos obtenidos en encuestas domiciliarias efectuadas en 36 países reveló que, en muchos de ellos, la situación de los niños huérfanos con respecto a varios indicadores de desarrollo infantil –situación nutricional, asistencia a la escuela, edad de iniciación de la vida sexual– es peor que la de los demás niños, pero que en otros países es igual o incluso mejor⁴³.



© UNICEF/H004-0880/Giacomo Pirozzi

Tabla 2. Porcentaje de niños huérfanos y vulnerables cuyos hogares recibieron apoyo externo sin costo alguno

País	Porcentaje	Encuesta
Swazilandia	41	DHS (2006)
Zimbabwe	31	DHS (2005–2006)
Tailandia	21	MICS (2005–2006)
Namibia	17	DHS (2006–2007)
Malawi	19	MICS (2006)
Zambia	16	DHS (2007)
Jamaica	15	MICS (2005)
Guyana	13	MICS (2006–2007)
Rwanda	13	DHS (2005)
Uganda	11	DHS (2006)
Camerún	9	MICS (2006)
Côte d'Ivoire	9	AIS (2005)
República Democrática del Congo	9	DHS (2007)
Guinea-Bissau	8	MICS (2006)
República Centroafricana	7	MICS (2006)
Togo	6	MICS (2006)
Haití	5	DHS (2005)
Sierra Leona	1	MICS (2006)

Fuente: Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuestas de Indicadores de SIDA (AIS), 2003–2007.

Los programas de inclusión para ayudar a todos los niños vulnerables, entre los cuales se cuentan los que están directamente afectados por el SIDA, ya están arrojando resultados. En Zimbabwe, un nuevo Programa de Apoyo al Plan Nacional de Acción para los Huérfanos y otros Niños Vulnerables utiliza una definición de vulnerabilidad que no se limita a la orfandad y la vulnerabilidad a causa del SIDA⁴⁴.

Cada vez se promueven más las transferencias de dinero en efectivo como mecanismo eficaz en función del costo para ayudar a las familias pobres y vulnerables. Gracias al dinero en efectivo, las familias afectadas por la enfermedad reciben la ayuda que necesitan, cuando la necesitan. Las transferencias sistemáticas sirven para que los niños no abandonen la escuela cuando, sin este apoyo, tendrían que trabajar para contribuir al mantenimiento de sus familias. Vincular las transferencias con los servicios de bienestar social puede incrementar su alcance y eficacia.

Los sectores de bienestar social a menudo tienen la responsabilidad de coordinar los servicios dirigidos a los niños y las familias vulnerables, incluidas la gestión y la entrega de las transferencias de efectivo. Sin embargo, no es inusual que los ministerios de bienestar carezcan de recursos y capacidad. El creciente interés en consolidar programas de protección social que benefician a todos los niños vulnerables y a los que sufren los efectos del SIDA representa una oportunidad excepcional para solucionar las deficiencias institucionales de los sectores de bienestar social.

Los mecanismos de contrarreferencia entre los grupos confesionales y comunitarios, por una parte, y los servicios sociales de los gobiernos, por otra parte, se utilizan poco, pese a ser eficaces para ampliar la cobertura y la capacidad de ambos sectores. Por ejemplo, la Church Alliance for Orphans, que reúne a 380 congregaciones locales y organizaciones comunitarias en Namibia, desempeña una



función de promoción clave con el Gobierno y, particularmente, con el Ministerio de Bienestar Infantil e Igualdad entre los Géneros. Mientras que este ministerio dirige un grupo de tareas permanente para la protección de los niños huérfanos y vulnerables, el Director Ejecutivo de la Church Alliance for Orphans preside un subcomité de atención y apoyo⁴⁵.

Las escuelas siguen siendo lugares vitales para los niños y niñas afectados por el SIDA –y para todos los alumnos en general–, gracias a la protección y el apoyo que les brindan. Además, los pequeños que lo necesitan reciben alimentación y tienen acceso a servicios de salud. Un factor que se suele asociar con la vulnerabilidad es el género. En particular, las niñas vulnerables necesitan protección. Los costos de escolaridad impiden a muchas familias enviar a los niños a la escuela, y la abolición de estos costos ha elevado la matriculación entre los niños vulnerables, especialmente niñas, en varios países⁴⁶.

En Lesotho, el Ministerio de Educación y Capacitación elaboró un plan para proporcionar asistencia y oportunidades educativas a los huérfanos y otros niños considerados vulnerables. Así mismo, el Ministerio de Salud y Bienestar Social y el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Servicios Penitenciarios formularon políticas que incorporan las necesidades de todos estos niños.

La base de datos para una programación eficaz en materia de protección y atención a la niñez afectada por el SIDA también está mejorando. Una evaluación de UNICEF sobre una serie de indicadores clave sobre la condición de los huérfanos y otros niños vulnerables, realizada en 2008, muestra que, en comparación con el informe anterior, publicado en 2006, ahora se dispone de muchos más datos en un mayor número de esferas⁴⁷. Sin embargo, es necesario seguir trabajando con miras a garantizar la disponibilidad de datos suficientes para orientar y documentar la programación en esta esfera.



CONCLUSIONES

Es de esperar que los esfuerzos actuales y futuros en respuesta a la epidemia del VIH y el SIDA se complementen con un conocimiento más profundo de los propios niños, y que conociendo mejor a los niños y a los jóvenes, sabiendo cómo les afecta el SIDA y entendiendo las implicaciones de los hechos comprobados y de las prácticas recomendadas para su cuidado, la segunda y la tercera generación de niños y niñas afectados por el SIDA no den paso a una cuarta generación.

Este *Tercer inventario de la situación* exhorta a emprender acciones concretas y viables, que den fruto en un lapso de uno a tres años, mejoren sustancialmente las perspectivas futuras de los niños y las mujeres y ayuden a los países a conseguir sus objetivos. Estas iniciativas comportan cambios en la manera de pensar y acciones concretas.

- **Ampliar la escala de los programas que ofrecen servicios de diagnóstico precoz a los lactantes expuestos al VIH y tratamiento a los niños infectados.** Iniciar el tratamiento lo antes posible reduce de manera significativa la mortalidad asociada con el SIDA entre los lactantes y los niños pequeños, lo que pone de manifiesto la imperiosa necesidad de ampliar el acceso a las pruebas virológicas para los lactantes y de iniciar el tratamiento sin demora. En la mayoría de los países, ampliar la escala requerirá fortalecer la capacidad de los laboratorios, dotarlos de equipos apropiados y garantizar un suministro confiable de reactivos. También será necesario capacitar a los proveedores de servicios y establecer redes que vinculen el diagnóstico y la atención. Será preciso rectificar las políticas nacionales para incluir directrices de diagnóstico temprano y metas de tratamiento. Los lactantes que den positivo en la prueba del VIH requerirán nuevas combinaciones de dosis fijas apropiadas para las poblaciones más jóvenes. Es preciso crear y utilizar mecanismos innovadores, como contactar oportunamente a las familias por medio de teléfonos móviles cuando los resultados de las pruebas sean positivos. El tiempo es especialmente importante para los niños más pequeños, para quienes el rápido avance de la enfermedad conduce a la muerte prematura.
- **Ampliar el acceso a los medicamentos antirretrovirales para las mujeres embarazadas que necesiten tratamiento.** Las mujeres embarazadas infectadas con el VIH deben poder acceder a los mejores regímenes posibles en beneficio de su salud, la supervivencia de sus hijos y la prevención de la transmisión del virus a sus bebés. El tratamiento se puede suministrar de manera efectiva por medio de sistemas sanitarios descentralizados, y los ministerios de salud son responsables de orientar las políticas –incluyendo el uso racional de los recursos–, teniendo en cuenta las implicaciones para los servicios de salud materna, neonatal e infantil. El tratamiento con fármacos antirretrovirales para preservar la salud de las mujeres exige que la prevención de la transmisión de madre a hijo se considere esencial tanto para la supervivencia materna como infantil. Por eso, en la evaluación del programa no solo debe pesar la aceptación del servicio, sino también su efecto sobre el número de vidas maternas e infantiles que se pueden salvar.
- **Integrar los servicios de lucha contra el VIH y el SIDA en los programas de atención primaria de la salud.** La prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento del VIH deben integrarse en la infraestructura sanitaria existente que ofrece tratamiento antirretroviral y servicios de atención de la madre, del recién nacido y del niño. Por su parte, todos los centros de atención prenatal y de salud materna, neonatal e infantil deben ofrecer servicios de prevención de la transmisión de la madre al hijo. Esta integración permite llegar a más niños y mujeres con las distintas intervenciones, y atenúa el estigma asociado con los establecimientos sanitarios que solo atienden casos de SIDA. Los lactantes expuestos al VIH pueden ser identificados y remitidos para que les realicen pruebas de detección; los niños que lo necesiten pueden comenzar el tratamiento con cotrimoxazol, y el cumplimiento del tratamiento se puede reforzar, por ejemplo,

durante los controles médicos ordinarios, las consultas programadas para vacunación y en otros contextos. Es posible que sea preciso revisar las políticas sanitarias a nivel nacional y subnacional con el objeto de mejorar la relación entre el VIH/SIDA, las intervenciones de supervivencia infantil y la planificación familiar basada en las políticas nacionales, por una parte, y los servicios de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis, por otra parte. Por último, esto permitiría mejorar la administración y la coordinación de los programas.

- **Agilizar los esfuerzos para ayudar a las madres a adoptar prácticas alimentarias sanas para los lactantes y los niños pequeños.** Muchos países deberán esforzarse para que el asesoramiento en materia de nutrición infantil y VIH que suministran los profesionales de la salud y las personas capacitadas que no son especialistas tome en consideración la crisis alimentaria mundial y se adapte a los nuevos conocimientos sobre alimentación infantil y mortalidad asociada con el SIDA. Los asesores tendrán que recibir nuevamente capacitación para poder brindar una orientación clara sobre las opciones de alimentación infantil, incluida la alimentación exclusiva con leche materna y los alimentos de destete. Los programas deben involucrar a las comunidades en la promoción de prácticas alimentarias saludables y apoyar las decisiones de las madres. De igual modo, las políticas deben posibilitar la elección de opciones alimentarias adecuadas a las circunstancias individuales.
- **Adaptar los programas de prevención a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes.** Los métodos de prevención deben responder a la realidad de la epidemia en los diferentes contextos y adaptarse a las necesidades concretas de los adolescentes y los jóvenes. Es prioritario formular políticas y elaborar programas de prevención dirigidos a los adolescentes y los jóvenes que presentan comportamientos de alto riesgo, cuando el uso de drogas inyectables, el sexo entre hombres, el sexo intergeneracional y el trabajo sexual favorecen la transmisión del VIH. Un entorno normativo propicio facilitará la adaptación y la actualización, por parte del sector educativo, de los programas escolares basados en aptitudes para la vida práctica, especialmente cuando se trate de temas delicados. Los planes estratégicos nacionales que giran en torno a la prevención del VIH deben incluir objetivos y mecanismos claramente definidos para el seguimiento de los progresos. También es crucial evaluar los



resultados de las iniciativas de prevención del VIH que se ejecuten a través de los medios de difusión, los eventos deportivos y la participación de personas famosas.

- **Combinar las estrategias de prevención para obtener mejores resultados.** Hoy existen muchas estrategias de prevención que conviene combinar para atender las necesidades particulares de los adolescentes y los jóvenes en situación de riesgo. Para ser eficaces, los programas de prevención del VIH deben combinar información, servicios, lecciones para la vida práctica e intervenciones para el cambio de comportamiento con medidas para abordar los problemas sociales que hacen vulnerables al VIH a los adolescentes y los jóvenes y los incitan a involucrarse en conductas de riesgo. Aun cuando se sabe que la circuncisión reduce el riesgo de infección por VIH en los hombres, debe considerarse como una ayuda adicional y no como un sustituto de medidas preventivas como usar preservativo, reducir el número de parejas y retrasar el inicio de la actividad sexual.
- **Entender y encarar la mayor vulnerabilidad de las niñas.** Además de buscar el cambio en la conducta individual, los gobiernos y los aliados deben abordar abiertamente los factores sociales y culturales que propician la especial vulnerabilidad de las niñas, como las parejas sexuales múltiples al mismo tiempo, las relaciones sexuales intergeneracionales y transaccionales, y la violencia contra las mujeres y las niñas. Debido a que asistir a la escuela disminuye el riesgo de que las niñas se infecten con el VIH, conviene intensificar los esfuerzos para que no abandonen la escuela hasta que terminen la secundaria.
- **Dar prioridad a la recopilación y el desglose de datos de alta calidad.** Para identificar a las poblaciones que corren mayor riesgo, comprender las tendencias y evaluar los programas de prevención, es fundamental disponer de datos cuantitativos y cualitativos. Esos datos deben desglosarse por factores como edad, género, estado civil, quintil de riqueza y ubicación geográfica (urbana o rural). Conocer mejor las condiciones de

los niños menores de cinco años, las de los jóvenes de 15 a 18 años y las de quienes están más expuestos al contagio en estos grupos de edades facilita el diseño de estrategias nacionales sólidas, que son cruciales para prestar servicios eficaces y continuos de prevención, atención y tratamiento.

- **Invertir en el sector social para mejorar la protección de los niños más vulnerables.**

La respuesta mundial a la epidemia del SIDA puede impulsar iniciativas para apoyar y proteger mejor no solo a los niños afectados por el VIH/SIDA, sino a todos los que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. El propósito de las iniciativas y las inversiones debe ser aumentar el acceso a los servicios básicos, garantizar una atención alternativa apropiada y prestar apoyo y protección social contra el maltrato y el abandono. Las transferencias sociales de efectivo, en particular, pueden constituir un mecanismo protector para las familias beneficiarias en el contexto del alza de los precios de los alimentos. Las alianzas con la sociedad civil pueden ayudar a fomentar el desarrollo de la capacidad de las familias y las comunidades para atender a los niños vulnerables, minimizando la necesidad de acudir a entornos institucionales.

Conocer a tus niños

Por último, este *Inventario de la situación* reconoce los esfuerzos de todos aquellos que trabajan para responder a la epidemia del VIH/SIDA y permiten que las personas afectadas conozcan su propia epidemia y respondan en consecuencia. Es de esperar que estos esfuerzos se complementen con un conocimiento más profundo de los propios niños, y que conociendo mejor a los niños y a los jóvenes, sabiendo cómo les afecta el SIDA y entendiendo las implicaciones de los hechos comprobados y de las prácticas recomendadas para su cuidado, la segunda y tercera generación de niños y niñas afectados por el SIDA no den paso a una cuarta generación.



REFERENCIAS

- 1 Algunos de los datos y las pruebas que presenta este informe se publicaron recientemente en *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, difundido por UNICEF, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud, en junio de 2008, y en el *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008*, publicado por ONUSIDA en agosto de 2008. Pruebas adicionales se basan en análisis efectuados por UNICEF sobre datos de encuestas domiciliarias, y en informes de las oficinas regionales y de país de UNICEF elaborados en 2008.
- 2 Violari, A., et al., 'Children with HIV Early Antiretroviral Therapy (CHER) Study', ponencia presentada durante la 4a. Conferencia de la Academia de Ciencias del Mundo Islámico sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH, Sydney, 22–25 de julio de 2007.
- 3 Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-infected Mothers in Africa: A pooled analysis', *The Lancet*, vol. 364, no. 9441, 2–8 de octubre de 2004, págs. 1236–1243.
- 4 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, OMS, Ginebra, 2008, pág. 19.
- 5 Ibid., pág. 15.
- 6 Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para Paliar los Efectos del SIDA, *The Power of Partnerships: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief – Informe Anual de 2008 al Congreso*, PEPFAR, Washington, D.C., pág. 41; y Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, 'Global Fund ARV Fact Sheet', Fondo Mundial, 1 de diciembre de 2007, <www.theglobalfund.org/en/files/publications/factsheets/aids/ARV_Factsheet_2007.pdf>, consultado el 18 de septiembre de 2008.
- 7 Datos nacionales suministrados por UNICEF Botswana, septiembre de 2008.
- 8 Centro de Tratamiento e Investigación del SIDA (TRAC), *Rapport Annuel du TRAC 2007*, TRAC, Kigali, marzo de 2003, pág. ii.
- 9 Mermin, Jonathan, et al., 'Mortality in HIV-Infected Ugandan Adults Receiving Antiretroviral Treatment and Survival of their HIV-Uninfected Children: A prospective cohort study', *The Lancet*, vol. 371, no. 9614, 1–7 de marzo de 2008, págs. 742–759.
- 10 Mbori-Ngacha, D., et al., 'Morbidity and Mortality in Breastfed and Formula-Fed Infants of HIV-1-Infected Women: A randomized clinical trial', *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, no. 19, 21 de noviembre de 2001, págs. 2413–2420.
- 11 Kuhn, L., et al., 'High Uptake of Exclusive Breastfeeding and Reduced Early Postnatal HIV Transmission', *PloS ONE*, vol. 2, no. 12, diciembre de 2007, págs. 1365–1371.
- 12 Nielsen-Saines, Karin, et al., 'Primary HIV-1 Infection during Pregnancy: High rate of HIV-1 MTCT in a cohort of patients in southern Brazil', *Retrovirology*, vol. 5, suplemento 1 (transcripción de la exposición oral), 9 de abril de 2008; y Dunn, D. T., et al., 'Risk of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Transmission through Breastfeeding', *The Lancet*, vol. 340, no. 8819, 5 de septiembre de 1992, págs. 585–588.
- 13 Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 22, 94.
- 14 Chirwa, L., et al., 'Increasing Access to Anti-Retroviral Therapy for Eligible Pregnant Women through Strategic Use of CD4 Testing', extracto presentado para la Reunión de Encargados de la Aplicación de Planes sobre el VIH/SIDA de 2008, Kampala, Uganda, 3–7 de junio de 2008, recopilado como no. 1812, pág. 151.
- 15 Datos nacionales suministrados por UNICEF Ucrania, octubre de 2008.
- 16 Departamento de Desarrollo Internacional, *Achieving Universal Access: The UK's strategy for halting and reversing the spread of HIV in the developing world*, Departamento de Desarrollo Internacional, Londres, 2008, págs. 22, 23.
- 17 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008*, ONUSIDA, Ginebra, agosto de 2008, pág. 33.

- 18 Violari A., et al., 'Children with HIV Early Antiretroviral Therapy (CHER) Study', ponencia presentada durante la 4a. Conferencia de la Academia de Ciencias del Mundo Islámico sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH, Sydney, 22-25 de julio de 2007.
- 19 Patel K., et al., 'Long-Term Effects of Highly Active Antiretroviral Therapy on CD4+ Cell Evolution Among Children and Adolescents with HIV: 5 years and counting', *Clinical Infectious Diseases*, vol. 46, no. 11, 1 de junio de 2008, págs. 1751-1760.
- 20 Ver, por ejemplo: Janssens, Bart, et al., 'Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Children: Evaluation at 12 months in a routine program in Cambodia', *Pediatrics*, vol. 120, no. 5, págs. e1134-e1140; y Reddi, Anand, et al., 'Preliminary Outcomes of a Paediatric Highly Active Antiretroviral Therapy Cohort from KwaZulu-Natal, South Africa', *BMC Pediatrics*, 17 de marzo de 2007, vol. 7, no. 13.
- 21 Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2008*, OMS, Ginebra, 2008, pág. 79.
- 22 *Ibid.*, pág. 95.
- 23 Informe preliminar y resumen sobre los Días de la Salud Infantil en Lesotho proporcionados por la Oficina Regional de UNICEF para África Oriental y Meridional, febrero de 2008 (documentos internos).
- 24 Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2008*, OMS, Ginebra, 2008, pág. 96.
- 25 Greifinger, Rena, y Bruce Dick, 'Qualitative Review of Psychosocial Interventions for Young People Living with HIV' (borrador), extracto presentado en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ciudad de México, agosto de 2008.
- 26 Birungi, Harriet, et al., 'Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescents Perinatally Infected with HIV in Uganda', *Frontiers in Reproductive Health*, Consejo de Población, informe final, julio de 2008, pág. v.
- 27 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008*, ONUSIDA, Ginebra, agosto de 2008, pág. 35. Los siete países son: Botswana y Kenya, con disminuciones tanto en las zonas urbanas como rurales; y Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Malawi y Zimbabwe, con disminuciones significativas únicamente en las zonas urbanas.
- 28 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008*, ONUSIDA, Ginebra, agosto de 2008, pág. 36.
- 29 *Ibid.*, pág. 33.
- 30 Banco mundial de datos de UNICEF, 2008. Los datos completos están disponibles en la versión íntegra de este informe.
- 31 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008*, ONUSIDA, Ginebra, agosto de 2008, pág. 107.
- 32 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Unidad Investigativa sobre Salud Reproductiva y VIH de la Universidad de Witwatersrand, 'Stopping the HIV Epidemic: Women, girls and HIV in Southern Africa – What must be done!', informe para la Reunión Técnica sobre las Mujeres Jóvenes en los Países Hiperendémicos de África Subsahariana (borrador), Muldersdrift, 18-19 de junio de 2008, págs. 7-8.
- 33 Análisis preliminar de los datos obtenidos tanto en las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) como en las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), efectuado por UNICEF y MACRO International, 2008.
- 34 Consejo Nacional sobre el SIDA, *Zimbabwe National Behaviour Change Strategy for Prevention of Sexual Transmission of HIV 2006-2010*, Consejo Nacional sobre el SIDA, Harare, 2005, pág. 8.
- 35 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008*, ONUSIDA, Ginebra, agosto de 2008, págs. 217, 229-231.
- 36 Análisis basado en datos del informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia *Report on Results: Biological and Behavioural Survey among Injecting Drug Users – Bosnia and Herzegovina*, 2007, UNICEF, 2007, pág. 45.
- 37 Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional, 'Regional Analysis Report 2007' (documento interno).
- 38 Galárraga, Omar, et al., *Educación Sexual para la Prevención del VIH en Latinoamérica y el Caribe: Diagnóstico regional*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, julio de 2008.
- 39 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008*, ONUSIDA, Ginebra, agosto de 2008, pág. 218.
- 40 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progress Report for Children Affected by HIV/AIDS*, UNICEF, Nueva York, junio de 2008, pág. 48.
- 41 Gulaid, Laurie A., para el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Planes Nacionales de Acción, 'National Responses for Children Affected by AIDS: Review of progress and lessons learned' (borrador final), 8 de mayo de 2008, págs. 6-8.
- 42 Ministerio de Servicio Público, Trabajo y Bienestar Social de Zimbabwe, Consejo Nacional sobre el SIDA y UNICEF, *A Partnership Making a Difference: Zimbabwe's Programme of Support to the National Plan of Action for Orphans and Other Vulnerable Children*, Harare, abril de 2008, págs. 13, 25.
- 43 UNICEF y Futures Institute, 'Identifying Measures of Vulnerability for Children Less than 18 Years Old' (borrador), 12 de agosto de 2008, pág. 5.
- 44 Ministerio de Servicio Público, Trabajo y Bienestar Social de Zimbabwe, Consejo Nacional sobre el SIDA y UNICEF, *A Partnership Making a Difference: Zimbabwe's Programme of Support to the National Plan of Action for Orphans and Other Vulnerable Children*, Harare, abril de 2008, pág. 7.
- 45 The Church Alliance for Orphans, *CAFO Annual Report: October 2007-June 2008*, CAFO, Katutura, Namibia, pág. 17.
- 46 Plank, David, 'School Fees and Education for All: Is abolition the answer?' (documento de trabajo), EQUIP2 (Academia para el Desarrollo de la Educación) y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Washington, D.C., 2007, pág. 2.
- 47 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progress Report for Children Affected by HIV/AIDS* (borrador), UNICEF, Nueva York, junio de 2008, pág. 6.



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.org

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

Fondo de Población de las Naciones Unidas
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
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