

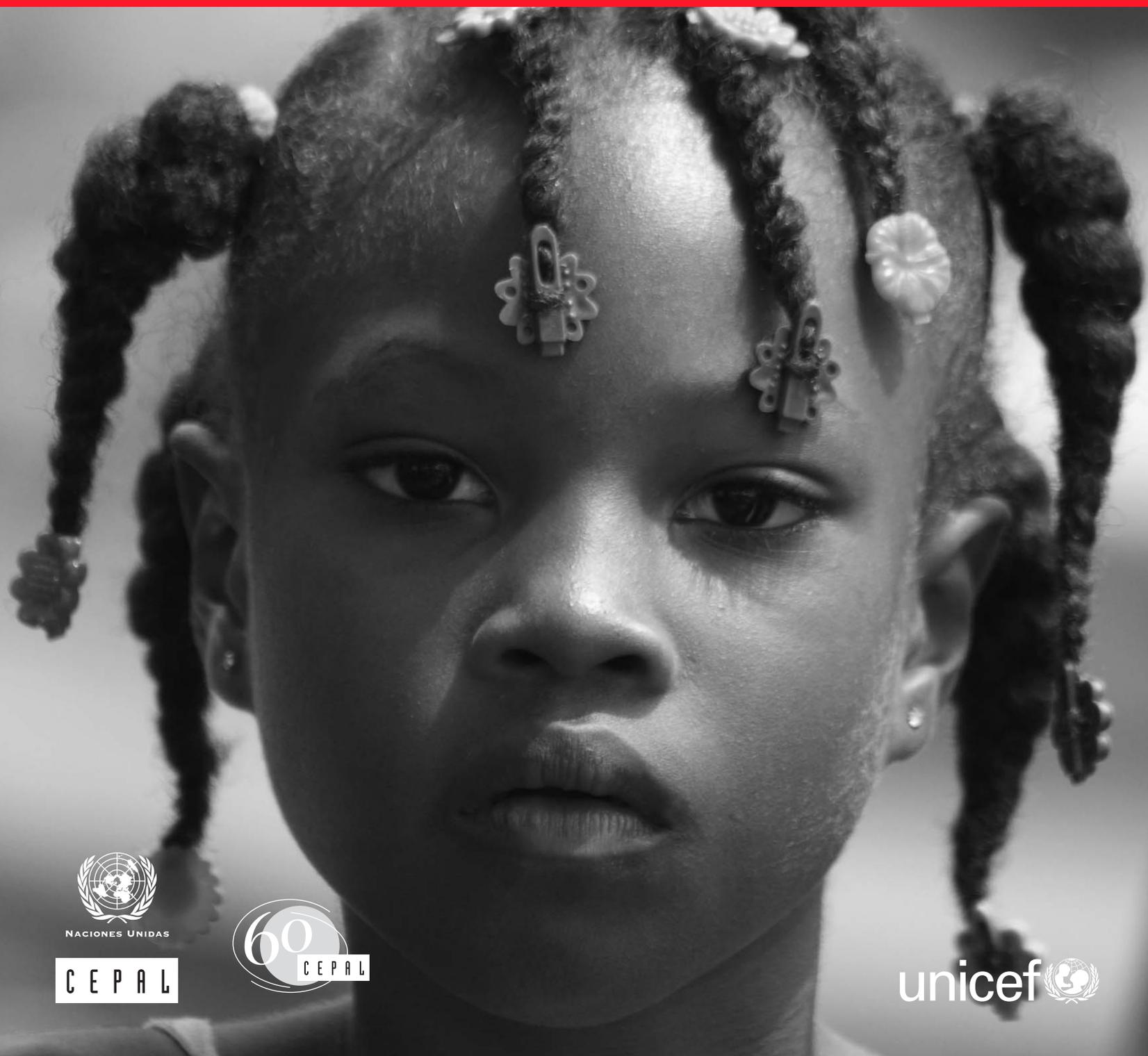
desafíos

Número 7, julio de 2008

ISSN 1816-7527

Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio

>> La niñez y el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe



NACIONES UNIDAS

CEPAL



unicef 



Niños y niñas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe

En 2007, a nivel mundial, el 17% de las nuevas infecciones por VIH afectaron a niños menores de 15 años, lo que representa 2,1 millones de los estimados 33,2 millones de personas afectadas. En América Latina unos 44 mil 300 menores de 15 años tienen el VIH, y en el Caribe se calcula que 11 mil. Al inicio de la epidemia hace un cuarto de siglo, nadie podía prever que el porcentaje de niños afectados fuera a aumentar tanto respecto del total de personas con VIH. Es imperativo examinar cómo esta pandemia está afectando a la población infantil en América Latina y el Caribe para formular programas de protección de este grupo vulnerable, prevenir infecciones adicionales y mitigar su impacto. Bajo este predicamento, el número 7 de Desafíos se consagra a la información más reciente acerca de la transmisión vertical (madre a hijo) del VIH en América Latina y el Caribe y de cómo los niños están accediendo al tratamiento salvador de vidas en la región.

El hecho de que un número cada vez mayor de niños y niñas nacen con el VIH evidencia el fracaso de los esfuerzos por prevenir la transmisión vertical, que ocurre cuando una mujer embarazada con VIH transmite el virus a su bebé durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. Si bien en la región se ha logrado algún progreso en el cuidado y tratamiento de adultos, no sucede así con los niños y niñas. En este contexto, en el artículo principal se examina el avance logrado y por lograr para asegurar el diagnóstico oportuno tanto en madres embarazadas como en la primera infancia.

Como en números anteriores, ofrecemos una sección en la que adolescentes y jóvenes, así como expertos en políticas, expresan sus opiniones acerca del tema central, su impacto y los enfoques para la prevención en los niños y niñas. También hacemos breve referencia a eventos recientes y documentos clave en esta materia.

COMITÉ EDITOR



02 editorial

Niños y niñas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe

03 agenda

El semestre en la región

La voz de los niños, niñas y adolescentes

Enfrentar el impacto del VIH/SIDA: actitudes y lecciones de vida

04 Análisis e investigaciones

La niñez y el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe

© UNICEF TACRO / Gonzalo Bell



10 Puntos de vista

SIDA: Se requieren con urgencia estrategias dirigidas a las necesidades especiales de los niños y niñas

11 Aprendiendo de la experiencia

La respuesta al SIDA en la Amazonía peruana

© UNICEF TACRO / Marti Ostrander



12 ¿Sabía usted...?

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),
Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNICEF TACRO)

Comité editor:
CEPAL: Martín Hopenhayn + Sonia Montaña + Jorge Rodríguez
UNICEF: Jean Gough + Susana Sottoli + Egidio Crotti

Coordinación general:
María Rebeca Yáñez

Colaboradores:
Matilde Pinto, OPS/OMS +
Francisca Palma + Anna Berardi, UNICEF

Diseño y diagramación:
Paulo Saavedra + Rodrigo Saavedra

Desafíos
Número 7, julio de 2008
ISSN versión impresa 1816-7527
ISSN versión electrónica 1816-7535

Fotografía de portada: © UNICEF/ Panamá/Gonzalo Bell

© Naciones Unidas, julio de 2008
Todos los derechos reservados

Contacto:
desafios@cepal.org, desafios@unicef.org

El semestre en la región

>> Reunión de alto nivel sobre SIDA 2008, 10-11 de junio de 2008, Nueva York

Celebrado en sede de las Naciones Unidas para repasar el progreso alcanzado en la implementación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y la Declaración Política respecto del VIH/SIDA de 2006. El Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, presentó un informe comprehensivo y analítico basado en informes nacionales para consideración por parte de los Estados Miembros. <http://www.unaids.org/es/Conferences/2008HLM/default.asp>

>> Reunión de la Coalición de Primeras Damas y Mujeres Líderes de América Latina sobre las Mujeres y el SIDA, 2 de agosto de 2008, México, México D.F.

Con la Primera Dama de México como anfitriona, esta reunión reunirá a Primeras Damas y mujeres líderes para discutir maneras de avanzar en la respuesta al SIDA, particularmente con respecto a: (a) la feminización de la epidemia de VIH en las Américas; (b) la ampliación de los esfuerzos para prevenir la transmisión de madre a hijo; y (c) la habilitación de mujeres jóvenes.

http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080328_coalition_first_ladies_IV_meeting.asp

>> XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, 3-8 de agosto de 2008, México, México D.F.

Esta Conferencia es la reunión más importante para la divulgación y discusión de novedades científicas, programáticas y políticas en la respuesta mundial al VIH/SIDA. En su tema: "Acción universal ¡ya!", se resalta la urgente necesidad de hacer esfuerzos continuados en la respuesta mundial al VIH/SIDA, y de acción por parte de todos los interesados.

<http://www.aids2008.org/es>

Documentos destacados

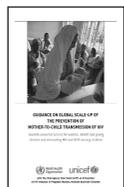
>> ONUSIDA, UNICEF, OMS, 2008



La infancia y el SIDA: Segundo inventario de la situación - medidas y progresos

http://www.unicef.org/spanish/publications/files/La_infancia_y_el_SIDA_Segundo_inventario_de_la_situacion.pdf

>> OMS, 2007



Guidance on Global Scale-up of the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children/Inter-Agency Task Team on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children

http://www.who.int/hiv/mtct/PMTCT_enWEBNov26.pdf

>> OPS/OMS, 2007



Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal. Recomendaciones para un enfoque de salud pública

http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/Guia_Adultos_Final_editada.pdf

>> UNICEF, ONUSIDA, 2004



Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA

http://www.unicef.org/spanish/aids/files/Framework_Spanish.pdf

Enfrentar el impacto del VIH: actitudes y lecciones de vida

- Los siguientes testimonios fueron tomados de *Ynisquieralloré*, un libro en que se recogen las historias y los testimonios de niñas y mujeres jóvenes con VIH en América Latina y el Caribe.¹



© UNICEF TACRO / Gonzalo Bell

Quiero enviar un mensaje a todos los niños y toda la gente, para decirles que no discriminen contra los niños y niñas con VIH, porque se sienten realmente mal, porque tienen la misma alma y el mismo corazón, y todos somos criaturas de Dios. Todos deben saber cómo cuidar(se), cómo proteger(se). La gente no tiene que tener miedo de las personas con VIH, porque el virus vive dentro de nosotros y no por fuera.

Keren, Honduras, 12 años

Hay una cosa que tienen que cambiar. Muchas personas con el VIH saben cómo se transmite, cómo no se transmite, pero dicen la palabra equivocada: "Oh, me he contagiado; oh, estoy enferma". Si digo que estoy enferma, muchas personas que no están en una situación como la mía me van a señalar y decir: "Ella está enferma". Pero solo tenemos una situación diferente y yo me siento igual que cualquiera otra niña adolescente.

Morena, Panamá, 14 años

Todos tienen derecho a una vida sexual. Pero una persona que tiene el VIH no puede decir: "Simplemente no le diré a mi pareja". Uno tiene que pensar en la otra persona, hablar acerca de las enfermedades de transmisión sexual. Muchos jóvenes creen que al pararse al lado de alguien uno puede contagiarse del VIH. En la escuela yo no dije nada a nadie, y la gente decía: "Yo no conozco a nadie que tenga VIH/SIDA", y yo estaba sentada justo al lado de ellos.

Ouka, Colombia, 18 años

¹ Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH/SIDA (ICW Latina). *Ynisquieralloré*. UNICEF, 2007.

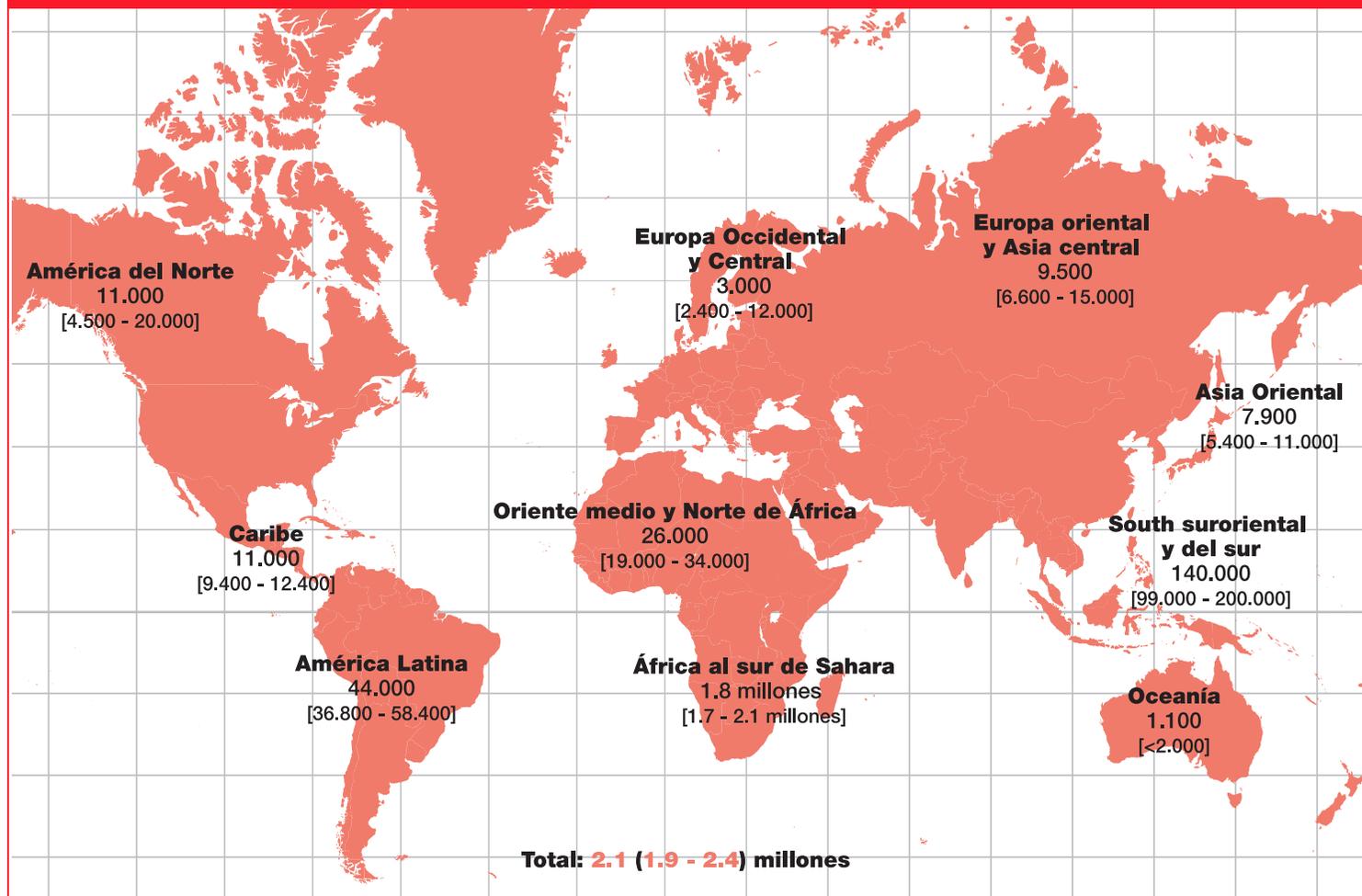


© UNICEF TACRO / Gonzalo Bell

La niñez y el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe

Vivian López, Especialista Senior en VIH/SIDA, UNICEF TACRO y
Mónica Alonso, Oficial Profesional Asociada para VIH, OPS/OMS

GRÁFICO 1
NIÑOS Y NIÑAS (MENORES DE 15 AÑOS) QUE SE CALCULA VIVEN CON EL VIH, 2007



Fuente: OMS/ONUSIDA, 2007.

1. La prevención de la transmisión vertical: la situación y las urgencias

La infección con el VIH sigue siendo una de las epidemias más devastadoras de la historia, afectando de manera desproporcionada a los más vulnerables, incluidos mujeres y niños. En 2007, a nivel mundial, los niños y niñas menores de 15 años de edad constituyeron el 17% de las nuevas infecciones, lo que representa 2,1 millones de la cifra proyectada de 33,2 millones de personas que viven con el VIH.

Se calcula que en América Latina y el Caribe 1,9 millones de personas vivían con el VIH en 2007; de estas, 55 mil 104 eran menores de 15 años. Con una prevalencia promedio de VIH de 1%, el Caribe sigue siendo la región que registra la segunda prevalencia más alta después de África al sur del Sahara, con una cifra proyectada de un cuarto de millón de personas infectadas. En 2007, 108 mil 550 personas en América Latina y 20 mil 247 en el Caribe sufrieron nuevas infecciones por el VIH.

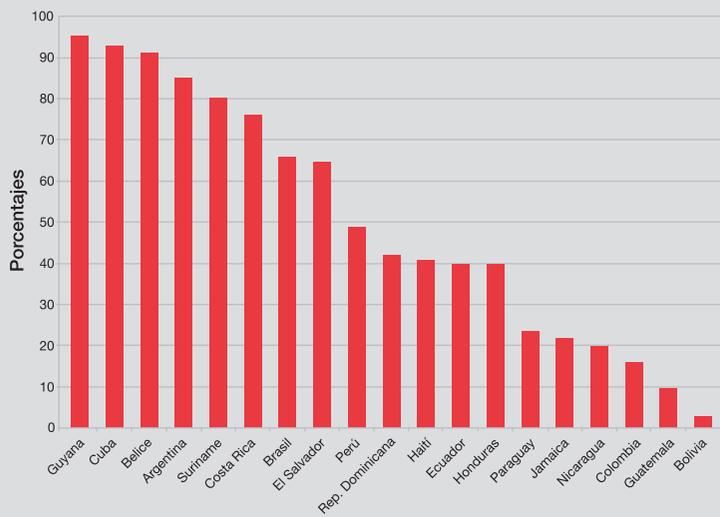
Al inicio de la epidemia, pocos habrían predicho que los niños y jóvenes constituirían el grupo más afectado. Los jóvenes ya representan 420 mil infecciones en América Latina y el Caribe, y contraen el virus principalmente por actividad sexual sin protección. Múltiples factores aumentan su vulnerabilidad, incluida la carencia de información, habilidades, servicios y productos. Más allá de su

propia infección, niños y adolescentes son afectados debido a la enfermedad y muerte de sus progenitores y cuidadores. Además de aquellos dejados huérfanos por el sida, en la región muchos niños y niñas viven con progenitores crónicamente enfermos, y sufren discriminación y aislamiento.

La falta de prevención de la transmisión vertical del VIH acrecienta el número de niños y niñas que entran al mundo con VIH, siendo causa importante de la morbilidad y mortalidad entre los pequeños, especialmente en los países en desarrollo. A nivel regional, la gran mayoría de los niños y niñas fueron infectados mediante la transmisión de madre a hijo, que ocurre cuando una embarazada seropositiva transmite el virus a su bebé durante el embarazo, parto, alumbramiento o amamantamiento. Los niños también pueden contraer el virus por la transfusión de sangre contaminada, los productos sanguíneos, y las agujas y jeringas contaminadas, así como por el abuso sexual.

En ausencia de intervenciones, el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo es aproximadamente de 15% a 30% si la madre no amamanta al niño y puede aumentar hasta a 30%-45% con la lactancia prolongada. Sin embargo, dicho riesgo puede reducirse a menos del 2% con intervenciones económicas y efectivas como la administración de profilaxis antirretroviral a la mujer durante el embarazo y parto, y al bebé poco después del nacimiento, junto con

GRÁFICO 2
PORCENTAJE PROYECTADO DE MUJERES EMBARAZADAS
SOMETIDAS A PRUEBA DE VIH EN PAÍSES SELECCIONADOS
DE LAS AMÉRICAS, 2007



Fuente: WHO/UNAIDS/UNICEF. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008. Ginebra, 2008.

prácticas de parto seguras, consejería y alimentación sustitutiva. Hasta la fecha, en América Latina y el Caribe, solo a la mitad de las embarazadas se les ofrece y realiza la prueba de VIH, y a menos del 36% de aquellas infectadas se les provee servicios para prevenir la transmisión vertical, lo que redundó en 6 mil 363 nuevos niños y niñas infectados en 2007.

En países desarrollados, el tratamiento antirretroviral ha convertido la infección por el VIH en niños en una enfermedad crónica, con una duración de vida prolongada y de buena calidad. Sin tratamiento, alrededor de un tercio de los niños y niñas que adquieren el VIH de sus madres mueren en su primer año de vida, y el 50% fallece antes de cumplir el segundo año. Como muchos niños y niñas de América Latina y el Caribe carecen aún de acceso a terapia antirretroviral (ART), solo en 2007 murieron 4 mil 319 niños menores de 15 años a causa de enfermedades relacionadas con el sida. A nivel mundial, son escasos los datos de diagnóstico en la infancia temprana, y entre aquellos países que sí informan al respecto, solo el 8% de los bebés nacidos de madres con VIH han sido evaluados con pruebas virológicas a los primeros dos meses del nacimiento.

Aunque en la región ha habido grandes avances en la ampliación de la atención y el tratamiento para adultos –el 64% de los adultos de América Latina necesitados de tratamiento recibieron ART en 2007–, los niños siguen rezagados en el acceso al tratamiento y atención, aun cuando el VIH avanza más rápida y agresivamente en ellos.

En resumen, en América Latina y el Caribe, el progreso en materia de prevención y diagnóstico del VIH en los niños sigue siendo insatisfactorio. Este es uno de los aspectos trágicos de la pandemia en la región: los medios para atenuar el impacto del VIH en niños y niñas existen, pero la voluntad política y el liderazgo para protegerlos y apoyarlos siguen siendo insuficientes.

En algunos estudios se documenta la aceptación casi universal de pruebas de VIH entre las embarazadas que reciben prevención para la transmisión vertical del VIH, observándose que ellas desean y

necesitan este puente hacia servicios de prevención y tratamiento. Por otra parte, es crucial diagnosticar el VIH en bebés tan pronto como sea posible, ya que el tratamiento temprano puede mejorar significativamente las tasas de supervivencia. Sin embargo, el diagnóstico en menores de 18 meses es difícil y en algunos casos casi imposible, debido a la falta de equipos de prueba de VIH apropiados.

Mediante las pruebas de anticuerpos, la infección se puede identificar de manera confiable en niños entre 15 y 18 meses de edad. Como los bebés suelen tener anticuerpos maternos transferidos durante el embarazo, dando como resultado positivas falsas antes de los 15 meses de edad, se requieren pruebas virológicas para determinar con precisión si un bebé está infectado con el VIH en las primeras semanas de vida. Estas pruebas son más costosas –requieren laboratorios especializados y expertos técnicos. En países con un número limitado de laboratorios especializados, el empleo de manchas de sangre secas (DBS) permite recoger muestras en lugares remotos y la ampliación de las pruebas virológicas, facilitando así el diagnóstico temprano en bebés.

Una vez diagnosticados, los niños y niñas con VIH requieren acceso a ART, lo que presenta desafíos pues es difícil que los más pequeños puedan ingerir píldoras. Se necesitan formulaciones líquidas que a menudo requieren refrigeración. Más aún, muchos medicamentos en forma sólida no contienen las dosis apropiadas. Cuando estas formulaciones pediátricas no están disponibles, el tratamiento ha de administrarse por un proveedor capacitado que evite poner en riesgo la vida del niño, debido a toxicidad del medicamento o resistencia a este.

Con frecuencia, los progenitores y cuidadores son responsables del tratamiento de los niños y su cumplimiento plantea muchos desafíos a menudo complicados por problemas económicos o de salud familiar. En algunos estudios se indica que el cumplimiento es un problema grave –solo en el 20%-25% se cumple apropiadamente el régimen de tratamiento. Estas bajas tasas obedecen a diversas razones: medicamentos de sabor amargo y desagradables para el niño; la falta de una ingesta nutricional adecuada que afecta la absorción del medicamento (los cuidadores deben asegurar una dieta apropiada); dificultades en la programación de la dosificación cuando el niño entra a la escuela o guardería. Más aún, la dosificación puede alterarse si el cuidador no divulga la situación del niño con respecto al VIH.

Si se administra de manera apropiada, la terapia antirretroviral es extremadamente efectiva en niños y niñas, aun en países de ingreso bajo y medio. En estudios científicos, como también en programas, se han informado tasas de supervivencia de más del 80%.

Además de la terapia antirretroviral, la prevención y tratamiento temprano de infecciones oportunistas son el eje del manejo médico en niños y niñas. El Cotrimoxazol es un antibiótico económico, seguro y efectivo contra una amplia gama de organismos, incluido el *Pneumocystis jiroveci pneumonia*, causa importante de muerte y enfermedad en el primer año de vida. Aunque este enfoque preventivo existe en muchos países, datos limitados sugieren que su implementación es pobre (menos del 4%).

2. El progreso actual y el trabajo pendiente

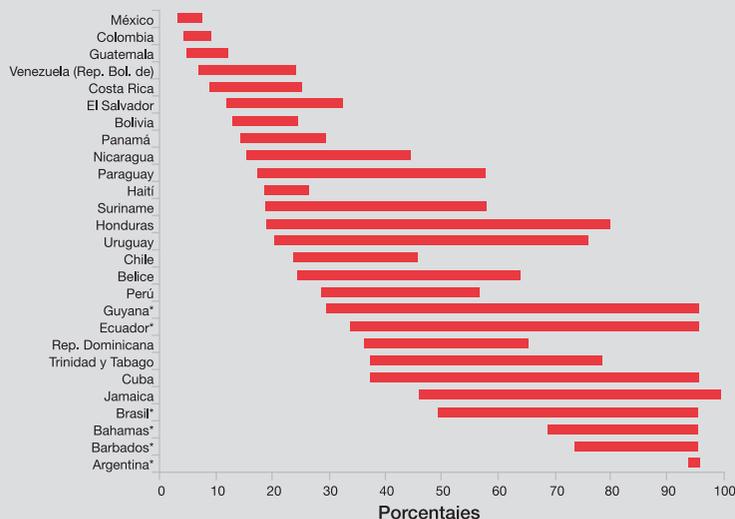
Desde que apareció la terapia antirretroviral de alta actividad (HAART) para el tratamiento del VIH, su distribución en la región latinoamericana ha sido notable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales de 2007, aproximadamente el 64%



La estigmatización y discriminación de los niños y adultos afectados por el VIH siguen siendo obstáculos importantes y deben ser abordadas en todos los aspectos de la respuesta a la epidemia

© UNICEF / Belice / César Villar

GRÁFICO 3
RANGO PORCENTUAL PROYECTADO DE MUJERES EMBARAZADAS INFECTADAS CON EL VIH QUE RECIBIERON ARV PARA LA PMTCT a/



Fuente: WHO/UNAIDS/UNICEF. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008. Ginebra, 2008.

a/ Prevención de la transmisión madre-hijo del VIH.

* El estimativo superior es >95%.

(51%-73%) de quienes necesitaban medicamentos antirretrovirales (ARV) en los países de Sud y Centroamérica (excluidos Guyana y Suriname) los recibían. Este es un logro importante comparado con el nivel mundial en países de ingreso bajo y medio, en que el 31% de aquellos que necesitaron tratamiento lo recibieron.

Hoy día, en muchos países de ingreso bajo y medio en América Latina y el Caribe se están ampliando los programas nacionales de prevención de la transmisión vertical del VIH y en muchos se ha avanzado sustancialmente. En Jamaica, el 90% de las embarazadas que acuden a atención prenatal (APN) estatal se someten a pruebas de VIH (siete veces más desde 2002). En Trinidad y Tabago, el 95% de las embarazadas que acudieron a APN estatal se sometieron a pruebas de VIH en 2005. En Cuba, todas las embarazadas se someten a pruebas de VIH, informándose solo 28 casos de transmisión de madre a hijo hasta la fecha.

Sin embargo, en la región el progreso aún es insuficiente. La proporción de embarazadas seropositivas que recibían ARV para la prevención de la transmisión vertical del VIH aumentó de 26% (22%-31%) en 2004 a 36% (29%-43%) en 2007. Pese a ello, la región sigue lejos de la meta de 80% de cobertura fijada en 2001, y continúa rezagada en comparación con Europa central y oriental, donde las tasas de cobertura son de 71%.¹

¹ Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2001.



Dado que el VIH tiene efectos directos e indirectos en la supervivencia materna e infantil, es esencial integrar los servicios para la prevención de la transmisión vertical en los programas de salud materna, neonatal e infantil

También se ha progresado respecto del sida pediátrico. En 2007, una nueva combinación triple de antirretrovirales para niños fue aprobada por la United States Food and Drug Administration y el programa de precalificación de la OMS. Esto, conjuntamente con la reducción de los precios de los medicamentos, mayor consejería y mejor pronóstico de las necesidades de medicamentos ARV pediátricos, ha permitido a muchos acceder al suministro de ellos. En América Latina y el Caribe, 16 mil 571 niños y niñas con VIH recibieron tratamiento antirretroviral en 2007, comparado con 10 mil 628 en 2005 –un aumento de 56%.

3. Los componentes de respuesta requeridos

Sobre la base de los objetivos y metas descritos en los recuadros, las intervenciones destinadas a prevenir la transmisión vertical del VIH ofrecen oportunidades inmediatas para: (i) salvar vidas infantiles; (ii) reducir el impacto del VIH en las familias y comunidades; y (iii) fortalecer los servicios de salud materno-infantil. Estos programas también brindan un punto de acceso para que las mujeres reciban tratamiento de sus propias infecciones.

Declaración de compromiso en la lucha Contra el VIH/SIDA, 2001

Durante el Período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA, celebrado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 2001, los gobiernos de la región se comprometieron a modificar significativamente la situación de los niños y niñas en relación con el VIH, al adoptar una Declaración de compromiso en que se especificaban objetivos y metas limitados en el tiempo para medir el progreso y asegurar la rendición de cuentas. En la Declaración, los gobiernos determinaron que, juntos con aliados, reducirían la proporción de bebés infectados en 20% para 2005, y en 50% para 2010.

Fuente: http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf & <http://www.un.org/millenniumgoals/>

Agenda de salud para las Américas: 2008–2017

En junio de 2007, los Ministros de Salud de todas las naciones latinoamericanas emitieron esta Agenda, donde también se declara que a las mujeres embarazadas infectadas con el VIH se les debe proporcionar condiciones de parto acordes con los protocolos establecidos para minimizar la probabilidad de transmisión del virus al recién nacido, a quien también se le debe garantizar un sustituto de la leche materna para los primeros seis meses de vida. A la región se le deben exigir cuentas para lograr las metas antes definidas mediante la ampliación masiva de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo Plus; la drástica reducción del número de niños y niñas nacidos con y que viven con el VIH; y mediante el diagnóstico temprano y tratamiento para mejorar sus posibilidades de supervivencia a largo plazo.

Fuente: http://www.ops-oms.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf

En 2003, se divulgó una estrategia que comprende cuatro elementos para prevenir el VIH entre los bebés y niños pequeños.

- El primer componente –prevención primaria de la infección por el VIH entre mujeres y niñas– promueve la prestación de intervenciones dentro de servicios de salud reproductiva y sexual, como la atención prenatal, atención posparto/posnatal y otros puntos de prestación de servicios de salud y VIH, incluido el trabajo con estructuras comunitarias.
- El segundo componente –prevención de embarazos imprevistos entre mujeres con VIH y todas las mujeres en riesgo– subraya la importancia de prestar consejería y apoyo a estas mujeres, a fin de permitirles tomar decisiones informadas acerca de su vida reproductiva futura.
- El tercer componente –prevención de la transmisión entre mujeres embarazadas con VIH y sus bebés– enfatiza el suministro de medicamentos antirretrovirales preventivos para la madre y el recién nacido. Las mujeres con VIH también deben evitar la lactancia materna.² Además, las cesáreas electivas en mujeres seropositivas pueden reducir el riesgo de transmisión de manera efectiva, al limitar el contacto con la sangre, secreciones o ambas de la madre durante el parto y alumbramiento.
- Finalmente, el cuarto componente –prestación de atención, tratamiento y apoyo para las mujeres con VIH y sus familias– requiere una mejor integración de la atención, tratamiento y apoyo de las mujeres que resultan ser seropositivas y sus familias.

La ampliación del tratamiento para niños y niñas con VIH en países en desarrollo es una meta alcanzable. Con este fin, en primer lugar deben ser identificados los niños que lo necesitan. Dado que dicho tratamiento a menudo se presta en una clínica diferente de aquella en que la madre recibió la atención prenatal o tuvo el parto, los niños y niñas expuestos al VIH suelen pasar desapercibidos cuando se presentan para atención temprana, tal como para su primera serie de inmunizaciones. Para corregir esta omisión, varios países han comenzado a documentar la situación de la madre con respecto al VIH en la tarjeta de salud del niño. Este proceso permite identificar con más facilidad a los niños y niñas que necesitan atención y apoyo adicional para el VIH.

También está aumentando el acceso a pruebas virológicas mediante manchas de sangre secas en papel filtrante (DBS) para transportar muestras desde puntos de atención remotos, sin acceso a laboratorios. Vincular los programas de prevención de la transmisión vertical y tratamiento del VIH mediante enfoques centrados en la familia y equipo de atención en salud primaria, también contribuye a optimizar la identificación de más niños que necesitan atención del VIH.

2 Si la alimentación con sucedáneos no es una opción aceptable, económicamente asequible, factible, segura o sostenible, se recomienda que la madre amamante a su hijo solo por seis meses.

En otras estrategias se incluyen: pruebas de VIH durante el parto y alumbramiento, como parte rutinaria de los servicios de prevención de la transmisión vertical; capacitación de médicos y enfermeras en el empleo de los “árboles de decisión” que ayudan a evaluar si se puede iniciar ART de manera segura sobre la base de señales clínicas en ausencia de pruebas diagnósticas; y la integración de servicios pre y postparto con la atención pediátrica en centros de salud materno-infantiles.

Para aumentar de manera efectiva los programas de diagnóstico temprano en América Latina y el Caribe, los países necesitan asignar recursos que aseguren una amplia disponibilidad de pruebas virales y nuevas capacidades de pruebas diagnósticas, mejorando la supervivencia a largo plazo de los niños con VIH.

La consejería y apoyo de VIH para niños y niñas, sus progenitores y sus familias también es esencial, y puede mejorar considerablemente su calidad de vida. Esto también es importante para ayudar a la familia en el manejo práctico de la infección y mejorar su cumplimiento. Se debe emplear un enfoque multidisciplinario que permita asegurar el apoyo de la comunidad, de los trabajadores sociales y de los consejeros. También se debe prestar apoyo nutricional, pues en los estudios resalta que los niños con el VIH que están bien nutridos tienden a tener menos infecciones. Por sobre todo, los niños se deben involucrar activamente en su propio cuidado en cuanto vayan creciendo.

4. Asequibilidad económica

Tres factores clave afectan la asequibilidad económica de las intervenciones relacionadas con la prevención y el tratamiento: (i) el costo de los medicamentos, (ii) el costo de las alternativas seguras a la lactancia materna, y (iii) el costo de las pruebas de VIH.

La infección por el VIH progresa de manera más agresiva en los bebés que en los adultos, por lo que el diagnóstico y tratamiento tempranos son clave para mejorar las tasas de supervivencia de niños y niñas



En países con sistemas de salud que funcionan bien, los costos adicionales de prestación de los servicios para prevenir la transmisión vertical del VIH son marginales y tienen un alto retorno en términos de evitar costos financieros futuros al sistema de salud y costos económicos para la sociedad, si se presta atención apropiada al niño o niña con VIH.

Afortunadamente, en los últimos años se ha visto un cambio de paradigma en la cantidad de recursos gastados en el VIH/sida, que ONUSIDA calcula en más de 10 mil millones de dólares en 2007. Pero determinar qué parte de estos fondos fue asignada a los niños ha resultado un ejercicio complejo, ya que la mayoría de las agencias/mecanismos de financiación y gobiernos no tienen un presupuesto dedicado a los niños, ni exigen que los recursos sean rastreados por edad o género.

Un segundo desafío relacionado con los recursos es asegurar “que el dinero trabaje”, y que los fondos lleguen a las familias, comunidades y grupos de la sociedad civil que prestan servicios para los niños. Esto no significa simplemente hacer más de lo

mismo, sino más bien hacerlo con un aumento incremental en escala. Implica movilizar suficientes recursos para hacer y financiar un cambio de paradigma en la respuesta programática para los niños y niñas afectados por el VIH.

Además, es necesario que los gobiernos eliminen las barreras impuestas por precios, aranceles comerciales y regulaciones, y fomenten la investigación y el desarrollo para acelerar el acceso a medicamentos para el VIH y diagnósticos de calidad asequibles. Las flexibilidades en los acuerdos internacionales podrían servir para asegurar un suministro sostenible de medicinas y tecnologías médicas, incluso mediante el inicio de producción local.

Muchos de los recursos requeridos para lograr el acceso universal a la prevención y tratamiento se pueden encontrar en la región misma. Sin embargo, la acción acelerada que se requiere a corto plazo se beneficiaría de un esfuerzo concertado en apoyo de la región y de parte de la comunidad internacional. Esto permitiría a los países incrementar el acceso a recursos financieros predecibles y a largo plazo en la construcción de capacidad institucional, así como mejorar la continuidad de las intervenciones que son cruciales para abordar de manera efectiva el impacto del VIH en niños y niñas.

5. Conclusiones

Los niños y niñas de hoy no conocen un mundo libre del sida. El progreso en la respuesta a la pandemia en la región es alentador, pero insuficiente. Se puede encarar el desafío y aumentar considerablemente el acceso a la ART para los niños y lograr el acceso universal. En América Latina y el Caribe ya se ha desmentido la teoría de que tratar a niños y niñas con VIH es demasiado difícil o ineficaz en entornos con recursos limitados. La

región puede ayudar a prevenir muchas más muertes relacionadas con el VIH, asegurando mayor conocimiento y diagnóstico temprano, y mediante el correcto manejo de las enfermedades infantiles comunes.

Se ha construido un sólido cimiento en la Declaración de compromiso, incluida la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, para proveer financiamiento a los países de ingresos bajo y medio. También han sido asignados recursos locales y nacionales para apoyar las respuestas a la epidemia en la región. Se han reducido los precios de los medicamentos para el sida y la campaña *Únete por la niñez, únete con la juventud, únete para vencer al SIDA* está asegurando que niños y niñas ocupen un lugar central en la agenda del sida.

Con este cimiento, América Latina y el Caribe se puede convertir en la primera región del mundo en desarrollo en alcanzar el acceso universal al tratamiento del VIH para los niños y niñas y la eliminación de la transmisión vertical del VIH, logrando así una nueva generación libre del flagelo.



Patricia Pérez

Secretaria de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH/SIDA (ICW Latina)¹ y candidata al Premio Nobel de la Paz 2007

A nivel mundial, uno de cada 10 niños y niñas con VIH tiene acceso al tratamiento antirretroviral. Por lo tanto, es imperativo que los niños y adolescentes con VIH tengan acceso a la terapia antirretroviral. Estos medicamentos ayudan a prevenir la nueva infección en los recién nacidos y permiten a los niños y adolescentes vivir una vida saludable: asistir a la escuela, liberarse de infecciones oportunistas y soñar con su futuro.

La gran mayoría de los niños y niñas con VIH no tienen todavía la oportunidad de acceder al tratamiento. Necesitamos asegurar que las iniciativas contra el sida pediátrico desempeñen un papel central en las agendas políticas, y que el sector de la salud aumente los esfuerzos por apoyar y educar a quienes sí tienen acceso al tratamiento, enfatizando la importancia del cumplimiento con los medicamentos y exámenes regulares. También necesitamos sensibilizar a los adultos que cuidan a niños con VIH, para que comprendan lo crucial de su apoyo en cuanto a asegurar el cumplimiento del tratamiento por parte del niño; y, finalmente, debemos abogar por más investigación y desarrollo acelerado para producir tratamiento antirretroviral apropiado para los niños y niñas pequeños con VIH.

SIDA: Se requieren con urgencia estrategias dirigidas a las necesidades especiales de los niños y niñas



John Pape

Fundador de GHESKIO,² Profesor de Medicina en la División de Medicina Internacional y Enfermedades Infecciosas de la Weill Cornell University

El SIDA es una causa primaria de muerte entre adolescentes y jóvenes de 13 a 25 años de edad en los países africanos y caribeños que tienen epidemias generalizadas de VIH-1. En Haití, las tres cuartas partes de nuestros pacientes jóvenes tuvieron relaciones sexuales sin protección, y un tercio de las mujeres jóvenes están embarazadas. La mayoría de los centros de salud envían a los pacientes de 13 a 25 años a clínicas pediátricas o para adultos, sin reconocer las necesidades especiales de esta población. Se requieren intervenciones dirigidas a

los adolescentes y jóvenes infectados con el VIH.

Sobre la base de los resultados de un estudio acerca del efecto de la terapia antirretroviral (ARV) en una persona de 13 a 25 años de edad, con el apoyo de UNICEF se abrió en Puerto Príncipe una clínica de VIH para adolescentes. La clínica presta servicios integrados de atención primaria y consejería en cumplimiento intensivo y sexo seguro. Los conteos de células CD4 T y el monitoreo del cumplimiento farmacéutico nos permiten enfocar consejería adicional en los adolescentes que muestran señales de fracaso del tratamiento.

A los pacientes se les suministran tarjetas de llamada para que puedan llamar sin costo a la clínica para hacer preguntas. Se realizan reuniones de grupos de consejería entre pares para discutir estrategias de cumplimiento. Se emplea un enfoque multidisciplinario: apoyo nutricional, tratamiento de tuberculosis y servicios de salud reproductiva, todos disponibles en la clínica para adolescentes. Muchos de nuestros adolescentes y jóvenes son huérfanos y sufren depresión y abuso físico y sexual. Por lo tanto, hemos incorporado servicios de apoyo psicológico y social en nuestra clínica para adolescentes.

¹ La ICW fue fundada en julio de 1992 en respuesta a la grave falta de apoyo, información y servicios disponibles para las mujeres con VIH a nivel mundial, y a la necesidad de estas mujeres de tener influencia y aportar al desarrollo de políticas. <http://www.icw.org>

² El Grupo Haitiano de Estudio del Sarcoma de Karposi y las Infecciones Oportunistas (GHESKIO: Groupe Haitien d'Étude du Sarcome de Karposi et des infections Opportunistes) fue creado en mayo de 1982. Es un centro de referencia para importantes problemas de salud existentes en Haití, y trabaja para apoyar al Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP). <http://www.haitimedical.com/gheskio>

La respuesta al SIDA en la Amazonía peruana

Con una prevalencia calculada de VIH/SIDA de 0,6%, la epidemia de VIH en Perú afecta primariamente a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a las trabajadoras sexuales comerciales heterosexuales. Se concentra en la capital, Lima, y en tres departamentos rurales (Loreto, Ica y Ucayali).

La mayoría de la población indígena de Perú vive en Loreto, la región amazónica con la segunda tasa más alta de infección con el VIH después de Lima. En 2005, la American Society of Tropical Medicine and Hygiene realizó un estudio seroepidemiológico de salud pública acerca de la prevalencia del VIH y de la sífilis en Chayahuita, una comunidad indígena en Loreto en cuyos grupos étnicos se incluyen aborígenes amazónicos, la mayoría de los cuales están casados o viven en unión libre. En los comportamientos de riesgo identificados en el estudio se incluyen la iniciación temprana en la actividad sexual y la poligamia masculina. Un gran porcentaje de la población masculina joven participaba en sexo entre hombres (44,1%) e informaba altas tasas de sexo sin protección.

A la luz de estos resultados, el Ministerio de Salud de Perú, asociado con organizaciones internacionales como UNICEF y Partners in Health y con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, fortaleció la respuesta nacional a la epidemia en Loreto, comprometiéndose a ampliar los servicios de salud en muchas de las áreas indígenas de difícil acceso y a incorporar la prueba de VIH en el programa de atención prenatal ofrecido a las mujeres embarazadas. El gobierno también creó una Mesa Técnica para la Prevención del VIH en Comunidades Indígenas en la Amazonía. El Ministerio de Salud, junto con aliados nacionales, inició un proyecto piloto para identificar actores clave, promotores de salud y agentes de cambio, así como educadores de pares para la prevención del VIH en Loreto.

Con la introducción de 95 mil pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH a nivel nacional, ha habido un aumento demostrable en el número de mujeres embarazadas que han recibido una prueba de VIH como parte de su programa de atención prenatal. El tamizaje por VIH en mujeres embarazadas aumentó de 31,3% en 2004 a 63% en 2006. El número de mujeres embarazadas seropositivas con acceso a servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo casi se duplicó, de 45% en 2005 a 82% a finales de 2006. La cobertura nacional global de servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo se incrementó de 13,4% en 2004 a 70% en 2006.

El espectacular aumento de la cobertura de prevención de la transmisión de madre a hijo evidencia que cuando las inversiones se dirigen con cuidado, hasta los



© UNICEF TACRO / Marti Ostrand

recursos limitados pueden producir un gran retorno. Por lo tanto, es imperativo seguir acrecentando la inversión tanto en la prevención como en los servicios de tratamiento del VIH en aquellas áreas indígenas y rurales particularmente vulnerables a una incidencia creciente del VIH, como es el caso de Loreto.

... que en América Latina y el Caribe, una cantidad estimada de 1,9 millones de personas vivían con el VIH/SIDA en 2007; y que de este total los niños y niñas menores de 15 años eran 55 mil 104?

... que en América Latina y el Caribe en 2007 unos 6 mil 363 niños y niñas fueron infectados con el VIH, y 4 mil 319 murieron a causa del SIDA?

... que la mayoría de los niños y niñas se infectan con el virus durante el embarazo y parto o durante la lactancia? ... que sin tratamiento alrededor del 50% de los bebés que adquieren el VIH de sus madres mueren antes de cumplir los dos años?

... que en 2007, en los países de ingresos bajo y medio de América Latina y el Caribe, solo el 36% de las mujeres embarazadas seropositivas recibieron antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI)?

... que entre 2005 y 2007 en América Latina y el Caribe hubo un aumento del 56% en el número de niños y niñas con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral (16 mil 571 en 2007, comparado con 10 mil 628 en 2005)?

Fuente: ONUSIDA, UNICEF, OMS, 2008, "La infancia y el SIDA: Segundo inventario de la situación – medidas y progresos".



NACIONES UNIDAS



Esta publicación también está disponible en inglés y en Internet, en las siguientes direcciones:
www.cepal.org/desafios y
www.unicef.org/desafios

El documento impreso se puede solicitar a:
publications@cepal.org y desafios@unicef.org

Unidad de Distribución de la CEPAL
Av. Dag Hammarskjöld 3477,
Vitacura, Santiago – Chile

UNICEF – Oficina Regional para
América Latina y el Caribe
Centro de Documentación
Ciudad del Saber, Edificio 131
Apartado 0843-03045
Panamá, República de Panamá

Impreso en Ciudad de México, D.F., México