

Niños al borde del abismo 2004

Un informe conjunto sobre nuevos cálculos en la cifra de huérfanos y un marco de acción



Julio de 2004



El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) colaboraron en la producción de la cuarta edición de *Niños al borde del abismo*. La tercera edición (2002) fue también producto de la colaboración entre ONUSIDA/UNICEF/USAID.

El informe fue editado y producido por el Population, Health and Nutrition Information Project bajo el contrato de USAID no. HRN-C-00-00-0004-00.

Este informe se puede obtener en www.unaids.org, www.unicef.org, y www.usaid.gov, o escribiendo a:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
3 United Nations Plaza
Nueva York, New York 10017, EEUU
E-mail: pubdoc@unicef.org

El uso de nombres de países, zonas y territorios en este informe no implica la aceptación por parte de todas las entidades que contribuyeron a su realización.

Fotos de la portada:

Un muchacho abraza a su abuela en Maseru, capital de Lesotho. Es uno de los tres nietos que están a cargo de la mujer después de la muerte de sus progenitores a causa del SIDA.

UNICEF/HQ02-0567/Giacomo Pirozzi

Una niña de 11 años de Tanzania sentada contra un árbol en un centro que proporciona asistencia y orientación a los niños y las niñas huérfanos por el SIDA y a personas seropositivas en Morogoro, a 229 kilómetros al oeste de Dar-es-Salaam. La niña vivía en las calles después de que sus progenitores murieran a causa del SIDA y ahora acude a una escuela primaria que forma parte del centro.

UNICEF/HQ00-0017/Giacomo Pirozzi

Un hombre seropositivo de 23 años sentado a la puerta de su casa junto a su mujer y a su hijo de 10 meses en Tailandia. Ni su mujer ni el hijo se han sometido a una prueba para detectar la enfermedad.

UNICEF/HQ97-0080/Jeremy Horner

Una mujer seropositiva, que sostiene en brazos a su hijo en el Hospital materno infantil de Recife, Brasil, lee un cartel donde se informa cómo se puede contraer el VIH/SIDA. El cartel termina con las palabras: "Siga vivo".

UNICEF/HQ00-0411/Alejandro Balaguer



Un niño huérfano de dos años de Tailandia se columpia en el jardín de la casa de su tía, en la provincia de Chiang Rai, donde vive ahora.

Índice

Introducción	3
Panorama general y tendencias importantes de la orfandad	7
Proteger los derechos y satisfacer las necesidades cambiantes de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables	13
Un marco de acción para la protección, atención y apoyo de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables que viven en un mundo con VIH y SIDA	21
APÉNDICES	
Apéndice 1: Tablas estadísticas	26
Apéndice 2: Métodos para calcular y proyectar las repercusiones del VIH/SIDA sobre el número de niños y niñas huérfanos	33
Apéndice 3: Supervisar y evaluar los indicadores	36
Apéndice 4: Principios para la formulación de programas	38
Apéndice 5: Medidas nacionales	40
Apéndice 6: Una selección de recursos	41

Introducción

En todo el mundo, el VIH/SIDA está considerado como una amenaza para los niños, las niñas y sus familias. El SIDA es la causa principal de mortalidad entre las personas de 15 a 49 años en todo el planeta. En 2003, 2,9 millones de personas (variación aproximada, de 2,6 a 3,3 millones) murieron de SIDA y 4,8 millones de personas (4,2 a 6,3 millones) contrajeron el VIH. Aunque la mayoría de los aproximadamente 37,8 millones de personas (34,6 a 42,3 millones) que viven con el VIH/SIDA en el mundo son adultos, los efectos devastadores de la pandemia sobre las familias y las comunidades afectan a los más vulnerables de todos: nuestros niños y niñas.

Millones de niños y de niñas han quedado huérfanos o son más vulnerables debido al VIH/SIDA. La región más afectada es África subsahariana, donde alrededor de 12,3 millones de niños y de niñas han quedado huérfanos debido al SIDA. Esta población de huérfanos¹ se incrementará en la próxima década a medida que los progenitores seropositivos se enfermen y mueran debido al SIDA. Mientras que en África subsahariana vive la mayor proporción de niños y niñas que han quedado huérfanos, el número absoluto de huérfanos es mucho mayor en Asia, donde en 2003 vivían 87,6 millones de huérfanos (debido a todas las causas), el doble de los 43,4 millones de huérfanos debido a todas las causas que viven en África subsahariana.



UNICEF/HO01-0183/Giacomo Pirozzi

En Botswana, un niño de 8 años sostiene a su hermano más pequeño en una guardería para niños y niñas huérfanos del poblado de Molepolole, a 50 kilómetros al oeste de Gaborone.

Tal como informamos en el informe *Niños al borde del abismo de 2002*, los datos en este informe vuelven a confirmar que:

- En África subsahariana vive la mayor proporción de niños y niñas que han quedado huérfanos.
- Aunque la proporción de huérfanos en Asia es mucho menor que en África subsahariana, el número absoluto de huérfanos en Asia es mucho mayor.
- El número de niños y niñas huérfanos debido al SIDA seguirá aumentando por lo menos durante la próxima década.

La orfandad no es la única forma en que un niño o una niña puede sufrir los efectos del VIH/SIDA. Otros niños son vulnerables a causa del VIH/SIDA porque tienen un progenitor enfermo, porque se encuentran

en hogares de escasos recursos que han acogido a huérfanos, porque sufren discriminación debido a que uno de sus familiares es seropositivo, o porque ellos mismos tienen el VIH. Por consiguiente, los programas no deben estar destinados únicamente a niños y niñas huérfanos debido al SIDA, sino que deben orientar sus actividades hacia las comunidades donde el VIH/SIDA ha provocado que los niños, las niñas y los adolescentes sean más vulnerables. Por lo general, las personas que viven en estas comunidades son las que más posibilidades tienen de establecer quiénes son los niños y las niñas que corren los mayores riesgos y qué indicadores deben utilizarse para

¹ A efectos de este documento, "huérfano" se refiere a cualquier menor de 18 años que ha perdido a uno o a ambos progenitores.

determinar la vulnerabilidad y fijar las prioridades de las medidas que se tomen en el plano local.

Junto al VIH/SIDA hay una serie de otros factores – como la pobreza extrema, los conflictos y la explotación – que imponen una carga adicional sobre los miembros más jóvenes y más vulnerables de la sociedad. Para los niños y las familias de las comunidades afectadas por el VIH/SIDA, no tiene ningún sentido abordar solamente los problemas relacionados con el SIDA y dejar de lado otras causas que agravan la vulnerabilidad de la infancia. Los programas deben seleccionar zonas geográficas afectadas gravemente por el VIH/SIDA y después prestar apoyo a los residentes de estas comunidades para que se organicen a fin de identificar y prestar asistencia a los niños y las familias más vulnerables, independientemente de las causas concretas de su vulnerabilidad.

Si los programas tienen que abarcar una población más amplia de niños y niñas vulnerables, y no solamente a los huérfanos, ¿por qué entonces la serie *Niños al borde del abismo* presenta estimaciones sobre huérfanos? Aunque no todos los casos de orfandad se deben al VIH/SIDA, la orfandad sigue siendo la consecuencia más visible, amplia y medible del SIDA sobre la infancia. Hasta la fecha, no disponemos de ninguna metodología para calcular el número de otros niños vulnerables a causa del SIDA. Los huérfanos no solamente representan una grave preocupación, sino que su presencia refleja una serie más amplia de problemas para la niñez.

La mayoría de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA viven con un padre o una madre sobreviviente y con hermanos y hermanas, o dentro de la familia ampliada, por lo que la prioridad de una respuesta efectiva debe ser ofrecer un apoyo directo considerable a los millones de familias que siguen absorbiendo niños y niñas que han perdido a sus progenitores. Después de perder al padre y la madre, o a sus cuidadores, los niños y las niñas necesitan incluso una mayor estabilidad, atención y protección. La capacidad de la familia – tanto si el cabeza de familia es un progenitor vivo, un abuelo o una persona joven – representa el factor individual más importante para establecer un entorno protector destinado a los niños y las niñas que han perdido a sus progenitores debido al SIDA y a otras causas. También existe la necesidad urgente de establecer y ampliar a una mayor escala la atención familiar y comunitaria destinada a la reducida pero altamente vulnerable proporción de niños y de niñas que viven fuera del círculo familiar.

Niños al borde del abismo 2004

Este informe presenta las últimas y más completas estadísticas sobre los niños y las niñas huérfanos a causa del SIDA y otras causas (apéndice 1).



UNICEF/HQ98-1118/Giacomo Pirozzi

Una educadora de la misma edad lee en alto un libro de historietas sobre el VIH/SIDA en un centro de prevención de Nairobi, Kenya. El libro de historietas ofrece información y mensajes positivos sobre temas que afectan a los adolescentes de África, como por ejemplo el VIH/SIDA y la igualdad de género.

La diferencia con respecto a las ediciones anteriores de *Niños al borde del abismo*, que incluyen datos de menores de 15 años, es que esta edición ofrece también datos sobre menores de 18 años. Este cambio equipara las estadísticas con la definición internacional de infancia. También reconoce que los niños y niñas huérfanos y vulnerables no son necesariamente de corta edad y que los problemas que causa la orfandad van más allá de los 15 años. Los datos disponibles sugieren de hecho que la mayoría de los huérfanos en todos los países son adolescentes. Otro nuevo elemento del presente informe es que incluye también cálculos sobre el número de niños y niñas que quedaron huérfanos durante el último año. La explicación sobre la metodología que se utilizó para realizar todos estos cálculos se describe en el apéndice 2.

Esta edición de *Niños al borde del abismo* examina también las necesidades cambiantes en materia de desarrollo de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA a medida que se van haciendo mayores. Desde los primeros años de vida hasta los 17 años, el menor de edad atraviesa varias etapas en el ciclo de la vida. El VIH comienza a afectarlo al principio de la enfermedad de su padre o su madre, y sigue sufriendo sus consecuencias durante el curso de la enfermedad y a lo largo de las diversas etapas de su desarrollo después de la muerte del progenitor. Los niños y las niñas que carecen de la orientación y la protección de sus cuidadores primarios son más vulnera-

bles a todo tipo de riesgos relacionados con la salud, o a ser víctimas de la violencia, la explotación y la discriminación. Los responsables de las políticas, los dirigentes y los profesionales de la salud pública y de otros sectores de desarrollo, y las comunidades y las familias, tienen que proporcionar atención y apoyar a los huérfanos (debido a todas las causas) y a los niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA teniendo siempre en cuenta sus etapas de desarrollo y sus necesidades cambiantes.

El informe presenta también un panorama general del *Marco* de acción para la protección, atención y apoyo de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables que viven en un mundo con VIH y SIDA. El *Marco* ofrece la mejor esperanza para tratar de sacar del abismo a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables. En la actualidad, se considera que es la base normativa necesaria para responder con una mayor urgencia a las necesidades del número cada vez mayor de niños y niñas huérfanos y vulnerables, y para proteger sus derechos. Ha recibido el apoyo de todos los organismos de las Naciones Unidas que copatrocinan ONUSIDA y ha sido acogido con satisfacción por muchos de los aliados internacionales que colaboran en la tarea de abordar las repercusiones complejas y de largo alcance del VIH/SIDA sobre millones de niños, niñas y adolescentes. El *Marco* es uno de los resultados más importantes del primer Foro Mundial de Aliados convocado por el UNICEF, con el apoyo de ONUSIDA, en octubre de 2003. El *Marco* está estructurado en torno a las metas en favor de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables que se acordaron durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrado en 2001. La puesta en práctica del *Marco* traerá también consigo un progreso considerable hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio y otros compromisos mundiales como la Educación para Todos y la Eliminación de las peores formas de trabajo infantil.

Las cinco estrategias fundamentales del *Marco* (recogidas en el texto principal de este informe) son:

- Potenciar la **capacidad de las familias** para proteger y cuidar de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables, prolongando las vidas de sus progenitores y facilitando ayuda económica, psicosocial y de otro tipo
- Movilizar y dar apoyo a las **respuestas que surgen en la propia comunidad** para propor-

cionar asistencia inmediata y a largo plazo a los hogares vulnerables

- Garantizar el acceso de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables a los **servicios esenciales**, entre otros la educación, los servicios sanitarios, el registro de nacimientos y otros
- Garantizar que los gobiernos protejan a los niños y niñas más vulnerables **mediante mejores políticas y medidas legislativas**, y también mediante la asignación de recursos a las comunidades

También se incluyen en este informe resúmenes de los indicadores para la supervisión y evaluación del *Marco* (apéndice 3), principios para la formulación de programas (apéndice 4), y recomendaciones para la toma de medidas en el ámbito nacional (apéndice 5).

Mediante los nuevos compromisos de financiación relacionados con la puesta en marcha del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA, preparado por el Gobierno de los Estados Unidos, el Banco Mundial, el UNICEF, el ONUSIDA y el Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, los recursos para ofrecer apoyo a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA han aumentado en los últimos años. Aunque estos nuevos recursos representan un formidable compromiso, la financiación en general de programas para los niños y niñas huérfanos y vulnerables sigue siendo sin embargo bastante reducida si se compara con otra financiación relativa al VIH/SIDA.

Y lo que resulta aún más importante, sigue existiendo una enorme distancia entre lo que se ha logrado hasta la fecha y lo que es preciso alcanzar para proteger los derechos y abordar los problemas de los niños y niñas huérfanos y vulnerables. A finales de 2003, solamente 17 países con epidemias generalizadas habían formulado una política nacional para los niños y niñas huérfanos y vulnerables, destinada a orientar la toma de decisiones estratégicas y la distribución de recursos. Reducir la distancia es posible, pero exigirá el empeño conjunto de todos aquellos que tienen la capacidad de responder: gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas, el sector privado, y los miles de grupos comunitarios que luchan hoy en día en primera línea contra la enfermedad. Por medio de la formación de alianzas y de una colaboración comprometida, millones de niños, niñas y adolescentes tendrán la posibilidad de alcanzar un futuro mejor.

Terminología

Niños al borde del abismo 2004 utiliza, por motivos estadísticos, los siguientes términos en el cálculo de las subpoblaciones de huérfanos. Los términos no pretenden definir poblaciones específicas de los programas destinados a prestar asistencia a todos los niños y niñas huérfanos y vulnerables.

Los **huérfanos de madre** son los niños menores de 18 años cuya madre, y tal vez el padre, ha muerto (incluye los huérfanos dobles).

Los **huérfanos de padre** son los niños menores de 18 años cuyo padre, y tal vez la madre, ha muerto (incluye los huérfanos dobles).

Los **huérfanos dobles** son los niños menores de 18 años que han perdido a su padre y a su madre.

Los **huérfanos totales** son los niños menores de 18 años cuya madre, padre o ambos, han muerto. La cifra total de huérfanos equivale a la suma de los huérfanos de madre y de padre, menos los huérfanos dobles (ya que éstos han sido incluidos en la categoría de huérfanos de padre y huérfanos de madre).

Nuevos huérfanos son los niños y niñas menores

de 18 años que perdieron a uno o a ambos progenitores durante el último año.

El término **Niños y niñas vulnerables**, tal como se utiliza en este documento, se refiere a aquellos niños y niñas cuya supervivencia, bienestar o desarrollo están amenazados por el VIH/SIDA.

En *Niños al borde del abismo* se evita utilizar el término "huérfanos del SIDA" porque puede contribuir a una categorización y estigmatización inapropiadas de los niños y niñas vulnerables. En lugar de ello, el informe utiliza "huérfanos debido al SIDA", o "niños que han quedado huérfanos debido al SIDA". La frase "niños y niñas afectados por el VIH/SIDA" se refiere a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables debido al VIH/SIDA.

En *Niños al borde del abismo* se evita también utilizar siglas como "NNHV" (por niños y niñas huérfanos y vulnerables) o "NNAS" (por "niños y niñas afectados por el SIDA"). La experiencia indica que este lenguaje termina por ser utilizado por la comunidad para identificar a niños y niñas concretos. Cuando se les pregunta como preferían que se les llame, los propios niños y niñas han dicho: "Simplemente llámenos niños".



UNICEF/HO93-0490/Cindy Andrew

En Kuanda, Malawi, una abuela cocina en el umbral de su choza mientras da de comer a uno de sus ocho nietos. El padre y la madre de sus nietos murieron a causa del SIDA.

Panorama regional y tendencias importantes en la cuestión de los huérfanos

A finales de 2003, se calculó que había 143 millones de huérfanos de hasta 17 años de edad en 93 países de África subsahariana, Asia, y América Latina y el Caribe. A nivel internacional, se trata solamente de un aumento de un 3% en el número de huérfanos desde 1990. Si no hubiera sido por la pandemia del VIH/SIDA, el porcentaje de niños y niñas que han quedado huérfanos habría descendido a medida que los avances en la salud, la nutrición y el desarrollo en general hubiesen conducido a una reducción de la mortalidad de los adultos. Por desgracia, en los países más afectados por el VIH/SIDA esta tendencia ha retrocedido, y tanto el porcentaje de niños y niñas que son huérfanos como el número absoluto de niños y niñas que han quedado huérfanos ha aumentado de manera considerable.



UNICEF/HQ01-0113/Giacomo Pirozzi

Dos niñas aprenden a contar en la clase de un centro para niños huérfanos en Francistown, Botswana.

Nuevos cálculos sobre la cifra de huérfanos

Las cifras que aparecen en este informe se basan en los nuevos cálculos y proyecciones sobre el número de huérfanos realizados en 93 países de África subsahariana, Asia, y América Latina y el Caribe. Los cálculos y las proyecciones indican las tendencias históricas y futuras del número de huérfanos en los países de bajos y medianos ingresos de estas regiones. Estos cálculos y proyecciones están basados en los datos que aparecieron en otras publicaciones anteriores de *Niños al borde del abismo*, pero se han incluido varios cambios y novedades importantes. En los informes anteriores, los cálculos se hicieron solamente sobre niños y niñas de 0 a 15 años. En este informe, los cálculos incluyen a todos los huérfanos menores de 18 años, y abarcan un mayor número de niños y niñas de mayor edad que han perdido a uno o a ambos progenitores. Los cálculos sobre la cifra de huérfanos se presentan también en amplias categorías de edad (de 0 a 5 años, de 6 a 11 años, y de 12 a 17 años), debido a que la información sobre la edad de los huérfanos puede conllevar importantes modificaciones en materia de programas. Para evaluar la situación de los "nuevos" huér-

fanos, el informe proporciona también cálculos sobre la cifra de niños y niñas que perdieron a uno o a ambos progenitores el año pasado.

Los cálculos sobre la cifra de huérfanos se basan en nuevos modelos y estimaciones del VIH/SIDA en estos países. Los modelos y las estimaciones del VIH/SIDA han sido sometidos a revisiones considerables con respecto a los que se hicieron en 2002, a fin de reflejar un mayor conocimiento sobre el nivel de la epidemia en numerosos países.

Estos nuevos modelos sobre el VIH/SIDA, y los cálculos sobre la cifra de huérfanos que se derivan de estos modelos, se han comparado con otros cálculos independientes del número de huérfanos que están basados en encuestas realizadas en los hogares de varios países de África subsahariana.

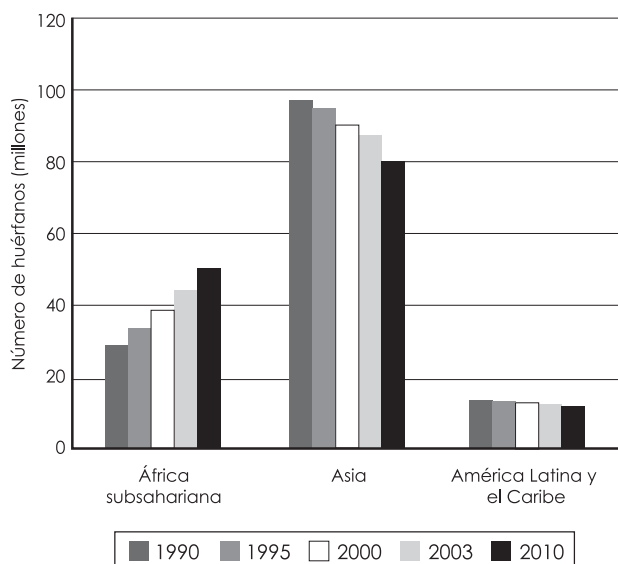
Los cálculos de "huérfanos debido al SIDA" para los países de otras regiones distintas del África subsahariana no se han incluido en este informe porque no disponemos de suficiente información viable para preparar cálculos fidedignos de estas regiones.

Panorama regional

África subsahariana

En África subsahariana se encuentran 24 de los 25 países con la mayor tasa de incidencia del VIH, y esto se refleja en el rápido aumento del número de niños y niñas que han quedado huérfanos. En 2003, en la región había 43 millones de huérfanos, un aumento de más de una tercera parte desde 1990 (ver gráfico 1).

Gráfico 1. El número de huérfanos desciende en todas las regiones excepto en África subsahariana, donde el VIH/SIDA ha golpeado en mayor medida.



En 2003, un 12,3% de todos los niños y las niñas de África subsahariana eran huérfanos. Esta cifra es casi el doble del 7,3% de los niños y niñas en Asia y el 6,2% de los niños y niñas en América Latina y el Caribe que han quedado huérfanos.

Incluso dentro de África subsahariana, sin embargo, hay diferencias en la tasa de orfandad. Como indica el mapa que aparece en el gráfico 2, los mayores porcentajes de niños y niñas huérfanos aparecen en los países con una alta incidencia de VIH o en aquellos que han sido sacudidos recientemente por un conflicto armado.

Con un 20% de sus niños y niñas huérfanos, Botswana presenta la mayor tasa de orfandad en África subsahariana. En 11 de los 43 países de la región, más de un 15% de los niños y las niñas son huérfanos (gráfico 3). De estos 11 países gravemente afectados, el SIDA es la causa de la muerte de los progenitores entre el 11% y el 78% de los casos.

Gráfico 2. Las tasas de orfandad en África subsahariana son más elevadas en África central y meridional.

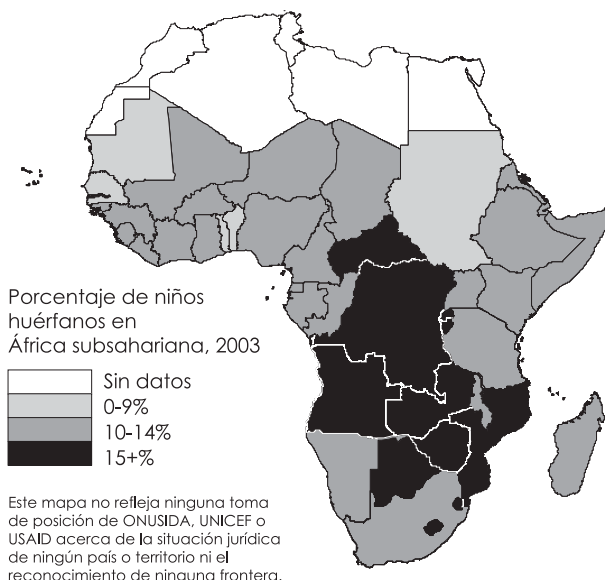
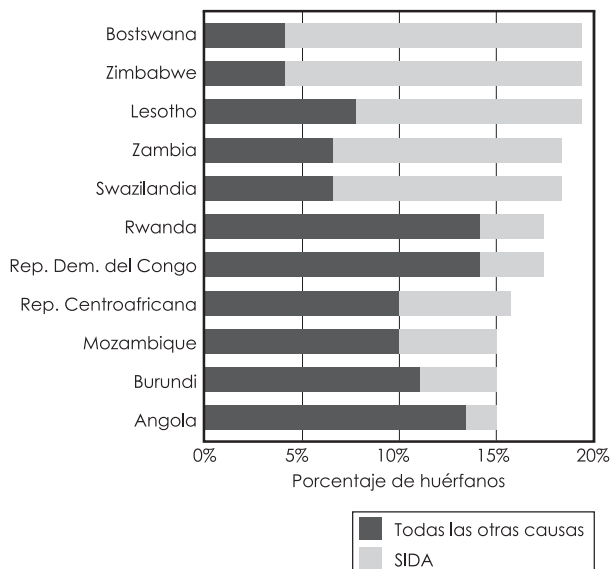


Gráfico 3. En 11 países de África subsahariana, más del 15% de todos los niños y las niñas habían quedado huérfanos en 2003.

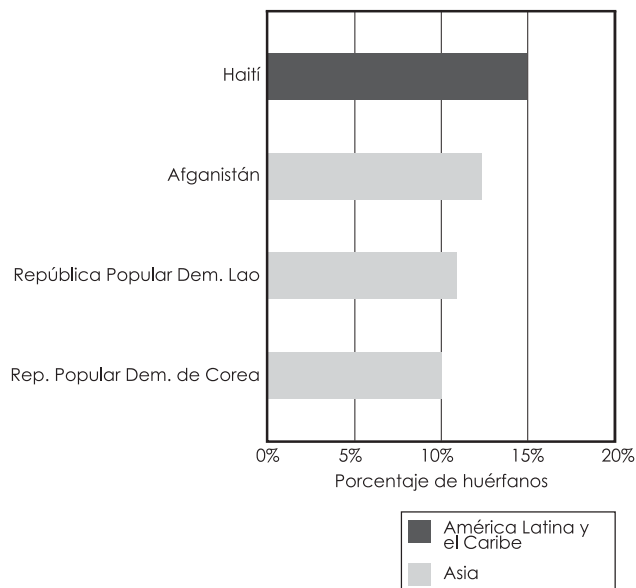


Asia

Aunque África es proporcionalmente la región más afectada por el VIH/SIDA, el número total de huérfanos es mayor en Asia. Aunque el número de huérfanos en Asia ha descendido en casi un 10% desde 1990, y a pesar de las tasas más reducidas de incidencia de VIH, Asia tenía en 2003 el doble de huérfanos debido a todas las causas que África subsahariana (ver la figura 1). Esto se debe a que la población de Asia es mucho mayor, ya que en la

región hay cuatro veces más niños y niñas (1.200 millones) que en África subsahariana (350 millones). En Asia hay tres países donde un 10% o más de niños y niñas han quedado huérfanos (ver gráfico 4). Entre estos países, Afganistán presenta la mayor proporción de niños y niñas huérfanos (12%).

Gráfico 4. En cuatro países fuera de África subsahariana, un 10% o más de todos los niños y las niñas habían quedado huérfanos en 2003.



Es preciso apuntar que, en las proyecciones del número futuro de huérfanos en Asia que aparecen en el gráfico 1, se asume que la epidemia del VIH/SIDA no habrá aumentado de manera considerable en 2010. Sin embargo, en algunos países de Asia con grandes poblaciones (como China, Indonesia y Pakistán) la epidemia del VIH/SIDA ha comenzado hace muy poco. Si la epidemia en estos países se propaga de la misma manera que en países como Tailandia y Camboya, el número de niños y niñas huérfanos debido al SIDA podría aumentar de manera considerable.

América Latina y el Caribe

Incluso en América Latina y el Caribe, donde la población es más reducida y la incidencia del VIH/SIDA es menor, en 2003 había 12,4 millones de huérfanos. La cifra general de huérfanos en la región ha descendido en casi un 10% desde 1990 (ver el gráfico 1). En los países más afectados por el SIDA, sin embargo, ha habido un aumento en la proporción de niños y niñas que son huérfanos. En Haití, con una tasa de incidencia del VIH entre los adultos de alrededor del 5,5%, más de un 15% de los

niños y las niñas han quedado huérfanos. Esto es más del doble que el promedio regional.

Tendencias

Estos nuevos cálculos sobre las poblaciones de huérfanos son importantes porque proporcionan una mayor comprensión sobre las repercusiones del VIH/SIDA en el número de huérfanos y contribuyen a definir a aquellos países que necesitan más medidas de protección a la infancia y un mayor apoyo para resolver los problemas que representa el aumento en el número de huérfanos. En la siguiente sección, el informe utilizará estos nuevos cálculos para analizar las nuevas tendencias más importantes en materia de orfandad.

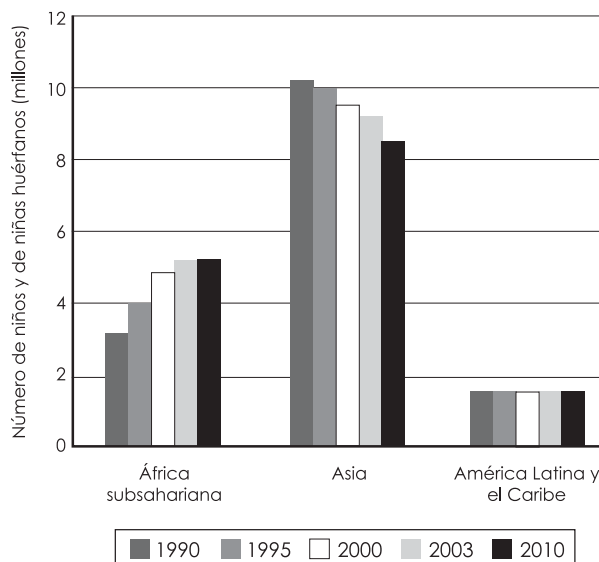
1. Niños y niñas huérfanos en 2003

Más de 16 millones de niños y niñas quedaron huérfanos en 2003. Aunque el número total de huérfanos da una adecuada medida de las consecuencias acumulativas de la mortalidad entre adultos durante los últimos 18 años, no aborda las repercusiones inmediatas del VIH/SIDA sobre la mortalidad y el aumento en el número de huérfanos. Por el contrario, una medida que refleja mejor los cambios recientes en la mortalidad de los adultos es el cálculo de niños y niñas que quedaron huérfanos durante el último año. Mediante esta cifra se revelan de manera más clara las repercusiones actuales del VIH/SIDA.

Como se indica en el gráfico 5, aproximadamente 3,2 millones de niños y niñas quedaron huérfanos en África subsahariana en 1990. En 2003, 5,2 millones de niños y niñas quedaron huérfanos en la región, de los cuales alrededor de 800.000 quedaron huérfanos recientemente solamente en Nigeria. Durante el mismo periodo, el número de huérfanos recientes descendió en Asia y permaneció constante en América Latina y el Caribe.

En cinco países de África meridional (Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia), un 15% o más de todos los huérfanos perdieron a sus progenitores en 2003. La gran mayoría de los nuevos huérfanos en estos países perdieron a su padre o a su madre, o a ambos, debido al SIDA. Un número parecido de niños y niñas viven actualmente con un miembro (o miembros) de la familia que se halla crónicamente enfermo, y quedarán huérfanos este año. Debido a que los sistemas tradicionales de apoyo en estos países se encuentran ya bajo una considerable presión, muchas familias ampliadas están, o lo estarán muy pronto, por encima del límite de sus posibilidades, y necesitarán urgentemente apoyo externo y redes de seguridad protectoras.

Gráfico 5. El número de niños y de niñas que quedan cada año huérfanos en África subsahariana ha seguido aumentando.



2. Un aumento constante en el número de huérfanos en África subsahariana

Como refleja el gráfico 6, las repercusiones del VIH/SIDA sobre la mortalidad y el número de niños y niñas huérfanos debido al SIDA en África subsahariana seguirá aumentando hasta 2010 (aunque un aumento a gran escala en la disponibilidad de la terapia antiretroviral podría reducir en cierta medida las cifras proyectadas). En Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwé, más de uno de cada cinco niños y niñas quedará huérfano.

Un análisis reciente realizado por el UNICEF² sobre las prácticas de atención en 40 países de África subsahariana muestra que las familias ampliadas han asumido la responsabilidad de más de un 90% de los niños y niñas huérfanos. Hoy en día, un 20% de los hogares con niños y niñas en África meridional se ocupan de uno o más huérfanos. Estas estructuras familiares seguirán siendo el principal mecanismo de bienestar social en la mayoría de los países. Sin embargo, a medida que el número de huérfanos aumente cada vez más durante la próxima década y un número mayor de adultos sufra los efectos del VIH/SIDA, muchas de estas estructuras familiares tendrán que soportar cargas aún mayores.

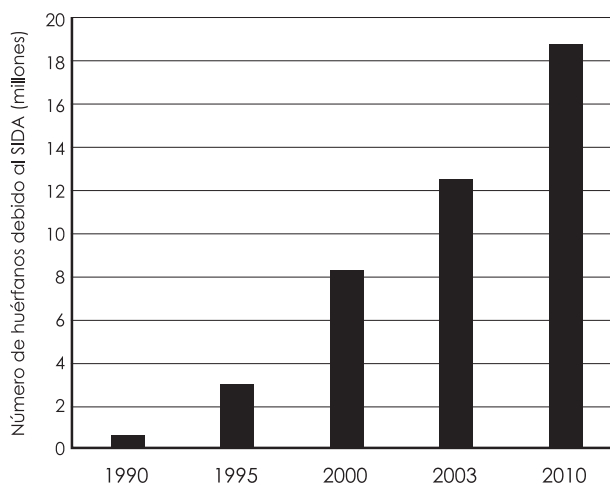
La carga de la atención de los huérfanos está cambiando ya en los países donde la incidencia de VIH es mayor. Los huérfanos viven cada vez más en hogares encabezados por mujeres y por abuelos

y abuelas. En Zambia, por ejemplo, el doble de los hogares encabezados por mujeres se ocupan de los huérfanos dobles con relación a los hogares encabezados por hombres. Los hogares encabezados por mujeres también acogen más huérfanos que los hogares encabezados por hombres. En los hogares de Sudáfrica que han asumido la responsabilidad por los huérfanos, hay un promedio de dos huérfanos dobles en cada hogar encabezado por una mujer, mientras que en los hogares encabezados por hombres el promedio es de un huérfano.

Aunque los abuelos y abuelas, y otros cuidadores ancianos, desempeñan una importante función en el cuidado de los huérfanos, su carga ha aumentado considerablemente. En Namibia, la proporción de huérfanos dobles y de huérfanos de un solo progenitor (que no viven con un progenitor superviviente) que están a cargo de los abuelos y abuelas aumentó de un 44% en 1992 a un 61% en 2000. Incrementos similares se han registrado también en Tanzania y Zimbabwé.

El mismo análisis indica que las estrategias para superar la situación en los países africanos meridionales difieren considerablemente de otros países de África subsahariana. Una elevada movilidad debido a la emigración desde Botswana, Lesotho, Namibia y Swazilandia hacia las zonas más industrializadas de los países del sur de África puede contribuir no solamente a aumentar las tasas de incidencia del VIH, sino también a incrementar las tasas de cuidado infantil en hogares de guarda y la

Gráfico 6. Entre 1992 y 2003, la población de niños y niñas huérfanos a causa del SIDA en África subsahariana aumentó de menos de un millón a más de 12 millones.



² UNICEF, Noviembre de 2003, Las generaciones huérfanas de África, Nueva York, UNICEF.

UNICEF/HQ97-1031/Giacomo Pirozzi



En Rwanda, una mujer de 63 años sostiene en sus brazos a su nieto de 3 años en su casa cerca de Kigali. El niño y sus dos hermanas mayores son huérfanos y han vivido con su abuela desde que sus progenitores murieron de SIDA.

cantidad de hogares encabezados por mujeres. Los mecanismos de superación que dependen de la familia ampliada pueden resultar menos resistentes que en otras partes de la región.

El aumento en la proporción de niños y niñas que han quedado huérfanos supone también una mayor tensión sobre la estructura social de las comunidades y los países. Incluso las culturas y las comunidades con una firme cohesión social y la tradición de prestar apoyo a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables, pueden verse superadas cuando la tasa de aumento y el número general de huérfanos alcanza niveles tan elevados.

3. Los huérfanos dobles

Una característica especialmente importante que diferencia la orfandad debida al VIH/SIDA es que ninguna otra enfermedad causa tanta cantidad de huérfanos dobles como el SIDA. Con el VIH/SIDA, si un progenitor está infectado hay grandes posibilidades de que el otro progenitor también lo esté o se infecte pronto, y de que ambos progenitores mueran relativamente pronto. Esto significa que los países con un alto índice de VIH/SIDA registrarán también un número desproporcionado de huérfanos dobles a medida que avance la epidemia. Las encuestas muestran de manera uniforme que los huérfanos dobles se encuentran en una mayor situación de desventaja que los huérfanos de un solo progenitor. En Tanzania, la tasa de asistencia a la escuela para los niños y niñas cuyos padres están vivos y que viven con por lo menos un progenitor es de un 71%, pero entre los huérfanos dobles es de solamente un 52%.

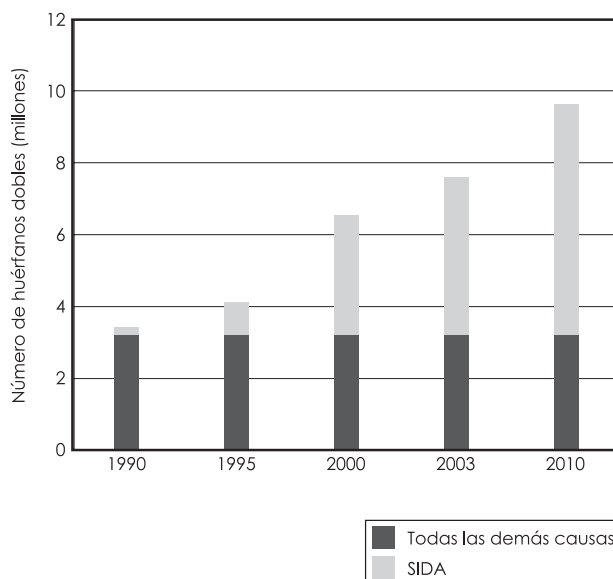
En África subsahariana había casi tantos huérfanos dobles en 2003 (7,7 millones) como en Asia (7,9 millones), aunque Asia tiene casi cuatro veces

más niños y niñas que África subsahariana y el doble de huérfanos. Las cifras del número de huérfanos dobles que hay en América Latina y el Caribe (600.000) son mucho más reducidas. De los 7,7 millones de huérfanos dobles de África subsahariana, alrededor de un 60% han perdido a uno de sus progenitores debido al SIDA (y en la mayoría de los casos a ambos). Se proyecta que el número de huérfanos dobles aumente en África subsahariana hasta 2010 (ver gráfico 7).

4. Aumento en la proporción de huérfanos de madre

El SIDA está cambiando las tendencias en la orfandad de África subsahariana, donde los huérfanos de madre superan ahora el número de huérfanos de padre en cinco de los países más afectados. Cuando el VIH/SIDA no era un problema tan grave, los niños y las niñas solían quedarse huérfanos debido a la muerte del padre. Hoy en día, sin embargo, en los países de África subsahariana las mujeres presentan tasas más elevadas de VIH/SIDA que los hombres, y en la actualidad hay más huérfanos de madre debido al SIDA que huér-

Gráfico 7. El número de huérfanos dobles en África subsahariana aumenta debido SIDA.



fanos de padre debido al SIDA. En los países más afectados de África meridional, un 60% de los huérfanos han perdido a su madre, en comparación con un 40% en Asia, América Latina y el Caribe.

Es necesario realizar más investigaciones para comprender mejor las implicaciones que se derivan de la pérdida de la madre en comparación con la pérdida del padre. Recientes encuestas en los ho-

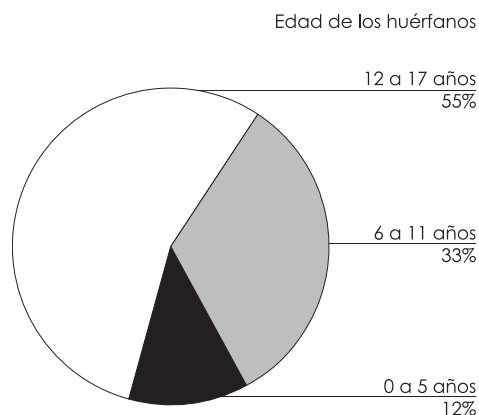
gares indican que, en los países de África meridional, los huérfanos de madre corren especialmente el peligro de convertirse en huérfanos dobles “virtuales”, ya que es frecuente que el padre viva en otro lugar. Por ejemplo, en Malawi, solamente un 27% de los huérfanos de madre viven con su padre biológico, mientras que un 70% de los niños y niñas cuyos padres y madres están vivos se encuentran en un hogar donde el padre está presente.

5. Edad de los huérfanos

Aunque los niños y las niñas pueden perder a sus progenitores a cualquier edad, la proporción de aquellos que quedan huérfanos aumenta generalmente con la edad, y los huérfanos de mayor edad superan el número a los huérfanos más pequeños. Como indica el gráfico 8, más de la mitad de todos los huérfanos tienen 12 años o más. De los 143 millones de huérfanos en las tres regiones, 17,5 millones (aproximadamente un 12%) tienen menos de 6 años; 47 millones (33%) tienen de 6 a 11 años; y los 7 millones restantes (55%) tienen de 12 a 17 años.

Estas tendencias por edades presentan implicaciones importantes para la distribución de recursos destinados a los programas. Tal como se describe en la siguiente sección, hay diferencias considerables en las necesidades de los niños y las niñas de edades diferentes, las medidas de protección infantil pertinentes para cada grupo de edad y cómo los programas deben ajustarse a cada grupo. Aunque los programas para los huérfanos más pequeños son importantes, es preciso abordar nuevas necesidades y elementos diferentes del entorno protector para proteger y proporcionar asistencia al casi 90% de huérfanos mayores de 6 años.

Gráfico 8. Más de la mitad de los huérfanos de África subsahariana, Asia, y América Latina y el Caribe son adolescentes.



Proteger los derechos y satisfacer las necesidades cambiantes de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables

El desarrollo del potencial pleno de la infancia – que constituye el derecho de todos los niños y las niñas – corre un grave peligro si el entorno familiar se deteriora como resultado de la enfermedad y la muerte de sus progenitores. Este peligro se acentúa también cuando las repercusiones del VIH/SIDA debilitan servicios sociales básicos y redes de seguridad como la atención de la salud y la educación.

La enfermedad o la muerte de un progenitor o de otro miembro de la familia tienen efectos diferentes sobre los niños y las niñas, y en parte dependen de su edad y su nivel de desarrollo. Hasta la fecha, sin embargo, la mayoría de las políticas, programas, informaciones y publicaciones relacionados con los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables debido al VIH/SIDA han tendido a considerarlos como un grupo indiferenciado y homogéneo. Los datos y las recomendaciones en materia de programas no han conseguido tomar en cuenta distinciones claves relacionadas con la edad, y han pasado por alto las diferencias físicas, cognitivas, emocionales y psicosociales que caracterizan a la niñez y la adolescencia en distintas etapas de su desarrollo. Las respuestas que tengan en cuenta estas diferencias serán más efectivas.

Para sobrevivir y desarrollarse, los niños, las niñas y los adolescentes necesitan crecer en un entorno familiar y comunitario que satisfaga sus necesidades cambiantes, y promueva por tanto un desarrollo sano y en buenas condiciones. Debido a que la gran mayoría de los niños, las niñas y los adolescentes afectados por el VIH/SIDA viven con un progenitor sobreviviente o dentro de su familia ampliada, sus necesidades en materia de desarrollo se satisfacen mejor por medio de actividades e intervenciones que refuercen la atención familiar y



La niña de 19 años que aparece a la izquierda se ocupa de ella misma, de sus dos hermanos y de los tres hijos de su hermana mayor, en Harare, Zimbabwe. Su padre y su madre, y su hermana mayor, murieron de SIDA.

el apoyo de la comunidad. Las necesidades relacionadas con la edad que tienen los recién nacidos, los niños y niñas en la primera y la mediana infancia, y los adolescentes, deben servir de base para la concepción de estos programas.

Un enfoque basado en el desarrollo

¿Por qué es necesario adoptar un enfoque basado en el desarrollo? A edades distintas, los niños y las niñas responden de manera

muy diferente ante las experiencias según sea su nivel de desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y psicosocial. Por ejemplo, las repercusiones de la enfermedad o la muerte de un cuidador primario son muy diferentes para un recién nacido, un niño o niña en la primera o en la mediana infancia, o un adolescente. El nivel de desarrollo (que incluye la madurez emocional y el nivel de comprensión) de un niño o un adolescente influirá en la manera en que reaccione a la muerte de su madre o de su padre (o ambos), a la separación de sus hermanos y hermanas, y a otras posibles consecuencias de la muerte de sus progenitores. La etapa de desarrollo de un niño o un adolescente será también un factor importante para establecer qué tipo de apoyo y de protección necesita para mejorar las posibilidades de disfrutar de un futuro sano y productivo.

Primer año de vida y primera infancia

Todos los niños y las niñas son más vulnerables durante los cinco primeros años de sus vidas. En este periodo, el mayor riesgo de morir ocurre durante el primer año, especialmente en el momento del parto y en el primer mes de vida. La enfermedad o la muerte de una madre o un tutor durante el primer año de la vida del hijo tiene consecuencias que pueden poner en peligro su existencia. Aunque la amenaza que representa esta pérdida para la supervivencia del niño disminuye

Niños y niñas con VIH/SIDA

Todos los días, alrededor de 1.700 niños y niñas contraen la infección por VIH. Se calcula que hay 2,1 millones de menores de 15 años (variación aproximada de 1,9-2,5 millones) que viven hoy en día con VIH en el mundo. En 2003, alrededor de 630.000 menores de 15 años (570.000-740.000) contrajeron la infección.

Aunque los adolescentes contraen la infección por VIH debido principalmente a que practican actividades sexuales sin protección, los recién nacidos se infectan durante el embarazo, los trabajos de parto o el alumbramiento de sus madres, o durante el amamantamiento. Evitar la infección por VIH en las mujeres en edad reproductiva es por tanto la manera más eficaz de reducir el número de recién nacidos infectados por VIH.

Es preciso señalar que dos terceras partes de los recién nacidos de madres seropositivas no contraen la infección. Cuando no hay servicios de profilaxis disponibles, las estimaciones de las tasas de transmisión del VIH de madre a hijo en los países en desarrollo oscilan entre un 25% y un 45%. Aproximadamente dos terceras partes de estas infecciones se producen durante el embarazo, los trabajos de parto o el alumbramiento, y las otras ocurren durante el amamantamiento. Los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo que proporcionan medicamentos antiretrovirales a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos como profilaxis en el momento de su nacimiento pueden reducir a la mitad el peligro de transmisión. Debido a los beneficios del amamantamiento exclusivo y los riesgos que conlleva una alimentación sustitutoria o combinada (especialmente el peligro de contraer diarrea debido al agua contaminada y la higiene deficiente), el amamantamiento exclusivo durante seis meses, o un amamantamiento exclusivo y un destete temprano, son el mejor método de alimentación en la mayoría de las situaciones. Las recomendaciones actuales indican que la alimentación sustitutoria solamente debe tenerse en cuenta si es posible, segura, viable, aceptable y sostenible.

En los países con epidemias de VIH concentradas entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los hombres y las mujeres que practican actividades sexuales comerciales, o los usuarios de drogas inyectables, el comportamiento de riesgo comienza por lo general durante la adolescencia. Los muchachos son los principales afectados en estas epidemias.

Las adolescentes corren un riesgo desproporcionado de contraer la infección por VIH en los países donde la epidemia del VIH ha afectado ya a la población general. En algunos de los países más afectados, la proporción de mujeres jóvenes infectadas con respecto a la de los varones es de 5 a 1. Las jóvenes son más vulnerables a la transmisión sexual del VIH debido a una serie de factores biológicos y sociales, inclusive, entre estos últimos, las actividades sexuales por la fuerza, las prácticas sexuales de alto riesgo con hombres mayores y la falta de conocimientos e información sobre la mejor manera de protegerse. Los jóvenes que viven fuera de los entornos familiares – por ejemplo, en las calles – corren también un mayor riesgo de contraer la infección por VIH.

Es fundamental incorporar a los niños y niñas seropositivos en programas de atención y tratamiento de mayor escala. El Brasil ha puesto en práctica con éxito un tratamiento con medicamentos antiretrovirales para niños, niñas y adolescentes, que forma parte de su política nacional de tratamiento. Varios otros países, entre ellos Sudáfrica, Uganda y Zambia, han comenzado a incorporar en sus programas a un gran número de niños y de niñas que viven con el VIH/SIDA. Estos programas deben ser amplios e incluir atención de la salud infantil general, nutrición y atención psicosocial, así como tratamiento del VIH/SIDA y de las infecciones oportunistas relacionadas con la enfermedad. Es preciso establecer vínculos con los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo y con las actividades comunitarias de supervivencia infantil, como la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Además, los programas que abordan el VIH/SIDA y los trastornos relacionados tienen que estar integrados en los servicios generales de atención primaria de la salud, porque el estado serológico de la mayoría de los niños y las niñas se desconoce, y sus necesidades en materia de salud, independientemente de su estado serológico, se abordan generalmente por medio de estos servicios.

gradualmente después del primer año, sigue siendo importante durante varios años.

Del primer al segundo año de vida, los niños necesitan sentirse emocionalmente cerca de, por lo menos, un cuidador cariñoso y constante, para que su desarrollo sea sano y, de hecho, para asegurar su supervivencia. Además de que satisfaga sus necesidades físicas esenciales, el niño necesita que este cuidador constante le toque, le sostenga en brazos, le ofrezca apoyo emocional y le dé cariño. Cuando el niño o niña pierde a este cuidador, corre el riesgo de perder también la capacidad de establecer vínculos emocionales estrechos -querer y ser querido- y aumenta el peligro de que contraiga una enfermedad o muera. Incluso antes de los 2 años, los niños y las niñas son sensibles a los sentimientos de pérdida y tensión en los demás, y necesitan que se les ofrezca seguridad.

El VIH/SIDA acentúa la vulnerabilidad del recién nacido. Aunque la mayoría de los niños y las niñas que nacen de madres seropositivas no contraen la infección, sus posibilidades de supervivencia quedan reducidas si la madre se enferma con SIDA y muere. Algunos recién nacidos contraen la infección por VIH de sus madres durante el embarazo, el parto o al comienzo de sus vidas (véase el recuadro más abajo), lo que reduce en una gran medida sus posibilidades de supervivencia.

Las enfermedades infantiles presentan la amenaza más grave para la supervivencia y el desarrollo de los niños y niñas durante su primera infancia en los hogares más desfavorecidos. Los menores de 5 años – especialmente aquellos cuyas familias viven en la pobreza en países en desarrollo – son vulnerables a enfermedades potencialmente letales como el sarampión, la diarrea y la neumonía. La desnutrición aumenta las posibilidades de que los niños y las niñas mueren a causa de estas enfermedades. Además, una desnutrición grave durante los primeros años de vida puede provocar un retraso irreversible en el crecimiento y afectar la función cognoscitiva. En los entornos donde no siempre se puede asegurar la vacunación, el tratamiento de las enfermedades infantiles y la nutrición adecuada, los programas tienen que tomar medidas concertadas para asegurar que los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables menores de 5 años obtienen estas intervenciones clave para su supervivencia, porque las familias con progenitores u otros cuidadores afectados por el VIH/SIDA pueden tener dificultades para llevarlo a cabo. Los progenitores y los cuidadores necesitan también apoyo y capacitación para proporcionar a estos niños y niñas el mejor cuidado posible en su primera infancia.

Entre los 3 y 6 años de edad, los niños y las niñas siguen siendo vulnerables a la enfermedad y la desnutrición, pero los cuidadores podrían descuidar sus necesidades debido a que dan muestras de una mayor independencia. Sin embargo, todavía necesitan sentir que pertenecen a una comunidad y recibir apoyo social y emocional. También tienen que disponer de oportunidades para aprender, porque éste es un periodo muy importante para desarrollar la curiosidad, el interés por la exploración y la capacidad motriz.

Los niños y niñas de esta edad no comprenden la irrevocabilidad de la muerte y no sería raro que piensen que una persona que ha muerto pueda reaparecer. También pueden expresar el temor de que son ellos quienes han causado la muerte de un ser querido. Los cuidadores tienen que asegurar a los niños y las niñas que no es así y comprender también su ansiedad, su tristeza y los posibles arrebatos de enfado o la regresión a formas anteriores de conducta. Los cuidadores tienen que conseguir que el menor de edad se sienta seguro y querido, estar dispuestos a hablar sobre la pérdida y la persona que ha muerto, y proporcionar una información clara sobre la muerte.

La atención institucional a largo plazo es especialmente inapropiada para los niños y niñas en su primera infancia, debido a que un desarrollo sano de quienes pertenecen a este grupo de edad -desde los puntos de vista emocional, cognoscitivo e incluso físico- requiere que tengan por lo menos un cuidador constante y cariñoso con el que puedan establecer un vínculo. Es enormemente importante asegurar que estos niños y niñas reciben una atención basada en la familia, ya sea mediante el apoyo de sus parientes, su colocación en hogares de guarda, su adopción en el entorno local, o mediante organizaciones comunitarias que estén vinculadas integralmente a la comunidad. Las estrategias que pueden contribuir a mantener a los niños y niñas de esta edad en familias incluyen también la atención infantil comunitaria y las visitas al hogar. En respuesta a una creciente demanda, los centros de atención infantil basados en la comunidad son cada vez más frecuentes en varios países. Estos centros proporcionan a los niños y niñas alimentos, acceso a la atención de la salud y un lugar para aprender y jugar. También pueden facilitar la asistencia a la escuela de los hermanos y hermanas mayores y proporcionar apoyo a cuidadores aislados, entre ellos las personas mayores. Las visitas de voluntarios de la comunidad a los hogares donde los cuidadores son personas mayores o los propios niños y niñas pueden ayudarles a superar la situación y promover una buena atención y prácticas sanas como la disciplina positiva, la asistencia a

Riesgos y oportunidades para el desarrollo

En todos los países y las regiones hay niños y niñas en todas las etapas de su desarrollo que quedan huérfanos o son más vulnerables como resultado del VIH/SIDA. A la hora de responder a las repercusiones del VIH/SIDA, los especialistas tienen que ser conscientes de los riesgos para el desarrollo de cada grupo de edad y adecuar sus respuestas para minimizar esos riesgos. A continuación se resumen las "tareas" que realizan los niños, las niñas y los adolescentes a medida que se desarrollan, los riesgos que podrían tener que asumir si el VIH/SIDA compromete su entorno familiar, y las prioridades relacionadas con el desarrollo para los programas que protegen y prestan apoyo a los niños y niñas huérfanos y vulnerables.

Primeros meses y primera infancia

Tareas: Un periodo fundamental para establecer una trayectoria de supervivencia y crecimiento, y desarrollar la función cerebral; el niño establece un sentimiento de confianza y de pertenencia; adquisición del lenguaje; curiosidad e interés en la experimentación; comprensión del sistema de causa y efecto; disposición para aprender en el entorno de un grupo.

Riesgos: Enfermedad y muerte; cortedad de talla; falta de apego; falta de curiosidad e interés; retraimiento emocional o inestabilidad; sensación de miedo; una reducción en la capacidad de aprendizaje.

Prioridades programáticas: Identificar a tiempo a los niños en riesgo de quedar huérfanos; planificar la sucesión antes de la muerte de un progenitor (especialmente la madre); asegurar una buena alimentación, atención de la salud y supervisión y promoción del crecimiento para el recién nacido y durante la primera infancia; preservar las relaciones entre hermanos y hermanas (especialmente cuando un hermano o hermana ha sido un cuidador primario); prestar apoyo a los cuidadores habituales y cariñosos; establecer oportunidades comunitarias de cuidado infantil y de aprendizaje cuando sea necesario.

Mediana infancia

Tareas: Continuación del crecimiento físico; evolución en la comprensión de las reglas y la responsabilidad; desarrollo de relaciones sanas con otros niños y niñas de la misma edad, y de la identidad familiar; desarrollo de aptitudes para el aprendizaje de las matemáticas y de la lectura y la escritura; una mayor capacidad para expresar sentimientos; una mejora en las aptitudes para

resolver problemas.

Riesgos: Una demanda inapropiada de atención; retraimiento; comportamiento destructivo y cruel con uno mismo y con los demás; falta de sentimiento de moralidad y de respeto a las reglas; dificultades en el aprendizaje.

Prioridades programáticas: Asegurar el acceso a la escuela; asegurar una nutrición adecuada; proporcionar oportunidades para participar en la vida comunitaria; prestar apoyo a las conexiones familiares y la identidad; proporcionar oportunidades para aprender aptitudes tradicionales y comportamientos y prácticas culturales; procurar que los hermanos y las hermanas permanezcan juntos; proporcionar oportunidades para jugar y participar en actividades estructuradas con niños y niñas de la misma edad; aumentar las relaciones con adultos solícitos; proporcionar información sobre la muerte y el VIH/SIDA.

Adolescencia

Tareas: Madurez física y sexual; comprensión de las relaciones (negociación, resistencia ante la presión, intimidad, sentimiento de responsabilidad hacia los otros); desafiar las reglas y poner a prueba los límites; sortear conductas arriesgadas; desarrollar la imagen de una personalidad independiente; explorar las oportunidades para ganarse la vida; mejorar la resolución de problemas; comprender las consecuencias de los actos; desarrollo de la identidad; aprendizaje cultural.

Riesgos: Falta de capacidad para la intimidad y la responsabilidad hacia los demás; relaciones deficientes con otros jóvenes de la misma edad; falta de aptitudes para resolver problemas; incapacidad para reconocer a los adultos que pueden prestar asistencia en la resolución de problemas; comportamientos arriesgados; emociones relacionadas con el enfado, el resentimiento, la impotencia, la depresión; marginación social y cultural.

Prioridades programáticas: Asegurar un acceso continuo a la escuela o la formación profesional; ofrecer oportunidades para relacionarse con adultos y observar y aprender sobre los roles que desempeñan los adultos; proporcionar acceso a servicios de salud acogedores para los jóvenes, que incluyan la prevención del VIH; protección contra el trabajo abusivo y la explotación sexual; asegurar una nutrición adecuada; proporcionar oportunidades para desarrollar y mantener relaciones estrechas con adolescentes de la misma edad; prestar un apoyo adulto en la toma de decisiones.



UNICEF/HO99-0785/Roger Lemoyne

Un trabajador social analiza la concienciación sobre el peligro del VIH/SIDA con un grupo de niños y niñas en la ciudad Ho Chi Min, Viet Nam.

centros preescolares y una nutrición adecuada para los niños y las niñas. La atención basada en el hogar para un progenitor enfermo puede ayudar tanto a las familias como al adulto afectado.

Mediana infancia

La mediana infancia comienza aproximadamente cuando el niño ingresa en la escuela primaria, una edad que varía entre los países y las regiones según sean sus normas culturales y su situación económica. A medida que los niños y niñas de este grupo se enfrentan a nuevos desafíos en su desarrollo, la experiencia de la enfermedad y la pérdida de los progenitores les afectan de un modo diferente que en el caso de los niños y niñas en la primera infancia.

Los huérfanos en la mediana infancia son capaces de comprender la irrevocabilidad de la muerte y podrían desplegar un intenso miedo ante la posibilidad de nuevos abandonos y pérdidas. No sería extraño que experimentaran ansiedad y una regresión a conductas anteriores durante un cierto período de tiempo. Algunos niños no suelen reaccionar en apariencia hasta muchos meses después. Todos ellos pueden beneficiarse enormemente si tienen la posibilidad de hablar sobre la muerte y la pérdida, participar en rituales relacionados con la persona que han perdido y reconectar con su rutina normal.

Durante la mediana infancia, la asistencia a la escuela es esencial para sostener el progreso en el

aprendizaje y la resolución de problemas. Sin embargo, las repercusiones del VIH/SIDA impiden a algunos niños y niñas acudir a la escuela o afectan su capacidad para estudiar. Los huérfanos suelen correr mayores riesgos que otros niños y niñas de que se les excluya de la escuela, y factores como la pobreza en el hogar, la edad, y la relación con el tutor, afectan todos ellos la asistencia a la escuela. Estudios realizados en Zimbabue, Tanzania y Etiopía han descubierto que

los huérfanos de esta edad corren el riesgo de perder la atención familiar y, en lugar de acudir a la escuela, convertirse en niños y niñas de la calle o víctimas de un trabajo explotador. Asegurar a los huérfanos en la mediana infancia el acceso a una educación de calidad debe ser una importante prioridad de los programas.

La experiencia de una familia cariñosa y las actividades de grupo con hermanos, hermanas y amigos son también importantes para un desarrollo sano durante la mediana infancia. Estos niños y niñas necesitan tener un sentimiento de seguridad y pertenencia a una familia o a un entorno parecido al de la familia. Además de necesitar esta identidad familiar, un niño en crecimiento necesita establecer una identidad propia positiva y un sentimiento de autoestima. Sin embargo, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA pueden afectar de manera negativa el entorno social y las relaciones del niño, y perjudicar su autoestima.

Los programas que trabajan con huérfanos y niños y niñas vulnerables en la mediana infancia deben concentrarse en asegurar que reciben una protección adecuada y el apoyo necesario para vivir con un progenitor superviviente, con miembros de la familia ampliada, o en un entorno basado en la familia y bien supervisado dentro de la comunidad. Los programas deben también asegurar que los niños y las niñas tienen acceso a una educación apropiada para su edad, y a recibir atención de la salud y otros servicios básicos.

Adolescencia

Durante la adolescencia se producen varias experiencias clave, entre ellas la madurez física y sexual, el progreso hacia la independencia social y económica y un ulterior desarrollo de la identidad. La transición desde la mediana infancia hasta la adolescencia temprana es gradual, y algunas de las tareas y preocupaciones relacionadas con el desarrollo que pertenecen a la mediana infancia continúan durante la adolescencia temprana. A medida que el adolescente madura, algunas cuestiones se tornan cada vez más importantes, como la prevención del abuso y la explotación sexual (y aprender a confrontar estos problemas cuando ocurren), la adquisición de aptitudes para la vida práctica³ (entre ellas las que están relacionadas con la prevención del VIH), y el logro de un desarrollo general sano y productivo.

Los adolescentes comprenden la naturaleza de la pérdida, pero puede que no expresen directamente sus preocupaciones y ansiedades. Pueden sentir resentimiento y enfado ante la muerte de un progenitor o un miembro cercano de la familia. Podría parecer que superan la situación, pero al mismo tiempo pueden estar sufriendo depresión, desesperanza y una mayor vulnerabilidad. Esto puede conducir a un sentimiento de alienación, desesperación y retraimiento, o a la adopción de conductas de riesgo. Los adolescentes necesitan tener a alguien que les ayude a tomar decisiones sobre opciones y oportunidades futuras.

En muchos países, los adolescentes tienen bastante menos acceso a la escuela que los niños y las niñas más jóvenes. Las repercusiones económicas del VIH/SIDA sobre los hogares ponen en peligro las posibilidades de permanecer en la escuela de muchos adolescentes, especialmente si tienen que asumir nuevas responsabilidades para mantener a sus familias. Algunos se convierten en cabezas de familia si la alternativa es que los hermanos y las hermanas tengan que separarse o si corren el riesgo de perder la herencia después de la muerte de los progenitores. A menudo, los adolescentes huérfanos se enfrentan al dilema de tener que trabajar para mantenerse a ellos mismos y probablemente a hermanos y hermanas más jóvenes, lo que les impide acudir a la escuela y recibir la educación y la formación que necesitan para obtener un trabajo productivo. Las dificultades económicas pueden privar también a los adolescentes de los momentos de recreación que son tan necesarios, y de la participación en actividades comunitarias. La depre-

sión, la desesperanza y la adopción de conductas de riesgo pueden ser reacciones frecuentes a estas circunstancias, y necesitan una atención especial y la aplicación de firmes medidas de protección.

Incluso los niños y las niñas y adolescentes cuyas familias están intactas pueden carecer de la información, las aptitudes y los servicios adaptados a la juventud necesarios para prestar apoyo a una transición positiva a través de la sexualidad adolescente. Debido a que la actividad sexual (así como el abuso de sustancias y otros comportamientos arriesgados) comienzan a menudo durante la adolescencia, es fundamental proporcionar educación y servicios relacionados con la salud sexual para reducir los riesgos – a menudo mayores en el caso de los huérfanos – de embarazos no deseados, relaciones sexuales a la fuerza, explotación sexual comercial y transmisión de infecciones contraídas por la vía sexual. Los programas deben proporcionar información sobre los comportamientos saludables y las aptitudes para la vida práctica que los adolescentes necesitan para protegerse.

Los huérfanos pueden tener problemas especiales en el caso de las tareas relacionadas con el desarrollo que se presentan durante la adolescencia. Las dificultades psicosociales y económicas pueden llevar a una adopción de comportamientos arriesgados relacionados con prácticas sexuales poco seguras y el abuso de sustancias. Los huérfanos adolescentes en las comunidades afectadas por el VIH/SIDA pueden ser más vulnerables a la infección por VIH que los niños y niñas más pequeños, o que los adultos. Los adolescentes, especialmente las niñas, contraen la infección a edades cada vez más tempranas, especialmente en comunidades altamente afectadas por el VIH/SIDA.

Asegurar que los adolescentes tengan acceso a la educación, a la formación profesional y la enseñanza de aptitudes para la vida práctica, y que reciban servicios de salud, es una política esencial y una prioridad programática. Reforzar la capacidad económica de los hogares para que se pueden ocupar de los adolescentes huérfanos y vulnerables permitirá a estos jóvenes tener más oportunidades en el futuro. Vincular a los adolescentes con adultos solícitos o que presten orientación por medio de su participación en las escuelas, en organizaciones y actividades religiosas y en otras organizaciones comunitarias, promoverá una sana socialización y un sentimiento de pertenencia a medida que se acercan a la edad adulta.

³ Las aptitudes para una vida práctica son una serie de capacidades que sirven para responder a las exigencias y los retos de la vida cotidiana, inclusive competencias psicosociales y habilidades interpersonales que ayudan a la gente a tomar decisiones con conocimiento de causa y escoger opciones sanas en sus vidas, a establecer relaciones sanas, a comunicarse con efectividad, a resolver problemas, a resistir presiones negativas y a minimizar los comportamientos peligrosos.

Apoyo a las alternativas al cuidado institucional

Los orfanatos, los poblados infantiles y otras residencias de grupo podrían parecer una respuesta lógica al aumento del número de huérfanos. Sin embargo, este enfoque puede dificultar la búsqueda de otras soluciones nacionales para los niños y niñas huérfanos y vulnerables. Estas instituciones pueden parecer atractivas porque proporcionan alimentos, vestido y educación, pero por lo general no consiguen resolver las necesidades emocionales y psicológicas de los jóvenes. Esta incapacidad, y sus ramificaciones a largo plazo, están en la misma línea que la conclusión de un estudio realizado en Zimbabwe donde se indicaba que los países – y los niños y niñas – se benefician de los programas que “mantienen a los niños con la comunidad,

rodeados de dirigentes y otros niños de la misma edad a quien conocen y aman⁴”.

Las instituciones residenciales tradicionales suelen tener muy pocos cuidadores y por tanto su capacidad de proporcionar a los niños y niñas el afecto, la atención, la identidad personal y los vínculos sociales que necesitan es muy limitada con respecto a lo que las familias y las comunidades pueden ofrecer. Los riesgos para el desarrollo que aparecen en el recuadro de la página 16 pueden agravarse de manera considerable en un entorno institucional.

La atención institucional suele segregar a los niños, las niñas y los adolescentes por edad y sexo, y apartarlos de otros jóvenes y adultos de sus comunidades. En lugar de alentar la indepen-



UNICEF/HO96-1223/Giacomo Prozzi

En una escuela comunitaria de Nthombimbi, Zambia, unos niños y niñas se reúnen en torno a una bomba de agua. La comunidad dirige y mantiene esta escuela para los niños y las niñas que no pueden pagar su asistencia a una escuela oficial. Muchos de los alumnos son huérfanos.

⁴ Powell GM, Morreira S, Rudd C, Ngonyama PP. 1994. *Child Welfare Policy and Practice in Zimbabwe* (estudio del Departamento de Pediatría de la Universidad de Zimbabwe y el Departamento de Bienestar Social de Zimbabwe). Zimbabwe: UNICEF.

dencia y el pensamiento creativo, la vida institucional suele promover la dependencia y desalentar la autonomía. Para muchos adolescentes que han vivido en una institución, la transición hacia una integración positiva como joven adulto en la comunidad es muy difícil. Carecen de aptitudes sociales y culturales esenciales y de una red de vínculos en la comunidad. En muchos países en desarrollo, la familia ampliada y la comunidad es todavía la red de seguridad social más importante, y la separación de estos sistemas de apoyo aumenta en gran medida la vulnerabilidad del huérfano a largo plazo. Mal preparados para integrarse en la vida comunitaria, y con muy pocos conocimientos sobre los riesgos potenciales y la mejor manera de protegerse a sí mismos, estos jóvenes pueden sentirse inútiles y deprimidos e involucrarse en actividades perjudiciales.

Las encuestas indican de manera constante que muchos niños y niñas en instituciones residenciales tienen por lo menos un progenitor o familiar vivo. En muchas partes del mundo, las familias pobres utilizan a veces los "orfanatos" como un mecanismo para asegurar que sus hijos disponen de acceso a servicios o a mejores condiciones materiales. Como resultado, la atención institucional se convierte en un método muy caro para contrarrestar la pobreza y el aumento en el número de huérfanos. La experiencia indica, sin embargo, que los vínculos fundamentales de estos niños y niñas con sus familias y las estructuras de su clan pueden desaparecer si se prolonga la atención institucional. Los huérfanos institucionalizados que sufren esta pérdida de identidad familiar y del sentimiento de pertenencia a la comunidad corren un mayor riesgo de perder redes futuras de apoyo que los huérfanos que viven en hogares de guarda o en otros entornos comunitarios.

Otra desventaja de la atención institucional es que el costo por niño es considerablemente más elevado que el costo que supone la atención que presta una familia. Los costos que representa

apoyar a un niño en una residencia institucional podrían servir para apoyar un número mucho más elevado de niños y niñas en un entorno familiar. Debido al aumento cada vez mayor del número de huérfanos en los países más afectados por el VIH/SIDA, es esencial que los recursos disponibles se utilicen de una manera eficaz para beneficiar al mayor número posible de niños.

Para los niños y las niñas que no pueden recibir el apoyo de la red de seguridad de la familia ampliada, las soluciones preferibles a la atención institucional tradicional incluyen la colocación en hogares de guarda, la adopción local, la colocación en grupos familiares sustitutos integrados en las comunidades, y la atención residencial en grupos de pequeña escala en entornos parecidos a los hogares. En algunos casos, un grupo de hermanos y hermanas podría decidir permanecer en su hogar después de la muerte de ambos progenitores. Si se da un apoyo adecuado de los miembros de la familia ampliada o los residentes de la comunidad, ésta puede ser una solución aceptable porque permite a los niños y niñas mantener contacto con sus parientes más cercanos. En las zonas rurales, podría permitirles conservar la propiedad de la tierra de sus progenitores. Y por último, algunas instituciones residenciales reconocen su capacidad limitada para absorber a más niños y niñas y están adaptando sus programas para proporcionar servicios de divulgación y diurnos para niños y niñas en hogares vulnerables.

Para proporcionar alternativas a los niños y niñas que de otro modo podrían terminar en las calles o a cargo de la atención institucional, estas opciones para una mejora en el cuidado de los huérfanos deben ser más amplias de lo que ocurre en la actualidad. La colocación en instituciones residenciales debe reservarse como un último resorte en los lugares donde todavía no hay mejores opciones de atención o como una medida temporal con miras a la colocación del niño en una familia.

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

En marzo de 2004, el Comité de Organizaciones Copatrocinadoras de ONUSIDA aprobó un *Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA*, un documento consensuado sobre cómo responder mejor al creciente número de huérfanos y de otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA. La aprobación de ONUSIDA se produjo después de la primera reunión del Foro Mundial de Aliados, convocado en octubre de 2003 por el UNICEF con apoyo de ONUSIDA. En el Foro, más de 70 profesionales y encargados de elaborar políticas, procedentes de entidades donantes bilaterales y multilaterales, organismos de las Naciones Unidas, fundaciones, organizaciones no gubernamentales y religiosas, instituciones académicas y de investigación, y otras organizaciones de la sociedad civil, aprobaron el borrador del marco.

El *Marco* ofrece una base para elaborar políticas y programas con el objetivo de lograr las metas establecidas para los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Consiste de una compilación de metas internacionales, principios, estrategias, orientaciones de política e indicadores sobre los progresos. El núcleo del *Marco* son cinco estrategias que se presentaron por primera vez en la serie *Niños al borde del abismo*. El *Marco* incorpora también orientaciones programáticas basadas en principios para la programación que se incluyeron en *Niños al borde del abismo 2002*.



Un niño abraza a su abuela en Maseru, la capital de Lesotho. Él es uno de los tres nietos que ella cuida después de la muerte de sus padres de SIDA.

El *Marco* está basado en lecciones aprendidas durante muchos años en todo el mundo, no solamente en África. Considera a las familias y las comunidades como la base de una respuesta efectiva a gran escala, reconoce el papel que desempeñan las organizaciones comunitarias como primera línea de acción, e incluye a los niños, las niñas y los jóvenes como aliados importantes. Pide que se tomen medidas de apoyo para todos los niños y niñas vulnerables y para las comunidades donde residen, y defiende con firmeza que se incorporen actividades en apoyo a los huérfanos y los niños y niñas vulnerables en los marcos de políticas existentes y los mecanismos y programas de desarrollo. El *Marco* reconoce que dirigir la acción solamente a los

niños y niñas afectados por el VIH/SIDA puede agravar el estigma y la discriminación, y defiende que la protección, el cuidado y el apoyo para los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables se integre con otros programas destinados a reducir la pobreza, promover el bienestar de la infancia y luchar contra el VIH/SIDA.

El *Marco* ofrece una base compartida para que los grupos preocupados por la seguridad y el bienestar de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables formulen medidas conjuntas. Su puesta en práctica exigirá una amplia alianza entre los sectores gubernamentales, de donantes y las organizaciones de la sociedad civil. Los grupos y organizaciones individuales que apliquen la orientación que proporciona el *Marco* a sus programas en apoyo a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables descubrirán que, como consecuencia de ello, sus

actividades se refuerzan. La puesta en práctica del *Marco* contribuirá también de manera considerable al logro de las metas que se han incluido en acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo para el Milenio, Educación para todos y la Eliminación de las peores formas de trabajo infantil.

Las cinco estrategias clave que se definen en el *Marco* son:

1. Potenciar la capacidad de las familias para proteger y cuidar de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables, prolongando las vidas de sus progenitores y facilitando ayuda económica, psicosocial y de otro tipo.

Cuando los efectos del VIH/SIDA comienzan hacerse sentir en una familia, las relaciones familiares constituyen la fuente más inmediata de apoyo. Al reconocer esta realidad, el elemento central de una estrategia que responda a la situación de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables debe ser la potenciación de la capacidad de las familias para hacerse cargo de estos niños y niñas y protegerlos. La gran mayoría de huérfanos y niños vulnerables siguen viviendo con los progenitores sobrevivientes o con la familia ampliada, e incluso la mayor parte de los niños que viven en la calle mantienen los vínculos con sus familias. La familia constituye la mejor esperanza para los niños y niñas vulnerables, pero requiere el apoyo de fuentes exteriores para cubrir sus necesidades inmediatas de supervivencia y, a largo plazo, para:

- Mejorar la capacidad económica de la familia
- Facilitar ayuda psicosocial
- Potenciar y dar apoyo a sus capacidades para cuidar a los niños y niñas
- Dar apoyo a la planificación de la sucesión
- Lograr que los progenitores vivan más tiempo, mejor y con una mayor dignidad
- Potenciar la preparación para la vida cotidiana de los jóvenes, incluido cómo evitar la infección por VIH

2. Movilizar y dar apoyo a las respuestas que surgen en la propia comunidad para proporcionar asistencia inmediata y a largo plazo a los hogares vulnerables.

Después de las familias, la comunidad es la siguiente red de seguridad. Miles de grupos de base

responden a las necesidades de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables en los países afectados por el VIH/SIDA. La mayoría de sus iniciativas se deben a los esfuerzos espontáneos de entidades religiosas u otros grupos comunitarios, mientras que otras responden a la movilización y el apoyo de organizaciones exteriores. En algunos casos, las comunidades apoyan hogares encabezados por niños y niñas que carecen del apoyo de la familia ampliada.

Reforzar la capacidad de las comunidades de ofrecer ayuda, protección y cuidados es fundamental para establecer una respuesta que sea equiparable a la crisis del VIH/SIDA y sus repercusiones a largo plazo sobre la infancia. Las medidas que las comunidades han puesto en práctica para proteger y prestar asistencia a los huérfanos y los niños y niñas vulnerables incluyen:

- Visitar a los niños y niñas más vulnerables para proporcionarles apoyo emocional y material
- Alertar a las autoridades sobre la existencia de problemas urgentes
- Construir huertos comunitarios para prestar asistencia a los hogares vulnerables
- Plantar cosechas de escaso mantenimiento y distribuir los productos a los hogares vulnerables
- Organizar programas cooperativos de guarderías
- Recaudar fondos para prestar asistencia a individuos vulnerables
- Organizar grupos juveniles que utilicen el teatro y la música para estimular la prevención del VIH y la compasión hacia las personas que viven con SIDA, sus familias y los huérfanos
- Organizar actividades deportivas y de recreación para promover la integración de los huérfanos
- Alentar a las familias de guarda a que envíen a los huérfanos a la escuela
- Exhortar a las escuelas a que eliminen los costos para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables
- Organizar escuelas comunitarias
- Trabajar para evitar la propagación del VIH
- Ofrecer formación profesional

3. Garantizar el acceso de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables a los servicios esenciales, entre otros la educación, los servicios sanitarios, el registro de nacimientos y otros.

La Declaración de Compromiso del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA pide incrementar el acceso de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables a los servicios esenciales y ayudarles a alcanzar la igualdad con otros niños. Los gobiernos tienen la obligación de proporcionar servicios a todos los niños y todas las comunidades. Las alianzas con las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil son a menudo fundamentales para ampliar estos servicios a las comunidades vulnerables. Con el fin de garantizar una mayor repercusión y sostenibilidad, es necesario aumentar los recursos, ofrecer servicios innovadores y diseñar intervenciones que contribuyan a fomentar la capacidad, la calidad, la colaboración y el alcance de los programas de prestación de servicios.

Las prioridades y estrategias en la prestación de servicios varían según el país, pero deben concentrarse sobre todo en:

- La matriculación escolar y la asistencia a clase
- El registro de nacimientos para huérfanos y niños y niñas vulnerables
- El acceso a servicios básicos de salud y nutrición
- El acceso al agua potable y al saneamiento
- Protecciones judiciales para los niños y niñas vulnerables
- Servicios de colocación para niños y niñas privados de cuidados familiares
- Planificación y acción locales

4. Garantizar que los gobiernos protejan a los niños y niñas más vulnerables mediante mejores políticas y medidas legislativas, y también mediante la asignación de recursos a las comunidades.

Si bien la responsabilidad de cuidar y proteger a los niños y las niñas recae en primer lugar sobre la familia, los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad en última instancia de protegerlos y garantizar su bienestar. A fin de hacer frente a estas obligaciones, los gobiernos deben contar con

apoyo en una amplia gama de acciones multisectoriales, y prestar asistencia a su vez. Ningún ministerio tiene jurisdicción única sobre los asuntos relacionados con los huérfanos y los niños vulnerables. Los gobiernos deben hallar un modo de hacer colaborar conjuntamente a los ministerios de educación, hacienda, sanidad, seguridad social y otros con el fin de ofrecer respuestas de un modo coordinado y efectivo. Las principales medidas son:

- Adoptar políticas, estrategias y planes de acción de ámbito nacional para proteger a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables en el contexto de planes más amplios de desarrollo y reducción de la pobreza
- Potenciar la capacidad de los gobiernos para proporcionar servicios y proteger a la niñez y las familias
- Garantizar que los recursos lleguen a las comunidades que los necesitan
- Desarrollar y poner en práctica un marco legislativo de apoyo que prohíba la discriminación, proteja el derecho a la sucesión, elimine las peores formas de trabajo infantil y proteja a los niños y niñas contra el abuso
- Prestar protección y servicios de colocación para niños y niñas privados del cuidado familiar
- Establecer mecanismos que garanticen el intercambio de información y la colaboración entre todas las partes interesadas

5. Potenciar la concienciación a todos los niveles mediante actividades de promoción y movilización social, a fin de crear un entorno propicio para los niños y las niñas afectadas por el VIH/SIDA.

Ningún organismo ni individuo tiene los recursos ni la capacidad necesarias para organizar una respuesta nacional eficaz a las consecuencias del VIH/SIDA. La colaboración es esencial en los planos comunitario, distrital, nacional, regional e internacional. Los grupos del sector público, privado y de la sociedad civil deben establecer el sentimiento de una responsabilidad compartida para la protección y el bienestar de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables. Las medidas fundamentales para fomentar un entorno protector incluyen aumentar la concienciación de las repercusiones del VIH/SIDA sobre los niños, las niñas y las familias entre los encargados de formular políticas, los

dirigentes comunitarios, las organizaciones y el público en general; generar un sentimiento de responsabilidad compartida y una visión sobre cómo prestar apoyo y proteger a todos los afectados; y reducir el miedo, la ignorancia, la negación, el estigma y la discriminación mediante un aumento del acceso a la información, poniendo en tela de juicio los mitos y transformando la percepción del público con respecto al VIH/SIDA. Las medidas para fomentar un entorno más acogedor pueden llevarse a cabo en los planos nacional, distrital o local, e incluyen:

- Llevar a cabo un análisis de situación basado en la colaboración para potenciar la concienciación de las personas interesadas y movilizarlos en favor de una acción colectiva
- Formular un amplio plan nacional de acción para huérfanos y otros niños y niñas vulnerables
- Generar un amplio sentimiento de responsabilidad hacia los niños y niñas vulnerables
- Movilizar a dirigentes influyentes con el fin de reducir el estigma, el silencio y la discriminación
- Reforzar y apoyar las iniciativas de movilización social

El desafío que significa proteger los derechos y asegurar el bienestar de los niños y las niñas afectados por el VIH/SIDA no tiene precedentes. No existe un arreglo ni una solución fáciles, pero mediante la creación de alianzas comprometidas para tratar de poner en práctica las cinco estrategias señaladas anteriormente y evaluar y mejorar constantemente los programas, podremos aliviar el sufrimiento humano a gran escala y asegurar un mejor futuro para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables que viven en un mundo con VIH y SIDA.

Participación infantil

Los niños, las niñas y los adolescentes deben participar en la planificación y puesta en práctica de las actividades destinadas a mitigar las repercusiones del VIH/SIDA en sus comunidades. Ellos pueden formar una parte importante de la solución proporcionando apoyo psicosocial a niños y niñas de su misma edad o menores que ellos. Pueden ayudar a las personas enfermas con VIH/SIDA realizando labores en el hogar. Pueden participar en obras de teatro, actividades musicales, periódicos juveniles y sesiones de orientación para fomentar un cambio de comportamiento en la comunidad. Es preciso considerarles como colaboradores importantes y agentes de cambio, no simplemente como el público de los mensajes sobre el VIH/SIDA y beneficiarios de los programas.

La desesperanza y un sentimiento de impotencia son dos de los principales obstáculos que impiden la prevención del VIH. Al contar de manera activa con la participación de los niños, las niñas y los adolescentes, los programas pueden ofrecerles importante información y ayudarles a establecer una autoestima esencial. Las actividades para ayudar a los jóvenes a controlar su propio destino y a tener esperanza en el futuro aumentan la posibilidad de que escojan comportamientos que les ayuden evitar la infección por VIH.

Los jóvenes que viven en hogares con progenitores o cuidadores crónicamente enfermos deberían participar en el proceso de toma de decisiones relacionado con su colocación en hogares de guarda en el futuro. Esto forma una parte integral de la planificación de la sucesión, y ayuda a los progenitores seropositivos a preparar el futuro y ofrecer a sus hijos el apoyo que necesitan. Hay menos posibilidades de que se infrinja el derecho a la sucesión cuando el progenitor ha preparado un plan.

Depende de todos nosotros asegurar una participación efectiva de los niños y las niñas en todas las cuestiones relacionadas con su seguridad, bienestar, desarrollo y su futuro rol en la sociedad.

Apéndices



UNICEF/HO98-1029/Giacomo Pirozzi

Unos niños bailan y cantan en el patio de una escuela comunitaria cerca de Livingstone, Zambia. La comunidad local dirige y mantiene la escuela para niños y niñas que no pueden acudir a las escuelas oficiales. Muchos de los estudiantes son huérfanos.

APÉNDICES

Apéndice 1: Tablas estadísticas	26
Apéndice 2: Métodos para calcular y proyectar las repercusiones del VIH/SIDA sobre el número de niños y niñas huérfanos	33
Apéndice 3: Supervisar y evaluar los indicadores	36
Apéndice 4: Principios para la formulación de programas	38
Apéndice 5: Medidas nacionales	40
Apéndice 6: Una selección de recursos	41

Tabla 1: África subsahariana: Estimaciones de huérfanos por tipo y causa, 2003

País	Todos los niños de 0 a 17 años (miles)	Total de huérfanos como porcentaje de todos los niños	Huérfanos de madre		Huérfanos de padre		Huérfanos dobles			Niños huérfanos en 2003					
			Cifra total de huérfanos	Cifra total de huérfanos debido al SIDA	Cifra total de huérfanos	Cifra total de huérfanos debido al SIDA	SIDA	Otra causa	Total						
											SIDA	Otra causa	Total		
Angola	7 000	15%	1 000 000	110 000	11%	86 000	420 000	510 000	79 000	620 000	700 000	67 000	130 000	200 000	110 000
Benin	4 000	9%	340 000	34 000	10%	22 000	130 000	150 000	21 000	210 000	230 000	11 000	32 000	43 000	39 000
Botswana	800	20%	160 000	120 000	77%	110 000	20 000	130 000	75 000	23 000	99 000	62 000	2 000	64 000	25 000
Burkina Faso	8 000	11%	830 000	260 000	32%	190 000	270 000	450 000	160 000	370 000	530 000	100 000	58 000	160 000	89 000
Burundi	4 000	15%	660 000	200 000	30%	140 000	230 000	370 000	130 000	310 000	430 000	90 000	54 000	140 000	71 000
Camerún	8 000	12%	930 000	240 000	25%	160 000	310 000	470 000	140 000	470 000	600 000	83 000	66 000	150 000	120 000
Chad	4 000	12%	500 000	96 000	19%	65 000	170 000	240 000	59 000	280 000	340 000	35 000	40 000	76 000	61 000
Congo	2 000	13%	260 000	97 000	37%	68 000	70 000	140 000	56 000	110 000	170 000	33 000	14 000	47 000	29 000
Congo, Rep. Dem. del	24 000	17%	4 200 000	770 000	18%	570 000	1 600 000	2 200 000	490 000	2 300 000	2 800 000	370 000	430 000	790 000	480 000
Côte d'Ivoire	7 000	13%	940 000	310 000	32%	230 000	260 000	490 000	180 000	460 000	640 000	120 000	62 000	180 000	110 000
Djibouti	300	11%	33 000	5 000	15%	3 000	12 000	15 000	3 000	19 000	22 000	1 000	2 000	4 000	4 000
Eritrea	2 000	10%	230 000	39 000	17%	24 000	79 000	100 000	21 000	130 000	150 000	9 000	14 000	23 000	26 000
Etiopía	35 000	11%	3 900 000	720 000	18%	460 000	1 400 000	1 800 000	410 000	2 100 000	2 600 000	190 000	270 000	460 000	470 000
Gabón	500	11%	57 000	14 000	24%	9 000	18 000	27 000	8 000	30 000	38 000	4 000	3 000	7 000	7 000
Gambia	500	9%	45 000	2 000	5%	1 000	17 000	18 000	1 000	30 000	31 000	500	4 000	4 000	5 000
Ghana	10 000	10%	1 000 000	170 000	17%	120 000	370 000	490 000	96 000	540 000	640 000	49 000	75 000	120 000	110 000
Guinea	4 000	10%	420 000	35 000	8%	24 000	180 000	200 000	22 000	250 000	280 000	14 000	45 000	59 000	46 000
Guinea Bissau*	800	11%	81 000					36 000			56 000			11 000	10 000
Guinea Ecuatorial*	200	13%	24 000					13 000			16 000			5 000	3 000
Kenya	15 000	11%	1 700 000	650 000	37%	560 000	500 000	1 100 000	380 000	750 000	1 100 000	330 000	110 000	450 000	230 000
Lesotho	1 000	19%	180 000	100 000	56%	79 000	45 000	120 000	64 000	49 000	110 000	49 000	7 000	56 000	28 000
Liberia	2 000	13%	230 000	36 000	15%	27 000	92 000	120 000	24 000	130 000	160 000	17 000	25 000	42 000	28 000
Madagascar	9 000	11%	1 000 000	30 000	3%	17 000	460 000	480 000	17 000	640 000	660 000	7 000	120 000	130 000	110 000
Malawi	7 000	14%	1 000 000	500 000	48%	360 000	260 000	610 000	310 000	350 000	660 000	190 000	47 000	240 000	130 000
Mali	8 000	10%	730 000	75 000	10%	49 000	290 000	330 000	43 000	430 000	470 000	21 000	59 000	80 000	86 000
Mauritania	1 000	9%	140 000	2 000	1%	900	57 000	58 000	900	95 000	96 000	300	14 000	14 000	16 000
Mozambique	10 000	15%	1 500 000	470 000	31%	330 000	480 000	810 000	280 000	690 000	980 000	190 000	110 000	290 000	200 000
Namibia	1 000	12%	120 000	57 000	48%	41 000	30 000	71 000	33 000	40 000	73 000	19 000	5 000	24 000	21 000
Niger	6 000	11%	680 000	24 000	4%	14 000	310 000	320 000	13 000	420 000	430 000	5 000	66 000	71 000	80 000
Nigeria	69 000	10%	7 000 000	1 800 000	26%	1 200 000	2 400 000	3 600 000	1 000 000	3 300 000	4 400 000	490 000	420 000	920 000	870 000
República Centroafricana	2 000	16%	290 000	110 000	39%	83 000	81 000	160 000	71 000	120 000	190 000	48 000	17 000	65 000	36 000
Rwanda	5 000	17%	810 000	160 000	20%	140 000	370 000	510 000	130 000	420 000	550 000	120 000	120 000	240 000	65 000
Senegal	5 000	9%	460 000	17 000	4%	11 000	180 000	190 000	10 000	310 000	320 000	4 000	50 000	54 000	51 000
Sierra Leona*	2 000	14%	350 000					160 000			260 000			68 000	40 000
Somalia*	7 000	11%	770 000					510 000			510 000			96 000	83 000
Sudáfrica	17 000	13%	2 200 000	1 100 000	48%	740 000	440 000	1 200 000	570 000	830 000	1 400 000	290 000	74 000	360 000	370 000
Sudán	16 000	9%	1 300 000	91 000	7%	55 000	520 000	570 000	49 000	840 000	890 000	18 000	99 000	120 000	150 000
Suazilandia	600	18%	100 000	65 000	63%	48 000	21 000	69 000	42 000	24 000	66 000	29 000	3 000	32 000	17 000
Tanzania, Rep. Unida de	14 000	14%	2 500 000	980 000	40%	710 000	650 000	1 400 000	580 000	1 000 000	1 600 000	370 000	130 000	500 000	310 000
Togo	2 000	9%	240 000	54 000	23%	37 000	74 000	110 000	32 000	130 000	160 000	18 000	17 000	34 000	31 000
Uganda	18 000	14%	2 000 000	940 000	48%	700 000	450 000	1 100 000	570 000	700 000	1 300 000	380 000	87 000	470 000	190 000
Zambia	6 000	19%	1 100 000	630 000	60%	510 000	200 000	710 000	370 000	290 000	670 000	290 000	33 000	320 000	120 000
Zimbabue	7 000	19%	1 300 000	980 000	78%	800 000	130 000	940 000	560 000	190 000	760 000	420 000	14 000	440 000	160 000
Total	350 000	12,3%	43 400 000	12 300 000	28%	8 900 000	14 100 000	23 000 000	7 300 000	20 900 000	28 200 000	4 600 000	3 100 000	7 700 000	5 200 000

Nota: La suma de los totales podría no coincidir con la suma de las columnas o las filas por haberse redondeado las cifras.

* La información sobre la incidencia del VIH en estos países no es suficiente como para realizar una estimación del número de huérfanos debido al SIDA.

Asia: estimaciones de huérfanos por tipo, 2003

País	Todos los niños de 0 a 17 años (miles)	Total de huérfanos como porcentaje de todos los niños	Cifra total de huérfanos	Niños huérfanos en 2003			
				Huérfanos de madre	Huérfanos de padre	Huérfanos dobles	
Afganistán	14.000	12%	1.600.000	710.000	1.100.000	210.000	180.000
Bangladesh	59.000	9%	5.300.000	2.500.000	3.400.000	650.000	540.000
Bhután	1.000	7%	90.000	35.000	61.000	7.000	9.000
Brunei Darussalam	100	4%	4.200	1.000	3.000	100	500
Camboya	7.000	9%	670.000	280.000	480.000	95.000	77.000
China	370.000	6%	20.600.000	5.800.000	15.900.000	1.000.000	2.300.000
Corea, Rep. Dem. Pop. de	7.000	10%	710.000	200.000	560.000	52.000	90.000
Corea, República de	11.000	6%	630.000	130.000	520.000	22.000	71.000
Fiji	400	6%	25.000	9.000	18.000	2.000	3.000
Filipinas	37.000	6%	2.100.000	720.000	1.500.000	130.000	230.000
India	400.000	9%	35.000.000	15.700.000	23.300.000	4.000.000	3.700.000
Indonesia	76.000	8%	6.100.000	2.300.000	4.400.000	560.000	620.000
Irán (República Islámica del)	29.000	7%	2.100.000	790.000	1.400.000	130.000	200.000
Lao, Rep. Pop. Dem.	3.000	10%	290.000	130.000	210.000	42.000	30.000
Malasia	10.000	5%	480.000	140.000	370.000	23.000	57.000
Mongolia	1.000	8%	78.000	30.000	55.000	6.000	8.000
Myanmar	20.000	9%	1.900.000	710.000	1.400.000	200.000	200.000
Nepal	11.000	9%	1.000.000	480.000	700.000	140.000	110.000
Pakistán	77.000	6%	4.800.000	1.700.000	3.400.000	300.000	540.000
Papua New Guinea	2.000	9%	220.000	94.000	150.000	21.000	23.000
Sri Lanka	6.000	5%	340.000	86.000	270.000	15.000	39.000
Tailandia	20.000	7%	1.400.000	400.000	1.100.000	97.000	170.000
Viet Nam	30.000	7%	2.100.000	750.000	1.500.000	160.000	220.000
Total	1.200.000	7.3%	87.600.000	33.700.000	61.800.000	7.900.000	9.500.000

Nota: La suma de los totales podría no coincidir con la suma de las columnas o las filas por haberse redondeado las cifras.

América Latina y el Caribe: estimaciones de huérfanos por tipo, 2003

País	Todos los niños de 0 a 17 años (miles)	Total de huérfanos como porcentaje de todos los niños	Cifra total de huérfanos	Huérfanos de madre	Huérfanos de padre	Huérfanos dobles	Niños huérfanos en 2003
Argentina	12.000	6%	750.000	140.000	630.000	25.000	87.000
Bahamas	100	7%	7.600	2.000	6.000	500	800
Barbados	65	5%	3.700	800	3.000	<100	400
Belize	100	5%	5.600	2.000	4.000	200	800
Bolivia	4.000	8%	340.000	130.000	230.000	23.000	35.000
Brasil	58.000	7%	4.300.000	1.200.000	3.300.000	210.000	470.000
Chile	5.000	4%	230.000	46.000	190.000	5.000	28.000
Colombia	17.000	5%	910.000	250.000	690.000	31.000	100.000
Costa Rica	1.000	4%	50.000	12.000	39.000	1.000	6.000
Cuba	3.000	4%	130.000	31.000	100.000	3.000	15.000
Ecuador	5.000	6%	290.000	91.000	220.000	12.000	33.000
El Salvador	3.000	6%	180.000	53.000	130.000	7.000	19.000
Guatemala	7.000	8%	510.000	190.000	350.000	29.000	57.000
Guyana	400	9%	33.000	12.000	23.000	2.000	4.000
Haití	4.000	15%	610.000	320.000	390.000	99.000	56.000
Honduras	3.000	5%	180.000	53.000	140.000	15.000	23.000
Jamaica	1.000	4%	45.000	14.000	33.000	1.000	6.000
México	42.000	5%	1.900.000	520.000	1.500.000	57.000	230.000
Nicaragua	3.000	6%	150.000	53.000	100.000	6.000	16.000
Panamá	1.000	4%	48.000	12.000	37.000	1.000	6.000
Paraguay	3.000	6%	150.000	48.000	110.000	6.000	18.000
Perú	11.000	6%	720.000	240.000	510.000	34.000	77.000
República Dominicana	4.000	7%	260.000	85.000	190.000	12.000	30.000
Surinam	200	6%	13.000	4.000	9.000	600	1.000
Trinidad y Tabago	400	7%	28.000	9.000	21.000	1.000	4.000
Uruguay	1.000	6%	62.000	10.000	53.000	2.000	7.000
Venezuela	10.000	5%	460.000	120.000	350.000	14.000	56.000
Total	200.000	6.2%	12.400.000	3.700.000	9.300.000	600.000	1.400.000
Total de todas las regiones	1.700.000	8.4%	143.000.000	60.300.000	99.300.000	16.200.000	16.100.000

Nota: La suma de los totales podría no coincidir con la suma de las columnas o las filas por haberse redondeado las cifras.

Tabla 2: Huérfanos por tipo, causa y año en África subsahariana, Asia y América Latina y el Caribe

Región	Año	Todos los niños de 0 a 17 años (miles)	Total de huérfanos como porcentaje de todos los niños	Cifra total de huérfanos	Cifra total de huérfanos debido al SIDA	Huérfanos debido al SIDA como porcentaje del total de huérfanos	Huérfanos de madre	Huérfanos de padre	Huérfanos dobles	Niños huérfanos durante el año
África subsahariana	1990	260.000	10,9%	28.400.000	550.000	1,9%	12.800.000	19.100.000	3.500.000	3.200.000
	1995	290.000	11,2%	32.500.000	3.000.000	9,2%	15.200.000	21.700.000	4.300.000	4.000.000
	2000	330.000	11,9%	39.200.000	8.500.000	21,7%	19.800.000	25.800.000	6.400.000	4.900.000
	2003	350.000	12,3%	43.400.000	12.300.000	28,3%	23.000.000	28.200.000	7.700.000	5.200.000
	2010	400.000	12,5%	50.000.000	18.400.000	36,8%	27.600.000	32.000.000	9.600.000	5.300.000
Asia*	1990	1.100.000	8,8%	96.600.000	-	-	41.200.000	67.200.000	11.800.000	10.300.000
	1995	1.100.000	8,6%	94.500.000	-	-	39.100.000	65.900.000	10.500.000	10.000.000
	2000	1.200.000	7,5%	90.200.000	-	-	35.700.000	63.200.000	8.700.000	9.700.000
	2003	1.200.000	7,3%	87.600.000	-	-	33.700.000	61.800.000	7.900.000	9.500.000
	2010	1.200.000	6,7%	80.100.000	-	-	28.400.000	57.700.000	6.100.000	8.700.000
América Latina y el Caribe*	1990	190.000	7,1%	13.400.000	-	-	4.400.000	9.600.000	800.000	1.400.000
	1995	190.000	7,0%	13.300.000	-	-	4.300.000	9.700.000	700.000	1.400.000
	2000	200.000	6,4%	12.800.000	-	-	3.900.000	9.500.000	700.000	1.400.000
	2003	200.000	6,2%	12.400.000	-	-	3.700.000	9.300.000	600.000	1.400.000
	2010	200.000	6,0%	12.000.000	-	-	3.300.000	9.100.000	500.000	1.400.000
Todas las regiones	1990	1.600.000	8,7%	138.400.000	-	-	58.400.000	95.900.000	16.100.000	14.900.000
	1995	1.600.000	8,8%	140.300.000	-	-	58.600.000	97.300.000	15.500.000	15.400.000
	2000	1.700.000	8,4%	142.200.000	-	-	59.400.000	98.500.000	15.800.000	16.000.000
	2003	1.700.000	8,4%	143.400.000	-	-	60.300.000	99.300.000	16.200.000	16.100.000
	2010	1.800.000	7,9%	142.100.000	-	-	59.300.000	98.800.000	16.200.000	15.400.000

Nota: La suma de los totales podría no coincidir con la suma de las columnas o las filas por haberse redondeado las cifras.

* La información sobre la incidencia del VIH en estas regiones no es suficiente como para realizar una estimación del número de huérfanos debido al SIDA.

Tabla 3: África subsahariana: Número de huérfanos por año, país y región

País	Huérfanos como porcentaje de todos los niños				
	1990	1995	2000	2003	2010
Angola	14%	14%	15%	15%	14%
Benin	10%	9%	9%	9%	9%
Botswana	7%	7%	15%	20%	24%
Burkina Faso	10%	10%	11%	11%	10%
Burundi	12%	13%	15%	15%	14%
Camerún	11%	11%	11%	12%	14%
Chad	12%	11%	12%	12%	12%
Congo	10%	11%	13%	13%	12%
Congo, Rep. Dem. del	14%	15%	17%	17%	17%
Côte d'Ivoire	10%	11%	12%	13%	13%
Djibouti	11%	11%	11%	11%	10%
Guinea Ecuatorial	14%	13%	13%	13%	15%
Eritrea	11%	11%	10%	10%	10%
Etiopía	12%	11%	11%	11%	11%
Gabón	10%	10%	10%	11%	12%
Gambia	12%	10%	9%	9%	8%
Ghana	11%	10%	10%	10%	10%
Guinea	12%	11%	10%	10%	10%
Guinea Bissau	13%	12%	11%	11%	11%
Kenya	11%	10%	11%	11%	11%
Lesotho	12%	11%	14%	19%	23%
Liberia	11%	11%	12%	13%	13%
Madagascar	13%	12%	12%	11%	11%
Malawi	11%	11%	13%	14%	15%
Mali	10%	10%	10%	10%	9%
Mauritania	11%	10%	10%	9%	9%
Mozambique	12%	12%	14%	15%	17%
Namibia	10%	9%	10%	12%	18%
Niger	12%	11%	11%	11%	10%
Nigeria	10%	10%	10%	10%	10%
República Centroafricana	13%	13%	15%	16%	18%
Rwanda	14%	18%	19%	17%	14%
Senegal	10%	10%	10%	9%	9%
Sierra Leona	14%	14%	14%	14%	14%
Somalia	11%	12%	12%	11%	10%
Sudáfrica	10%	9%	10%	13%	19%
Sudán	10%	9%	9%	9%	9%
Swazilandia	11%	10%	14%	18%	24%
Tanzania, Rep. Unida de	9%	10%	12%	14%	15%
Togo	9%	9%	9%	9%	10%
Uganda	10%	13%	15%	14%	11%
Zambia	10%	10%	18%	19%	19%
Zimbabue	7%	9%	16%	19%	21%
Total	11%	11%	12%	12%	12%

País	Número de huérfanos por año, país y región				
	1990	1995	2000	2003	2010
Angola	690.000	790.000	920.000	1.000.000	1.200.000
Benin	250.000	280.000	320.000	340.000	370.000
Botswana	50.000	58.000	120.000	160.000	190.000
Burkina Faso	510.000	630.000	780.000	830.000	910.000
Burundi	360.000	460.000	600.000	660.000	750.000
Camerún	670.000	710.000	820.000	930.000	1.100.000
Chad	340.000	380.000	440.000	500.000	600.000
Congo	130.000	170.000	230.000	260.000	300.000
Congo, Rep. Dem. del	2.400.000	2.900.000	3.700.000	4.200.000	4.900.000
Côte d'Ivoire	610.000	740.000	880.000	940.000	1.000.000
Djibouti	25.000	27.000	31.000	33.000	36.000
Guinea Ecuatorial	18.000	19.000	22.000	24.000	31.000
Eritrea	170.000	190.000	210.000	230.000	250.000
Etiopía	2.800.000	3.200.000	3.700.000	3.900.000	4.700.000
Gabón	45.000	48.000	53.000	57.000	68.000
Gambia	48.000	47.000	45.000	45.000	45.000
Ghana	880.000	930.000	980.000	1.000.000	1.000.000
Guinea	360.000	380.000	400.000	420.000	470.000
Guinea Bissau	65.000	69.000	75.000	81.000	100.000
Kenya	1.300.000	1.300.000	1.600.000	1.700.000	1.900.000
Lesotho	99.000	98.000	140.000	180.000	210.000
Liberia	140.000	170.000	210.000	230.000	290.000
Madagascar	790.000	870.000	960.000	1.000.000	1.100.000
Malawi	560.000	660.000	880.000	1.000.000	1.300.000
Mali	520.000	580.000	660.000	730.000	870.000
Mauritania	110.000	120.000	130.000	140.000	160.000
Mozambique	930.000	1.000.000	1.300.000	1.500.000	1.900.000
Namibia	74.000	74.000	90.000	120.000	180.000
Niger	490.000	560.000	630.000	680.000	820.000
Nigeria	5.000.000	5.500.000	6.300.000	7.000.000	8.200.000
República Centroafricana	180.000	200.000	260.000	290.000	350.000
Rwanda	550.000	750.000	830.000	810.000	800.000
Senegal	400.000	420.000	450.000	460.000	480.000
Sierra Leona	260.000	290.000	330.000	350.000	400.000
Somalia	520.000	610.000	720.000	770.000	850.000
Sudáfrica	1.500.000	1.500.000	1.800.000	2.200.000	3.100.000
Sudán	1.200.000	1.300.000	1.300.000	1.300.000	1.500.000
Swazilandia	50.000	53.000	76.000	100.000	130.000
Tanzania, Rep. Unida de	1.300.000	1.500.000	2.100.000	2.500.000	2.900.000
Togo	170.000	180.000	210.000	240.000	280.000
Uganda	950.000	1.400.000	1.800.000	2.000.000	1.900.000
Zambia	420.000	640.000	930.000	1.100.000	1.200.000
Zimbabue	370.000	570.000	1.000.000	1.300.000	1.400.000
Total	28.400.000	32.500.000	39.200.000	43.400.000	50.000.000

Nota: La suma de los totales podría no coincidir con la suma de las columnas o las filas por haberse redondeado las cifras.

Tabla 3: Asia: Número de huérfanos por año, país y región

País	1990	1995	2000	2003	2010
Afganistán	1.300.000	1.400.000	1.500.000	1.600.000	1.800.000
Bangladesh	5.400.000	5.500.000	5.400.000	5.300.000	4.900.000
Bhután	95.000	93.000	91.000	90.000	87.000
Brunei Darussalam	4.500	4.500	4.300	4.200	4.000
Cambodia	560.000	580.000	650.000	670.000	690.000
China	24.700.000	23.500.000	21.500.000	20.600.000	18.000.000
Corea, Rep. Dem. Pop. de	440.000	500.000	650.000	710.000	740.000
Corea, República de	850.000	780.000	680.000	630.000	590.000
Fiji	24.000	25.000	25.000	25.000	25.000
Filipinas	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.100.000	2.000.000
India	37.900.000	37.100.000	35.800.000	35.000.000	32.300.000
Indonesia	7.600.000	7.300.000	6.500.000	6.100.000	5.200.000
Irán (República Islámica del)	2.400.000	2.400.000	2.300.000	2.100.000	1.600.000
Lao, Rep. Pop. Dem.	280.000	290.000	300.000	290.000	280.000
Malasia	460.000	480.000	490.000	480.000	470.000
Mongolia	110.000	100.000	88.000	78.000	60.000
Myanmar	2.100.000	2.000.000	1.900.000	1.900.000	1.700.000
Nepal	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Pakistán	4.400.000	4.600.000	4.700.000	4.800.000	4.800.000
Papua New Guinea	210.000	220.000	220.000	220.000	220.000
Sri Lanka	420.000	400.000	370.000	340.000	310.000
Tailandia	1.400.000	1.400.000	1.400.000	1.400.000	1.400.000
Viet Nam	2.700.000	2.600.000	2.300.000	2.100.000	1.800.000
Total	96.600.000	94.500.000	90.200.000	87.600.000	80.100.000

Nota: La suma de los totales podría no coincidir con la suma de las columnas o las filas por haberse redondeado las cifras.

Huérfanos como porcentaje de todos los niños

	1990	1995	2000	2003	2010
	13%	12%	12%	12%	11%
	11%	10%	10%	9%	8%
	11%	10%	8%	7%	6%
	4%	4%	4%	4%	4%
	10%	9%	10%	9%	9%
	6%	6%	6%	6%	5%
	6%	6%	6%	6%	6%
	13%	12%	11%	10%	9%
	7%	7%	6%	6%	6%
	11%	10%	9%	9%	8%
	10%	9%	9%	8%	7%
	9%	8%	8%	7%	6%
	7%	7%	9%	10%	12%
	6%	5%	5%	5%	5%
	10%	9%	8%	8%	6%
	11%	10%	10%	9%	9%
	12%	11%	10%	9%	8%
	8%	7%	7%	6%	5%
	12%	11%	10%	9%	8%
	7%	7%	6%	6%	5%
	6%	6%	6%	5%	5%
	7%	7%	7%	7%	7%
	9%	8%	7%	7%	6%
	9%	8%	8%	7%	7%

Tabla 3: América Latina y el Caribe: Número de huérfanos por año, país y región

País	Huérfanos como porcentaje de todos los niños				
	1990	1995	2000	2003	2010
Argentina	7%	7%	7%	6%	6%
Bahamas	6%	7%	8%	7%	7%
Barbados	4%	4%	5%	5%	6%
Belize	4%	4%	4%	5%	6%
Bolivia	11%	10%	9%	8%	7%
Brasil	8%	8%	8%	7%	7%
Chile	5%	5%	4%	4%	5%
Colombia	6%	6%	6%	5%	5%
Costa Rica	4%	4%	4%	4%	4%
Cuba	4%	5%	4%	4%	5%
República Dominicana	7%	7%	7%	7%	7%
Ecuador	7%	7%	6%	6%	5%
El Salvador	9%	8%	6%	6%	5%
Guatemala	9%	9%	8%	8%	7%
Guyana	8%	8%	8%	9%	9%
Haití	13%	15%	15%	15%	13%
Honduras	6%	6%	5%	5%	5%
Jamaica	4%	4%	4%	4%	5%
México	6%	5%	5%	5%	4%
Nicaragua	8%	7%	6%	6%	5%
Panamá	5%	5%	4%	4%	4%
Paraguay	6%	6%	6%	6%	5%
Perú	8%	7%	7%	6%	6%
Suriname	6%	7%	6%	6%	7%
Trinidad y Tabago	6%	6%	6%	7%	7%
Uruguay	7%	7%	6%	6%	6%
Venezuela	5%	5%	5%	5%	5%
Total	7%	7%	6%	6%	6%
Total de todas las regiones	9%	9%	8%	8%	8%

Nota: La suma de los totales podría no coincidir con la suma de las columnas o las filas por haberse redondeado las cifras.

Apéndice 2

Métodos para calcular y proyectar las repercusiones del VIH/SIDA sobre el número de niños y niñas huérfanos

El VIH/SIDA repercute sobre la mortalidad de los adultos, la tasa de fecundidad y la supervivencia infantil, que son los principales factores para calcular el número de huérfanos. A fin de responder a la necesidad de establecer métodos estandarizados y ampliamente aceptados para calcular y proyectar el número de huérfanos (inclusive huérfanos de padre y huérfanos dobles), representantes de ONUSIDA, UNICEF, la Oficina del Censo de los Estados Unidos y USAID se reunieron en 2001 y 2002 bajo los auspicios del Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Elaboración de modelos y Proyecciones de ONUSIDA. Una parte importante de estas estimaciones son las nuevas estimaciones de 2001 sobre la incidencia y la mortalidad por VIH preparadas por el Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las ETS.

El Grupo de Referencia adoptó en 2002 los métodos para las estimaciones del número de huérfanos debido al SIDA y otras causas en países con epidemias generalizadas derivados por Grassly y Timæus (2002), y los utilizó posteriormente para preparar las estimaciones que aparecen en este informe. Los métodos están detallados en otros lugares (Grassly y Timæus 2002; Grupo de Referencia de ONUSIDA 2002).

Un cambio importante en el procedimiento para calcular la cifra de huérfanos en este documento es la exclusión de las estimaciones de huérfanos debido al SIDA en países con niveles reducidos de prevalencia del VIH. En *Niños al borde del abismo 2002* se incluyeron estimaciones de huérfanos a causa del SIDA procedentes de países que no forman parte de África subsahariana y en los que la epidemia afecta principalmente a grupos de alto riesgo. En estos países, un gran porcentaje de las personas que viven con VIH/SIDA son usuarios de drogas inyectables u hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, cuyas tasas de fecundidad se desconocen. Por tanto, se consideró que no había información suficiente para preparar cálculos de la misma calidad sobre los huérfanos a causa del SIDA en estos países. Además, debido a que la prevalencia entre adultos es menor en estos países, es muy poco probable que el SIDA tenga repercusiones importantes en el plano nacional sobre el número de niños y niñas que han quedado huérfanos.

Gráfico 9: Las relaciones entre los huérfanos de madre, los huérfanos de padre y los huérfanos dobles debido al SIDA y el estado serológico de los progenitores (Modificado del Grupo de Referencia ONUSIDA, 2002.)

		MADRE		
			Muerta	Viva
			SIDA	Otra
Padre	Muerto	SIDA	Huérfano doble (SIDA)	Huérfano doble (SIDA)
		Otra	Huérfano doble (SIDA)	Huérfano doble (no por SIDA)
	Vivo			

■ SIDA en el padre ■ SIDA en la madre

En este informe se utiliza la definición de huérfanos debido al SIDA que se adoptó en la reunión del Grupo de Referencia en estos términos: “todo niño o niña que ha perdido a uno de sus progenitores a causa de SIDA”, y un huérfano doble debido al SIDA como “un niño o niña cuya madre o padre han muerto, por lo menos uno de ellos debido al SIDA” (gráfico 9).

Huérfanos de madre

Los huérfanos de madre son aquellos niños o niñas cuya madre ha muerto, y de quienes se ignora la situación en materia de supervivencia de su padre (vivo, muerto a causa del SIDA, o muerto debido a otras causas). Las estimaciones de los huérfanos de madre debido al SIDA se calculan utilizando un método similar al que se ha descrito previamente (Gregson et al. 1994). El número de niños nacidos de mujeres que han muerto a causa del SIDA durante los últimos 17 años se calcula utilizando las tasas de fecundidad particulares de cada país y cada grupo de edad, y el número de aquellos que están vivos y son menores de 18 años se calcula utilizando una tabla de vida particular de cada país. Estos cálculos toman en cuenta las repercusiones de la infección por VIH sobre la fecundidad, así como la probabilidad de que se

transmita el virus de la madre al hijo, con el resultado de una reducción en las posibilidades de supervivencia del niño. Es preciso recalcularse el estado serológico de la madre durante los años que precedieron a su muerte por SIDA, utilizando estimaciones de la tasa de progresión de la enfermedad. Los cálculos tienen también en cuenta la repercusión de la muerte de la madre sobre la supervivencia infantil un año antes y un año después del nacimiento, que se produce independientemente del estado serológico del menor de edad (Crampin et al. 2003; Nakiyingi et al 2003; Ng'weshemi et al 2003).

Los huérfanos de madre debido a otras causas diferentes del SIDA se calculan de una manera similar. Sin embargo, se asume que la incidencia de VIH (y por tanto la transmisión vertical) entre mujeres que mueren de otras causas diferentes del SIDA es de 0, debido a que la mayoría suelen ser mujeres mayores de 35 años entre quienes la incidencia de VIH es reducida. Es necesario adoptar esta hipótesis debido a que se carece de datos sobre la incidencia entre estas mujeres, a diferencia de las mujeres que asisten a las clínicas prenatales. En el peor de los casos podría ocurrir que se sobrestime en un 5% el número de huérfanos de madre debido a causas diferentes del SIDA (sometido por Grassly y Timæus).

Huérfanos de padre

Las proyecciones demográficas basadas en las tablas de fecundidad de las mujeres implican una tasa de fecundidad total masculina que, junto a las tablas estandarizadas de fecundidad masculina, pueden utilizarse para estimar la distribución por edad de la fecundidad masculina. La fecundidad masculina puede utilizarse para calcular el número de niños cuyo padre murió de SIDA en los 17 años precedentes, de la misma manera que ocurre con las estimaciones de los huérfanos de madre debido al SIDA. Para explicar las repercusiones del VIH sobre la fecundidad de un compañero masculino de la pareja, y las repercusiones de la transmisión de madre a hijo sobre la supervivencia infantil, se necesita más información sobre la concordancia del estado serológico de los progenitores. Esto se basa en los datos sobre la incidencia de VIH entre las parejas de hombres seropositivos procedentes de 23 estudios. La regresión logística de la concordancia de la seropositividad sobre la incidencia del VIH en la población adulta (proveniente de las clínicas prenatales) revela una correlación positiva notable, tanto porque hay una probabilidad cada vez mayor de que hubiera una infección preexistente en la pareja femenina, como porque una incidencia elevada del VIH es un indicador de factores

de riesgo para la transmisión, entre los que cabe señalar una incidencia elevada de infecciones bacterianas sexualmente transmitidas o una limitada utilización de preservativos.

Los huérfanos de padre debido a causas diferentes del SIDA se calculan de una manera similar, con la hipótesis de que las compañeras sexuales de los hombres que mueren de SIDA tienen una incidencia de VIH equivalente a la de las mujeres que acuden a las clínicas prenatales.

Huérfanos dobles

La cifra de huérfanos dobles debido al SIDA tal como se definen puede estimarse mediante el cálculo del número total de niños y niñas cuyos padres y madres han muerto por cualquier causa, y restar aquellos niños cuyos padres y madres murieron por una causa diferente del SIDA (Gráfico 9). Las muertes de los progenitores no son independientes, debido a que comparten factores de riesgo como la situación socioeconómica y en materia de medio ambiente, y también debido a la transmisión de la enfermedad. El número de huérfanos dobles es por tanto más elevado de lo que sería si las muertes fueran independientes. Este riesgo excesivo de ser un huérfano doble fue calculado incorporando un modelo de regresión de niveles múltiples Poisson a los datos sobre las cifras de huérfanos de madre, de padre y dobles obtenidas por medio de las Encuestas Demográficas y de Salud que se llevaron a cabo en 31 países. Este análisis revela que el riesgo excesivo, y por tanto la relación entre las cifras de huérfanos dobles y huérfanos de madre y de padre, dependen de la edad del niño, de la incidencia de VIH cinco años antes de la encuesta, y de las pautas de matrimonio entre la población (proporción de mujeres de 15 a 19 años solteras, y la incidencia de la poligamia). Si las cifras de huérfanos de madre y de padre se conocen con precisión, la regresión permite predecir el número de huérfanos con un margen de error de un 5% para los datos incorporados de las Encuestas Demográficas. Para proyectar las cifras de huérfanos dobles en el futuro, cuando la incidencia proyectada de VIH (diferida por cinco años) pudiera ser más elevada que la escala incorporada en las Encuestas Demográficas (de 0% a 15%, excepto en Zimbabue, donde en 1999 había una incidencia diferida más elevada, de un 23,6%), es preciso aplicar con suma atención los resultados de estas regresiones.

Homologación

Los cálculos del número de huérfanos publicados en *Niños al borde del abismo 2002*, basados en los métodos descritos anteriormente, se compara-

ron con cálculos de huérfanos de países de África subsahariana que se obtuvieron de encuestas por hogares (Grassly et al. en imprenta). Los cálculos del total de huérfanos de 0 a 14 años de las Encuestas Demográficas y de Salud y las encuestas a base de indicadores múltiples (MICS) coinciden de manera considerable con los cálculos derivados de los modelos demográficos, después de tener en cuenta una sobreestimación de la mortalidad de adultos debida a causas diferentes del SIDA.

Por supuesto, las estimaciones de la cifras de huérfanos solamente pueden ser tan precisas como los datos demográficos y epidemiológicos en los que están basados. Las diferencias entre las hipótesis demográficas y epidemiológicas han llevado en el pasado a que varias organizaciones (Naciones Unidas 1995; Hunter and Williamson 2000; ONUSIDA 2000) hayan obtenido estimaciones diferentes del número de huérfanos debido al SIDA. A medida que mejoren los datos y las hipótesis, y que se amplíe el consenso sobre los métodos más apropiados, es muy posible que mejoren los cálculos internacionales sobre el número de huérfanos y las repercusiones del VIH/SIDA.

Selección de los países

En *Niños al borde del abismo 2004* se incluyen estimaciones sobre los huérfanos de 93 países: 43 países de África, 23 de Asia, y 27 de América Latina y el Caribe. Se trata de:

África subsahariana: Se incluyeron todos los países, excepto las naciones isleñas de Cabo Verde, Comoras, Mauricio, Reunión, Santo Tomé y Príncipe, y Seychelles. Estos países se excluyeron debido a que la información disponible era insuficiente para preparar estimaciones o a que tienen poblaciones de menos de un millón de personas y no hay una epidemia importante de SIDA.

América Latina y el Caribe: Se incluyeron todos los países, excepto aquellos en los que la información disponible era insuficiente para preparar estimaciones (Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas).

Asia: Para los objetivos de este informe, Asia incluye a todos los países de la región excepto los de la ex Unión Soviética, Japón y Singapur. Se incluyeron todos los países, excepto Maldivas, donde no había información suficiente con la que preparar estimaciones.

Referencias

Crampin AC, Floyd S, Glynn JR, et al. 2003. The long-term impact of HIV and orphanhood on the mortality and physical well-being of children in rural Malawi. *AIDS* **17**:389-397.

Grassly NC, Timæus IM. Orphan numbers in populations with generalised AIDS epidemics. *AIDS* (submitted).

Grassly NC, Lewis JJC, Mahy M, Walker N, and Timæus IM. 2004. Comparison of survey estimates with UNAIDS/WHO projections of mortality and orphan numbers in sub-Saharan Africa. *Population Studies* **58** (in press).

Gregson S, Garnett GP, et al. 1994. Assessing the potential impact of the HIV-1 epidemic on orphanhood and the demographic structure of populations in sub-Saharan Africa. *Population Studies* **48**(3):435-458.

Hunter S y Williamson J. 2000. *Children on the Brink 2000*. Executive Summary, Updated Estimates and Recommendations for Intervention. USAID. Disponible en www.usaid.gov.

Naciones Unidas. 2003. *World population prospects: The 2002 revision*. Nueva York: División de Población de las Naciones Unidas.

Nakiyingi JS, Bracher M, Whitworth JA, et al. 2003. Child survival in relation to mother's HIV infection and survival: Evidence from a Ugandan cohort study. *AIDS* **17**:1827-1834.

Ng'weshemi J, Urassa M, Isingo R, et al. 2003. HIV impact on mother and child mortality in rural Tanzania. *AIDS* **33**:393-404.

ONUSIDA. 2004. *Report on the global HIV/AIDS epidemic - July 2004*. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en www.unaids.org.

ONUSIDA. Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Elaboración de modelos y Proyecciones (2002). "Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections." *AIDS* **16**: W1-W16.

ONUSIDA, UNICEF, USAID. 2002. *Niños al borde del abismo 2002, Un informe conjunto sobre los cálculos del número de huérfanos y las estrategias en materia de programas*. Washington, D.C.: USAID. Disponible en www.unaids.org, www.unicef.org, y www.usaid.gov.

Apéndice 3

Indicadores para la supervisión y la evaluación

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan los encargados de formular medidas efectivas en favor de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables es la falta de datos para las tareas de supervisión y de evaluación. Resulta fundamental disponer de información fidedigna, que sea homogénea dentro de los países y entre ellos, para planificar políticas, supervisar los programas, tomar decisiones y realizar tareas de promoción nacionales e internacionales, así como para orientar las labores de los distintos sectores y grupos que participan en la labor de apoyo a los niños y niñas vulnerables, sus familias y sus comunidades.

Para supervisar los avances hacia las metas definidas en la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, aprobada en junio de 2001 durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, se establecieron una serie de indicadores básicos⁵. Uno de los indicadores (asistencia de los huérfanos a la escuela) estaba relacionado específicamente con los huérfanos, pero resulta insuficiente para orientar a los países, organizaciones y organismos involucrados en la protección y asistencia de los niños, las niñas y las familias afectados por el VIH/SIDA.

Por consiguiente, en abril de 2003, el UNICEF convocó el Equipo interinstitucional de tareas sobre huérfanos y niños vulnerables⁶, que reunió a una amplia coalición de individuos y organiza-



UNICEF/HO96-1399/Giacomo Pirozzi

Una niña aparece en la entrada de su clase en una guardería de Kibera, la mayor barriada de Nairobi, Kenya. El centro ofrece educación básica y alimentos a los niños y niñas huérfanos.

ciones interesadas a fin de llegar a un consenso sobre una serie de indicadores básicos para medir los avances nacionales en la mejora del bienestar de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables⁷. Sobre la base de la Declaración de Compromiso del período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA, el equipo extrajo 37 actividades específicas para mejorar el bienestar de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables en 10 esferas (políticas y estrategias, educación, salud, nutrición, apoyo psicosocial, capacidad familiar, capacidad comunitaria, recursos, protección, y cuidado y amparo institucionales) que es preciso abordar y supervisar en el plano nacional. Como se indicó anteriormente, los indicadores reflejan las

estrategias definidas en el *Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA*.

Además de supervisar los indicadores nacionales, la supervisión sistemática de la eficacia y la calidad de los programas es fundamental. Definir las mejores prácticas y divulgar las lecciones aprendidas contribuirá a una mejora del programa y a la ampliación de aquellas respuestas que den resultados. La supervisión, tanto a nivel nacional como a nivel del programa, contribuirá a asegurar la calidad de las intervenciones, a homologar las estrategias de respuesta y a asegurar la responsabilidad para lograr metas generales.

⁵ONUSIDA, agosto de 2002. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on construction of core indicators*. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en www.unaids.org.

⁶Este Equipo interinstitucional de tareas sobre huérfanos y niños vulnerables de ONUSIDA, convocado por el UNICEF, incluye todos los copatrocinadores de ONUSIDA, USAID, el Fondo para los Niños Desplazados y Huérfanos/USAID, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Save the Children Fund/UK, Hope for African Children Initiative y la Alianza Internacional sobre el VIH/SIDA.

⁷ONUSIDA y UNICEF, Abril de 2003. *Report on the Technical Consultation on Indicators Development for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS, Gaborone, Botswana, 2-4 de abril de 2003*. Nueva York: UNICEF. Disponible en www.unicef.org.

Proyecto de Indicadores para supervisar la respuesta nacional al tema de los niños y niñas huérfanos o vulnerables a causa del VIH/SIDA		
	Enfoque estratégico	Ámbitos
1	Potenciar la capacidad de las familias para proteger y cuidar de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA	
	<p>Indicadores básicos</p> <p>1: Necesidades materiales básicas: Proporción de niños y niñas que tienen tres necesidades materiales básicas definidas localmente</p> <p>2: Desnutrición: Proporción de bajo peso entre huérfanos y no huérfanos</p> <p>3: Relaciones sexuales antes de los 15 años: Proporción entre huérfanos y no huérfanos que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años</p> <p>Otros indicadores:</p> <p>A1: Seguridad alimentaria: Proporción de hogares con inseguridad alimentaria</p> <p>A2: Bienestar psicosocial: Proporción entre huérfanos y no huérfanos con un puntaje adecuado de salud psicosocial</p> <p>A3: Vinculación con un cuidador adulto: Proporción de huérfanos que tienen una vinculación positiva con un cuidador primario</p> <p>A4: Planificación de la sucesión: Proporción de niños y niñas para quienes se ha nombrado a un cuidador en el caso de muerte prematura del cuidador actual</p>	<p>Capacidad familiar</p> <p>Nutrición</p> <p>Salud</p> <p>Nutrición</p> <p>Apoyo psicosocial</p> <p>Apoyo psicosocial</p> <p>Protección</p>
2	Movilizar y dar apoyo a las respuestas que surgen en la propia comunidad	
	<p>Indicadores básicos</p> <p>4: Niños sin cuidado familiar: Proporción de todos los niños y niñas privados de cuidado familiar</p> <p>5: Apoyo externo a hogares con huérfanos y niños y niñas vulnerables: Porcentaje de huérfanos que viven en hogares que reciben apoyo externo</p> <p>Otros indicadores:</p> <p>A5: Huérfanos que viven con hermanos: Porcentaje de huérfanos dobles que tienen hermanos y hermanas viviendo en otros hogares</p>	<p>Cuidado y refugio institucional</p> <p>Capacidad comunitaria</p> <p>Capacidad comunitaria/familiar</p>
3	Garantizar el acceso de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables a los servicios esenciales	
	<p>Indicadores básicos</p> <p>6: Tasa de asistencia de los huérfanos a la escuela: proporción de asistencia a la escuela de los huérfanos dobles con respecto a los no huérfanos para niños de 10 a 14 años</p> <p>7: Proporción de huérfanos que reciben apoyo psicosocial</p> <p>8: Registro del nacimiento: Proporción de niños de 0 a 14 años cuyos nacimiento se registran</p>	<p>Educación</p> <p>Apoyo psicosocial</p> <p>Protección</p>
4	Garantizar que los gobiernos protejan a los niños y niñas más vulnerables	
	<p>Indicadores básicos</p> <p>9: Índice de actividades programáticas para huérfanos y niños vulnerables</p> <p>Otros indicadores:</p> <p>A6: Transferencia de propiedad: Porcentaje de mujeres que han sufrido expropiaciones</p> <p>A7: Calidad del cuidado institucional (en base a las normas internacionales)</p>	<p>Políticas y estrategias/Recursos</p> <p>Protección</p> <p>Cuidado y refugio institucional</p>
5	Potenciar la concienciación a todos los niveles a fin de crear un entorno propicio para los niños y las niñas afectadas por el VIH/SIDA	
	<p>Indicadores básicos</p> <p>10: Porcentaje de menores de 18 años que han quedado huérfanos</p> <p>Otros indicadores:</p> <p>A8: Estigma y discriminación: Porcentaje de adultos que expresan actitudes de aceptación hacia las personas con VIH</p>	<p>Indicador clave</p> <p>Protección</p>
Visite www.childinfo.org para obtener una guía detallada sobre estos indicadores.		

Apéndice 4

Principios para la formulación de programas

Los numerosos programas comunitarios que se han establecido en todo el mundo para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables han permitido aprender lecciones muy valiosas. A fin de reflejar los avances y las lecciones aprendidas, esta edición de *Niños al borde del abismo* presenta una ligera modificación con respecto a la serie de principios programáticos que se ofrecieron en *Niños al*

borde del abismo 2002. El nuevo *Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA* (véanse las páginas 21 a 24 de este informe) reúne los elementos comunes y los temas clave de estos principios de una manera que complementa las cinco estrategias básicas de acción. El *Marco* ofrece la siguiente orientación programática a los gobiernos y los grupos de la sociedad civil en los planos comunitario, distrital y nacional.

Concentrarse en los niños, niñas y comunidades más vulnerables, y no solamente en los niños y niñas huérfanos a causa del SIDA.

Los programas no deberían individualizar a los niños y niñas huérfanos a causa del SIDA. Concentrarse en categorías específicas de niños y niñas puede aumentar la estigmatización, la discriminación y perjudicar a estos niños y niñas al mismo tiempo que se priva de apoyo a otros niños, niñas y adolescentes de la comunidad que podrían tener también graves necesidades. Los huérfanos no son los únicos niños y niñas vulnerables a causa del SIDA. Todos los menores de edad que viven en comunidades sacudidas por la epidemia están afectados. Los servicios y las actividades de movilización de la comunidad deberían estar dirigidos hacia las comunidades donde la enfermedad aumenta la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes.



UNICEF/HQ99-0789/Roger Lemoigne

Un bebé en un pesebre toma la mano de un hombre en un centro para niños que tienen VIH/SIDA y otras enfermedades en Ho Chi Min, Viet Nam.

Definir desde el principio los problemas y la vulnerabilidad que atañen de manera específica a la comunidad y tratar de poner en práctica intervenciones estratégicas establecidas a nivel local. Todas las comunidades tienen problemas, prioridades y recursos diferentes y exclusivos. Es necesario identificar a los huérfanos y niños y niñas vulnerables y recopilar información de referencia sobre ellos, inclusive datos

sobre los hogares donde viven, antes de definir las actividades de apoyo. Ofrecer a la comunidad un rol central en este proceso aumentará su sentimiento de propiedad y de responsabilidad ante las nuevas intervenciones que surjan. Un aspecto esencial de la programación para la infancia es comprometer a los miembros de la comunidad en la evaluación de sus necesidades y prioridades, para poder ejecutar intervenciones adaptadas a sus circunstancias.

Involucrar a los niños, las niñas y los jóvenes como participantes activos en la respuesta. Los niños, las niñas y los adolescentes no son simplemente un grupo pasivo y sin poder a quien se debe prestar asistencia. Forman parte de la solución a los problemas que presenta la epidemia del VIH/SIDA y pueden desempeñar un papel importante para mitigar sus consecuencias. Los niños, niñas y adolescentes pueden ayudar a las comunidades a identificar y comprender los problemas más graves que confrontan los huérfanos y los niños y niñas vulnerables. Pueden visitarlos, incluirlos en las actividades recreativas y sociales, y promover su integración social y su sentimiento de vinculación a una comunidad más amplia. Incorporar a los jóvenes a la tarea de abordar problemas que atañen a toda la comunidad puede aumentar su sentimiento de autoestima y de control sobre sus vidas, al mismo tiempo que con-

tribuye a fomentar un comportamiento responsable y compasivo.

Prestar una atención especial a los roles de los niños, las niñas, los hombres y las mujeres, y abordar la discriminación de género. Gran parte de la carga que representa ocuparse de personas con VIH o SIDA y de los huérfanos y niños y niñas vulnerables recae sobre las mujeres y las niñas. Es preciso prestar una atención especial a la protección y el apoyo de las niñas que se encuentran en estas circunstancias. Debido a que su categoría social suele ser más baja, en muchas circunstancias las niñas y las mujeres son más vulnerables al abuso y la explotación sexual que los niños y los hombres. Los huérfanos y los niños y niñas que viven en hogares afectados por el VIH son especialmente vulnerables, y se necesitan intervenciones programáticas para protegerles contra el abuso y la posible infección por VIH. También es preciso abordar el aspecto de la “demanda” en el problema del abuso y la prostitución infantil, y las cuestiones relacionadas con las normas sexuales masculinas, la desigualdad de género y la explotación sexual de los niños, las niñas y los adolescentes. Es importante que los hombres asuman una mayor responsabilidad en la crianza de los niños, en la prestación de atención a todos aquellos que se encuentren enfermos, y en la realización de las tareas cotidianas del hogar. En muchos países se discrimina a las mujeres a causa de leyes del derecho escrito o tradicional o políticas que les prohíben la propiedad de la tierra o el derecho a la sucesión de tierras o propiedades. Es preciso cambiar este tipo de leyes y políticas – junto a los sistemas judiciales administrativos – para proteger los derechos básicos de la infancia y la mujer.

Fortalecer las alianzas y fomentar las medidas de colaboración. No es posible abordar las repercusiones del VIH/SIDA sobre los niños, las niñas, sus familias y sus comunidades sin que se produzca una colaboración y coordinación entre las entidades interesadas. Esto exige la participación activa de las estructuras de gobierno; los organismos internacionales; las organizaciones no gubernamentales, religiosas y comunitarias; los donantes; el sector empresarial; los medios de comunicación; y otros organismos e individuos. Muchos grupos de base en comunidades empobrecidas se han unido para utilizar sus propios recursos a fin de ayudar a los huérfanos, los niños y niñas vulnerables y las personas que viven con VIH/SIDA. Estos grupos locales ofrecen un buen ejemplo en materia

de evaluación, planificación y medidas de colaboración para grupos a otros niveles.

Vincular las actividades de prevención del VIH/SIDA y las actividades de cuidado y apoyo para las personas que viven con VIH/SIDA con el apoyo a los niños y niñas vulnerables. Los problemas relacionados con el VIH/SIDA de los niños, las niñas y las familias son complicados y están relacionados entre sí. Exigen estrategias programáticas integrales, multisectoriales y que se refuerzan mutuamente. Proporcionar cuidado a los niños y los adultos afectados por el VIH/SIDA puede resultar especialmente efectivo en la prevención del VIH. Cuidar a las personas con VIH/SIDA contribuye a aumentar la concienciación sobre la epidemia. Permite informar a los niños, las niñas y los adultos sobre la manera en que las personas se infectan, cómo avanza la enfermedad y las consecuencias que puede tener tanto sobre ellos como sobre sus familias. Los adultos y los niños y niñas suelen adoptar comportamientos más seguros y cuidadosos si se ocupan de las personas afectadas. Muchos cuidadores han comenzado a promover la prevención debido a su familiaridad con la enfermedad y al reconocimiento de la necesidad urgente de evitar un aumento en el número de enfermos, fallecidos y niños y niñas huérfanos.

Utilización del apoyo externo para fortalecer las iniciativas y la motivación de la comunidad. Los gobiernos, los donantes, y las organizaciones no gubernamentales, religiosas y comunitarias deben concentrarse en fortalecer y prestar apoyo a las actividades de las propias comunidades. Aunque la financiación y la asistencia material externas son necesarias, es importante asegurar que la cantidad de la asistencia y su oportunidad y continuidad no tengan un efecto negativo sobre los incentivos del gobierno, la solidaridad comunitaria o la iniciativa local. Para evitar la dependencia de la asistencia exterior o las condiciones y prioridades fijadas por los donantes, es preciso poner en práctica mecanismos locales y nacionales para reforzar y ampliar las actividades que ya se llevan a cabo.

Apéndice 5

Medidas nacionales

El *Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA* ofrece orientación a los dirigentes y otros encargados de tomar decisiones a la hora de reunir apoyos en favor de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables. Los gobiernos de los países afectados pueden utilizar el *Marco* para analizar las principales líneas de acción y reforzar sus respuestas. Los gobiernos donantes tendrán una mejor capacidad para evaluar sus compromisos en materia de política y planificar un aumento en la asignación de recursos. Los organismos encargados de la puesta en práctica de programas en todos los planos encontrarán normas que les ayudarán a planificar, gestionar y evaluar sus programas. Finalmente, el *Marco* es un instrumento importante de promoción para atraer nuevos aliados y destacar la importancia de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables en los programas a nivel internacional, nacional y local.

La base del *Marco* es un consenso sobre la necesidad urgente de aumentar recursos y medidas en favor de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables. Con este objetivo, el *Marco* realiza las siguientes recomendaciones:

- Es preciso alentar y prestar apoyo a los gobiernos nacionales para que concedan prioridad a los huérfanos y los niños y niñas vulnerables en sus políticas, planes y presupuestos nacionales, y en la legislación del país; para que garanticen que las actividades estén bien coordinadas, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y comunitarias; y para que supervisen los avances logrados hacia las metas nacionales e internacionales.
- Todos los organismos e instituciones interesadas deben promocionar la eliminación del estigma, la discriminación y el silencio que rodea al VIH/SIDA y a los niños y niñas afectados. Deben movilizarse también para destacar a los huérfanos y los niños y niñas vulnerables en los programas de desarrollo.
- Los gobiernos nacionales, en colaboración con los organismos internacionales y otros grupos interesados, deben medir los avances que se logran para cerrar la brecha entre lo que se lleva a cabo y lo que se debería llevar a cabo para satisfacer los derechos y asegurar el bienestar de los huérfanos y los niños y niñas vulnerables.
- Todos los gobiernos deberían evaluar sus compromisos en materia de recursos para aumentar y sostener de manera urgente el apoyo financiero necesario para dar una respuesta adecuada a largo plazo.

Logros en materia de políticas

Durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los dirigentes mundiales establecieron y aprobaron la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. Esta declaración incluye el compromiso de asegurar que todos los niños y niñas huérfanos o vulnerables a causa del VIH/SIDA tengan el mismo acceso que los demás niños y niñas a servicios de apoyo social como la escolarización, la vivienda, la nutrición y la salud. También se comprometieron a proteger a los huérfanos y a los niños y niñas vulnerables contra todas las formas de abuso, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida del derecho a la sucesión. La Declaración de Compromiso exhortó a los países a formular estrategias para lograr estas metas en 2003 y poner en práctica estas estrategias hacia 2005.

Muchos países – Honduras, Jamaica, Malawi, Namibia, Tailandia, Uganda, y Zimbabwe entre ellos – están aplicando políticas nacionales a fin de proporcionar un entorno más protector para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA. El Gobierno de Uganda, por ejemplo, concluyó en diciembre de 2003 la redacción de su Programa Estratégico Nacional denominado *Plan de intervenciones para los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables*. El *Plan* ofrece un marco de dirección estratégica y asignación de recursos para proteger y prestar apoyo a los niños y niñas vulnerables y a sus familias. Promueve un enfoque multisectorial, integrado, sensible a las cuestiones de género y basado en los derechos, para la planificación y puesta en práctica de intervenciones destinadas a los huérfanos, otros niños y niñas vulnerables, y las familias con quienes estén viviendo. Proporciona orientación general, recomendaciones para intervenciones y un marco para poner en práctica programas en las esferas gubernamentales, del sector privado, la sociedad civil y de otros sectores relacionados con el desarrollo en los que organizaciones aliadas realizan actividades para mitigar las repercusiones del VIH/SIDA sobre los huérfanos y los niños y niñas vulnerables.

Los logros alcanzados en Uganda y en otros países son ejemplos del compromiso necesario para asegurar la protección de los derechos de los niños y niñas vulnerables y sus familias, y la satisfacción de sus necesidades esenciales.

Apéndice 6

Una selección de recursos

Foros de discusión

Children Affected by AIDS Electronic Discussion Forum (coordinado por USAID y el Synergy Project)

Este foro facilita debates y un intercambio de información sobre las actividades para mitigar las repercusiones del VIH/SIDA sobre los niños y las niñas, las familias y las comunidades en todo el mundo.

Visite:

<http://www.synergyaids.com/caba/cabaindex.asp>

The Regional Psychosocial Support Initiative PSS Forum (realizado con el apoyo de la Regional Psychosocial Support Initiative, o REPSSI, en

Buluwayo, Zimbabwe, con fondos de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, la Agencia Suiza para el Desarrollo Internacional y la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenido).

Este foro interactivo sobre apoyo psicosocial a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA ofrece a los profesionales, académicos, donantes y otras personas interesadas la posibilidad de contribuir, aprender, mantenerse informados y compartir opiniones.

Visite: <http://www.repssi.org>

Publicaciones

A Family Is for a Lifetime: Part I. A Discussion of the Need for Family Care for Children Impacted by HIV/AIDS; Part II. An Annotated Bibliography (Jan Williamson, coautor, marzo de 2004)

Este documento, preparado por la Oficina de VIH/SIDA de USAID y el Synergy Project of TVT Global Health and Development Strategies, incluye un panorama general de los materiales escritos disponibles sobre el cuidado de niños y niñas fuera del entorno familiar. Visite:

<http://www.synergyaids.com/resources.asp?id=5088>

Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA (julio de 2004)

Este documento, publicado por el UNICEF, describe intervenciones y medidas para los organismos gubernamentales, las organizaciones religiosas y no gubernamentales, las instituciones académicas, el sector privado y la sociedad civil para proteger, cuidar y apoyar a todos los niños y niñas vulnerables.

Visite: <http://www.unicef.org>

Las generaciones huérfanas de África (noviembre de 2003)

Este informe de 52 páginas de ONUSIDA y el UNICEF proporciona nuevos datos y análisis sobre las prácticas de atención, los mecanismos de superación y las repercusiones de la orfandad sobre los niños y niñas, las familias, los hogares y las comunidades, en base al análisis de 60 encuestas por hogares realizadas en 40 países de la región. Visite:

<http://www.unicef.org/media/files/orphans.pdf>

Conducting a Situation Analysis of Orphans & Vulnerable Children Affected by HIV/AIDS: A Framework and Resource Guide (John Williamson, Adrienne Cox, y Beverly Johnston, autores, febrero de 2004)

Este marco y guía de recursos de la Oficina de USAID para África, Oficina de Desarrollo Sostenible, incluye materiales para orientar a los programadores sobre el terreno en la planificación y realización de un análisis de situación sobre los huérfanos y los niños y niñas vulnerables debido al VIH/SIDA. Visite: <http://www.dec.org>

Family and Community Interventions for Children Affected by AIDS (Linda Richter, Julie Manegold, y Riashnee Patther, autores, 2004) Esta publicación del Health Sciences Research Council en Sudáfrica analiza la información científica y programática disponible sobre intervenciones destinadas a los niños y niñas, las familias, los hogares y las comunidades.

Para realizar un pedido, visite: <http://www.hsrcpublishers.co.za/index.html?e-lib.html~content>

Roofs and Roots: The Care of Separated Children in the Developing World (David Tolfree, coautor, 1995)

Esta publicación de Save the Children examina temas relativos al cuidado de los niños y niñas separados de sus familias en el mundo en desarrollo. La publicación está agotada, pero es posible conseguir un número limitado de ejemplares a través de Save the Children UK. Para cualquier pregunta, dirigirse a Hanny Abuzaid en H.Abuzaid@scfuk.org.uk.

Sub-National Distribution and Situation of Orphans: An Analysis of the President's Emergency Plan for AIDS Relief Focus Countries. (Florence Nyangara, autora, marzo de 2004)

Preparado para la Oficina de USAID para África, Oficina de Desarrollo Sostenible, este análisis ofrece información sobre las comunidades donde residen los niños y niñas huérfanos dentro de los países, y las condiciones de vida de estos niños y niñas. Visite: <http://www.dec.org>

USAID Project Profiles: Children Affected by HIV/AIDS (3ra edición, Septiembre de 2003)

Este informe presenta cerca de 100 proyectos que recibieron apoyo de USAID para prestar asistencia a niños, niñas y jóvenes afectados por el VIH/SIDA.

Visite:

http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Publications/index.html

Whose Children? Separated Children's Protection and Participation in Emergencies (David Tolfree, autor, 2003)

Esta publicación de Rädä Barnen (Save the Children, Suecia) analiza cuestiones relacionadas con la atención de guarda, el cuidado en grupo y otros tipos de mecanismos de atención para los niños, las niñas y los adolescentes separados o en situaciones de emergencia a gran escala. Para realizar un pedido, visite:

<http://www1.rb.se/Shop/Products/Product.aspx?ItemId=352>

Manuales

Changing Minds, Policies and Lives Project: Toolkits for Child Welfare Services

El proyecto Changing Minds, Policies and Lives Project es un programa conjunto del Banco Mundial y el UNICEF destinado a prestar apoyo a programas nacionales que tratan de reducir la institucionalización de los niños y niñas vulnerables a los países en transición, por medio de una reforma en el sistema de bienestar infantil. Se han preparado tres manuales para prestar apoyo a las actividades de reforma sistemática del sistema de protección infantil.

Visite:

<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/0/189EF6304D3FEC9E85256D1800626941?OpenDocument>

Orphans and Other Vulnerable Children Support Toolkit: A CD-Rom and Web Site for NGOs and CBOs

Este manual de Family Health International y la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA ofrece un sitio Web y un CD-Rom con más de 300 recursos que se pueden descargar e información de apoyo sobre cómo prestar asistencia a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables. Se espera que esté disponible a mediados de 2004. Visite: <http://www.ovcsupport.net>

Sitios en Internet

ONUSIDA: <http://www.unaids.org>

UNICEF: <http://www.unicef.org/aids>

USAID: <http://www.usaid.gov>

Oficina del Censo de los Estados Unidos:

<http://www.census.gov/ipc/www/hivaidn.html>

DATOS

Peter Ghys, ONUSIDA, Ginebra
Mary Mahy, UNICEF, Nueva York
Roeland Monasch, UNICEF, Nueva York
Karen Stanecki, ONUSIDA, Ginebra
Neff Walker, UNICEF, Nueva York
Elizabeth Zaniewski, ONUSIDA, Ginebra

Los patrocinadores de este informe quieren agradecer al Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Elaboración de modelos y Proyecciones de ONUSIDA por su formulación de métodos para calcular el número de huérfanos. Las contribuciones de Nicholas C. Grassly, John Stover, y Ian Timæus han sido de especial importancia para establecer los cálculos sobre el número de huérfanos y los análisis citados en la publicación.

TEXTO

Mark Connolly, UNICEF, Nueva York
Patrice Engle, UNICEF, Nueva York
Joan Mayer, UNICEF, Nueva York
Peter McDermott, UNICEF, Nueva York
Aurorita Mendoza, ONUSIDA, Ginebra
Roeland Monasch, UNICEF, Nueva York
Rick Olson, UNICEF, Nueva York
Peter Salama, USAID, Washington, D.C.
Linda Sussman, USAID, Washington, D.C.
Neff Walker, UNICEF, Nueva York
John Williamson, Displaced Children and Orphans Fund, Washington, D.C.
Alexandra Yuster, UNICEF, Nueva York

EDICIÓN Y PRODUCCIÓN

Matthew Baek, Population, Health and Nutrition Information Project, Washington, D.C.
Liza Barrie, UNICEF, Nueva York
Gabrielle Bushman, USAID, Washington, D.C.
Ken Legins, UNICEF, Nueva York
Kathryn Lockwood, Population, Health and Nutrition Information Project, Washington, D.C.
Sarah Melendez, Population, Health and Nutrition Information Project, Washington, D.C.
Chris Wharton, Population, Health and Nutrition Information Project, Washington, D.C.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27 Suiza
www.unaids.org

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

3 United Nations Plaza
Nueva York, Nueva York 10017, U.S.A.
www.unicef.org

United States Agency for International Development (USAID)

1300 Pennsylvania Avenue NW
Washington, D.C. 20523, U.S.A.
www.usaid.gov