

LAS GENERACIONES HUÉRFANAS DE ÁFRICA



Para toda la infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

unicef 

“En otras épocas, la gente se ocupaba de los huérfanos y les rodeaban de cariño, pero hoy en día hay demasiados, y muchas personas que les podrían haber ayudado están muertas; además, ahora ser huérfano es algo corriente, que no tiene nada de raro. Las pocas personas que quedan vivas no pueden ocuparse de sus necesidades”.

Una viuda de alrededor de 50 años, Kenya¹

En África subsahariana, toda una generación de niños y niñas han quedado huérfanos debido al VIH/SIDA, y la epidemia se ha propagado de tal manera que podría dejar en la orfandad a muchas otras generaciones.

En la actualidad, más de 11 millones de menores de 15 años que viven en África subsahariana han perdido a uno o a sus dos progenitores a causa del VIH/SIDA. En siete años, esta cifra alcanzará los 20 millones, y en ese momento, en una docena de países de África subsahariana habrán quedado huérfanos de un 15% a más de un 25% de todos los niños y las niñas. En la mayoría de los casos, la causa será el VIH/SIDA.

El informe *Las generaciones huérfanas de África* presenta las condiciones de vida de los huérfanos de hoy basándose en nuevos datos y análisis recientes. Este informe presenta los cambios que es posible lograr –tanto para los niños y niñas que ya son huérfanos como para la próxima generación– si se toman ahora mismo una serie de medidas.

Es trágico constatar que el número de huérfanos seguirá aumentando en África subsahariana en los próximos años, debido a la elevada proporción de adultos que viven ya con el VIH/SIDA y a la persistente dificultad que conlleva distribuir a una gran cantidad de personas los tratamientos antiretrovirales que les permitirían prolongar sus vidas. Sin embargo, es posible evitar que estos niños y niñas tengan que sufrir dos veces y pierdan sus derechos debido a que han quedado huérfanos. El objetivo del informe *Las generaciones huérfanas de África* es presentar una estrategia para lograr que todos los huérfanos de África puedan crecer de manera segura y saludable y acudir a la escuela, sentando de este modo las bases para una vida adulta productiva y para el desarrollo general de sus países. Este informe ofrece una esperanza frente a esta catástrofe de dimensiones gigantescas.

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	4
-------------------------	---

CAPÍTULOS

Capítulo 1	La escala de la crisis de los huérfanos	6
Capítulo 2	Las repercusiones de la orfandad sobre las familias, los hogares y las comunidades	12
Capítulo 3	Las repercusiones de la orfandad sobre los niños y las niñas	24
Capítulo 4	Ayudar a los huérfanos de África	32
Referencias		44

TABLAS ESTADÍSTICAS

Notas generales sobre los datos	47	
Tabla 1	Indicadores básicos	48
Tabla 2	Número estimado de huérfanos por país, año, tipo, edad y causa	49
Tabla 3	Prácticas de asistencia	50
Tabla 4	Consecuencias y respuestas	51
Definiciones de los indicadores		52

GRÁFICOS

Gráfico 1-1	34 millones de huérfanos en África subsahariana	7
Gráfico 1-2	Todavía queda lo peor: Curvas de la epidemia, el VIH-SIDA y los huérfanos	8
Gráfico 1-3	Aumento de huérfanos dobles en África subsahariana debido al VIH/SIDA	9
Gráfico 1-4	Proyecciones seleccionadas de casos de huérfanos, 2010	9
Gráfico 1-5	Distribución de huérfanos por zonas rurales y urbanas	10
Gráfico 1-6	Edad de los huérfanos	11
Gráfico 1-7	Porcentaje de niños y niñas huérfanos, por su residencia urbana o rural	11
Gráfico 2-1	Las familias ampliadas cuidan tradicionalmente a los huérfanos	14
Gráfico 2-2	Los hogares más pobres están cada vez más afectados	16
Gráfico 2-3	Los adultos en los hogares de huérfanos tienen más familiares a cargo	17
Gráfico 2-4	Necesidades inmediatas que los hogares con huérfanos no pueden satisfacer	18
Gráfico 2-5	Los hogares encabezados por mujeres soportan la mayor carga	20
Gráfico 2-6	Las mujeres suelen asumir más la responsabilidad por los huérfanos	21
Gráfico 2-7	Los hogares encabezados por mujeres admiten más huérfanos que los hogares encabezados por hombres	21

Gráfico 2-8	Se suele separar a los huérfanos de sus hermanos y hermanas	22
Gráfico 2-9	Los miembros mayores y más jóvenes de la familia cuidan a los huérfanos	22
Gráfico 2-10	Los abuelos se ocupan cada vez más.	23
Gráfico 2-11	La mayor parte de los niños y niñas que viven en la calle en Lusaka, Zambia, son huérfanos	23
Gráfico 3-1	Los huérfanos suelen asistir menos a la escuela	25
Gráfico 3-2	Los huérfanos tienen menos posibilidades de encontrarse en el nivel educativo correspondiente	26
Gráfico 3-3	La escuela es fundamental para el bienestar de los huérfanos.	29
Gráfico 3-4	Los huérfanos son menos optimistas sobre su futuro.	30
Gráfico 4-1	Las comunidades se encuentran en primera línea de atención de los hogares vulnerables.	33
Gráfico 4-2	La planificación de la sucesión da resultados	37
Gráfico 4-3	Las desventajas desaparecen con una política universal de educación primaria	38
Gráfico 4-4	Los programas de alimentación en la escuela fomentan la asistencia de los niños y niñas vulnerables	40
Gráfico 4-5	Muchos niños y niñas no tienen acta de nacimiento.	41

RECUADROS

Recuadro 1-1	Diferencias subnacionales.	10
Recuadro 2-1	Familias ampliadas y familias de guarda	13
Recuadro 2-2	El índice de riqueza	16
Recuadro 2-3	La relación de dependencia	17
Recuadro 2-4	Los obstáculos a la redacción de un testamento en Uganda	19
Recuadro 2-5	Mayores cargas en los hogares encabezados por una mujer	21
Recuadro 3-1	Los huérfanos y las peores formas de trabajo infantil.	28
Recuadro 3-2	Señales de peligro.	30
Recuadro 4-1	Compromisos internacionales	34
Recuadro 4-2	Principios rectores relativos a los derechos humanos.	35
Recuadro 4-3	Eliminación de los gastos de escolarización: La experiencia de Kenya.	39
Recuadro 4-4	Inscripción de los nacimientos	41

TABLAS

Tabla 2-1	Diferentes prácticas de cuidado infantil para los no huérfanos y los huérfanos de un solo progenitor	13
Tabla 2-2	Tasa de familiares a cargo en Uganda: Los hogares de huérfanos tienen más familiares a cargo y menores ingresos	15

RESUMEN EJECUTIVO

Uno de los efectos más devastadores de la epidemia del VIH/SIDA en África subsahariana es que la enfermedad está dejando huérfanas a generaciones de niños y niñas, un factor que pone en peligro sus derechos y su prosperidad, y las perspectivas generales de desarrollo de sus países.

- En 1990, una cifra inferior a un millón de niños y niñas menores de 15 años habían perdido a uno de sus progenitores o a los dos debido al VIH/SIDA en África subsahariana.
- A finales del año 2001, en esta región y en ese grupo de edad se registraron 11 millones de niños y niñas huérfanos a causa del VIH/SIDA, cerca de un 80% del total mundial.
- En 2010, esta cifra alcanzará los 20 millones, alrededor de la mitad del número total de huérfanos en la región.

En África subsahariana, en unas proporciones aún más catastróficas que en otras partes, la epidemia del VIH/SIDA ha agravado la pobreza y exacerbado las numerosas carencias que ya existían. Muchas familias ampliadas no pueden hacerse cargo de la situación porque su capacidad de supervivencia está ya gravemente comprometida. Debido al rápido aumento del número de niños y niñas que tienen que proteger y cuidar, y a la proporción cada vez mayor de adultos que caen enfermos debido al VIH/SIDA, muchas redes de familias ampliadas están al borde de sus fuerzas. En numerosos países ha aumentado el número de familias cuya cabeza de familia es una mujer o los abuelos; estos hogares acaban por no poder responder de manera adecuada a las necesidades de los niños y niñas que están a su cargo. El número de niños y niñas que viven en la calle ha aumentado, probablemente a causa del VIH/SIDA. Los huérfanos sufren terribles desventajas en muchos aspectos. Además del trauma que significa la enfermedad y la muerte de uno de sus progenitores o de los dos, suelen ser más pobres y estar menos sanos que los niños y niñas que no son huérfanos. Muy a menudo, su desarrollo cognoscitivo y afectivo sufre graves perturbaciones, y corren el riesgo

de no poder ir más a la escuela y por tanto de ser víctimas de las peores formas de trabajo infantil. Estrategias de supervivencia, como por ejemplo comer menos y vender sus propiedades, no hacen otra cosa que aumentar la vulnerabilidad de los adultos y de los menores de edad. Las niñas no acompañadas corren un grave riesgo de ser víctimas de la violencia sexual, en tanto que los muchachos no acompañados corren el riesgo de verse obligados a participar en actos de violencia y conflictos armados.

Para las generaciones de huérfanos de África subsahariana, la situación es de una gravedad excepcional, pero los gobiernos, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales, las escuelas y otros grupos comunitarios pueden aún influir sobre el rumbo que tomen los acontecimientos. A corto plazo, las medidas de apoyo permitirán a las familias y a las comunidades establecer el entorno protector que los huérfanos necesitan y al que tienen derecho. Si se eliminan todos los gastos de escolaridad y se ofrece a los niños y a las niñas una enseñanza básica, si se les da la posibilidad de ganarse la vida de manera sostenible y sin peligro, y si se ofrece a las familias asistencia financiera y de otro tipo, numerosos huérfanos que de otra forma estarían separados de sus familias, podrían mantenerse en el hogar.

Los gobiernos –de África subsahariana y de los países donantes– han tardado en actuar. Pero en junio de 2001, durante el periodo extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó prestar una atención particular a los niños y niñas huérfanos y vulnerables a causa del VIH/SIDA, y estableció objetivos precisos en la Declaración de Compromiso, a cumplir en los próximos cinco años. Estos objetivos subrayan hasta qué punto es importante establecer y poner en práctica las estrategias nacionales destinadas a reforzar la capacidad de los poderes públicos, las familias y las comunidades frente a la crisis, eliminando todo tipo de discriminación y reforzando la cooperación internacional.

Diversos organismos internacionales, entre ellos el UNICEF, el ONUSIDA y USAID, han señalado en un marco de acción la necesidad de tomar medidas radicales en cinco esferas:

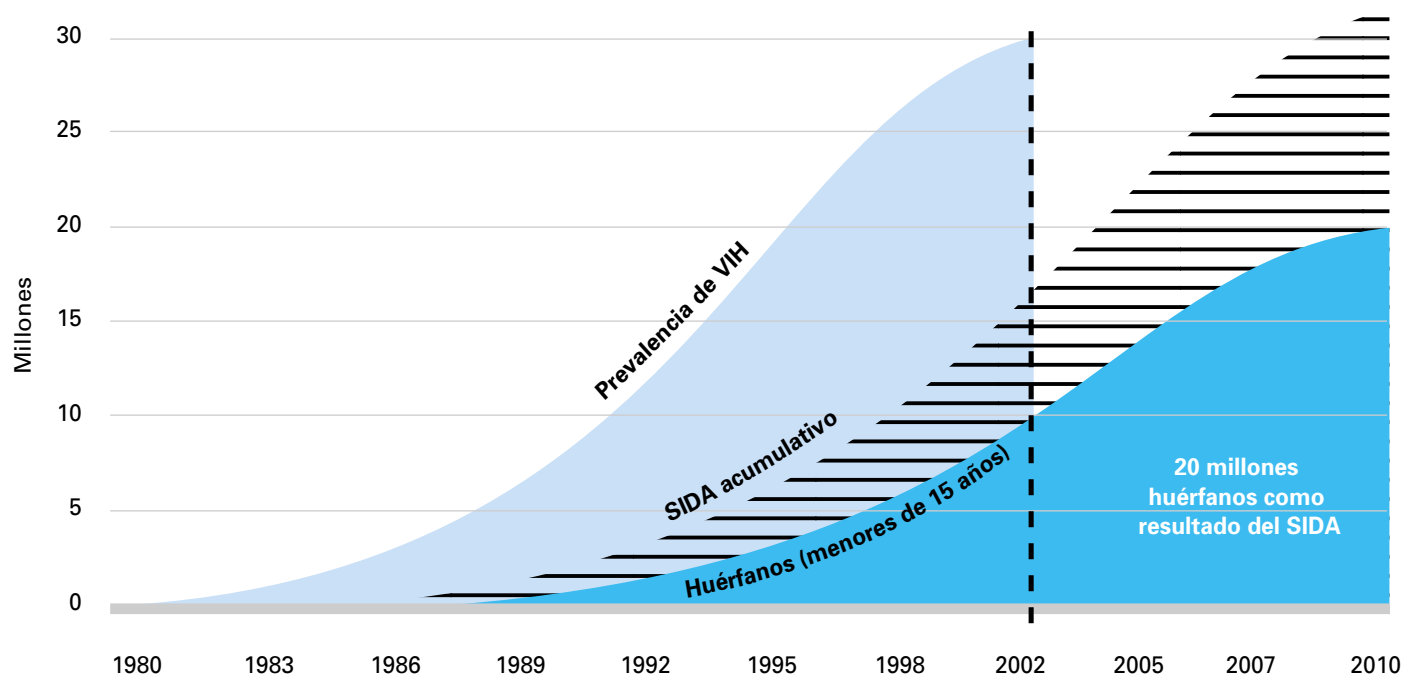
- 1** Reforzar las capacidades de las familias para proteger y ocuparse de los huérfanos y de otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA. En África subsahariana, las familias ampliadas constituyen el apoyo más importante con el cual pueden contar los hogares afectados por el VIH/SIDA, incluidos los niños huérfanos.
- 2** Movilizar y reforzar las iniciativas comunitarias. Después de las familias, son las comunidades las que ofrecen el apoyo más importante.
- 3** Garantizar que los huérfanos y los niños y niñas pobres tengan acceso a los servicios básicos. Para disfrutar sus derechos y unas buenas condiciones de vida, los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables tienen necesidad de un cierto número de servicios, entre ellos: la educación, la inscripción del nacimiento, atención de la salud y nutrición, apoyo psicosocial, abastecimiento de agua y saneamiento, así como la existencia de sistemas judiciales estables e independientes.
- 4** Asegurar que los gobiernos protegen a los niños y niñas más vulnerables. Si corresponde en primer lugar a las familias proteger y cuidar a sus niños y niñas, los gobiernos deben garantizar los derechos de la infancia.
- 5** Concienciar a la población a fin de establecer un entorno favorable para los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA. Las medidas de lucha contra el VIH/SIDA deben ser una responsabilidad nacional compartida.

La crítica situación por la que atraviesa África subsahariana tiene repercusiones sobre la estabilidad y el bienestar de la humanidad que superan ampliamente el marco de la región y afectan a los gobiernos y las poblaciones de todo el mundo. Los países ricos deben ser conscientes de que, de acuerdo al espíritu de la Convención sobre los Derechos del Niño y en lo que atañe a los intereses mundiales, tienen una función vital que desempeñar para intensificar las medidas destinadas a remediar la terrible situación en la que se encuentran los huérfanos. Para ello, deben movilizar los recursos y aumentarlos, mantener esta cuestión como una de las prioridades del temario mundial, aportar apoyo técnico y material y asegurar que se supervisan los progresos hacia las metas mundiales y se responsabiliza a las principales partes interesadas. Su movilización y su participación son esenciales, porque los niños y las niñas de África que han quedado huérfanos a causa del VIH/SIDA son la responsabilidad de todo el mundo.

1 LA ESCALA DE LA CRISIS DE LOS HUÉRFANOS

Uno de los efectos más devastadores de la epidemia del VIH/SIDA en África subsahariana es que varias generaciones de niños y de niñas han quedado huérfanos, una situación que no solamente pone en peligro sus derechos y su prosperidad, sino también las perspectivas generales de desarrollo de sus países.

GRÁFICO 1-2: TODAVÍA QUEDA LO PEOR: CURVAS DE LA EPIDEMIA, EL VIH/SIDA Y LOS HUÉRFANOS



Fuente: ONUSIDA/UNICEF, 2003, adaptado de Whiteside, A. y C. Sunter, 2000.

14 años por cada 5 que ha quedado huérfano. El VIH/SIDA (además de los conflictos armados que ocurren actualmente en el mundo) aumenta las presiones, ya de por sí enormes, que sufren las familias de África subsahariana debido al número excepcionalmente elevado de niños y niñas huérfanos.

TODAVÍA QUEDA LO PEOR

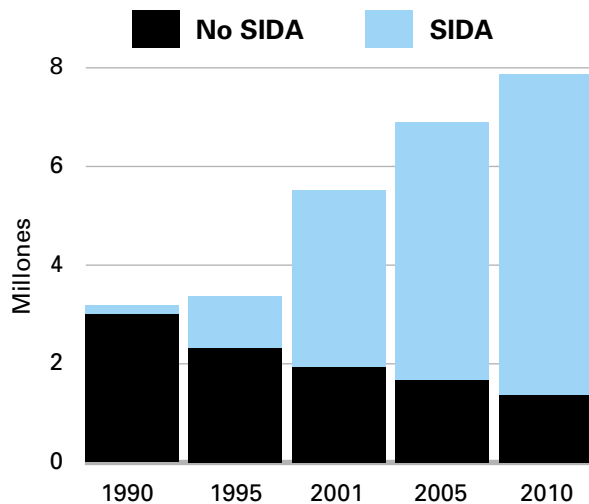
A pesar de que las estadísticas son ya de por sí muy alarmantes, la crisis de los huérfanos de África subsahariana no ha hecho más que comenzar. A medida que los jóvenes adultos comiencen a morir en mayores cantidades, dejarán detrás un número creciente de niños y niñas huérfanos. Se calcula que en 2010, 20 millones de menores de 15 años habrán quedado huérfanos de uno o ambos progenitores debido al VIH/SIDA, el doble de la cifra de huérfanos de este grupo de edad que había en 2001.

El aumento más importante se producirá en los países donde la tasa de prevalencia del VIH es más elevada, como Botswana, Lesotho y Swazilandia, donde la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos ha alcanzado cifras inimaginables, que superan el 30%. Incluso en los países donde la tasa de prevalencia del VIH se ha estabilizado o ha disminuido, el número de huérfanos seguirá aumentando o seguirá siendo cuando menos elevado durante varios años, debido al periodo que pasa entre el momento en que una persona contrae el VIH y el momento de su muerte (véase el Gráfico 1-2). Por ejemplo, la tasa de prevalencia del VIH en Uganda alcanzó alrededor de un 14% a finales de los años 1980 y posteriormente sufrió un retroceso espectacular, pasando a un 5% según los cálculos de 2001. Sin embargo, el número de huérfanos ha seguido aumentando en este país y solamente ahora comienza a disminuir, al pasar de un 14,6% en 2001 a un 9,6% en 2010, según las proyecciones.

LOS HUÉRFANOS “DOBLES” – EL VIH/SIDA MATA A LOS DOS PROGENITORES

Entre todas las causas que originan la orfandad, el VIH/SIDA es excepcional debido a que si uno de los progenitores está infectado por el VIH, es muy probable que el cónyuge también lo esté. Esto significa que los niños y las niñas corren el riesgo de ver cómo sus dos progenitores mueren en un lapso de tiempo relativamente breve. Sin el VIH/SIDA, el número total de huérfanos “dobles” –un término que designa a los niños y niñas que han perdido a sus dos progenitores– habría disminuido de 1990 a 2010, como ha ocurrido con la proporción de todas las categorías de huérfanos en África subsahariana. Pero a causa del VIH/SIDA, el número de niños y niñas que han perdido a sus dos progenitores se habrá casi multiplicado por tres en 2010 (véase el Gráfico 1-3).

GRÁFICO 1-3: AUMENTO DE HUÉRFANOS DOBLES EN ÁFRICA SUBSAHARIANA DEBIDO AL VIH/SIDA



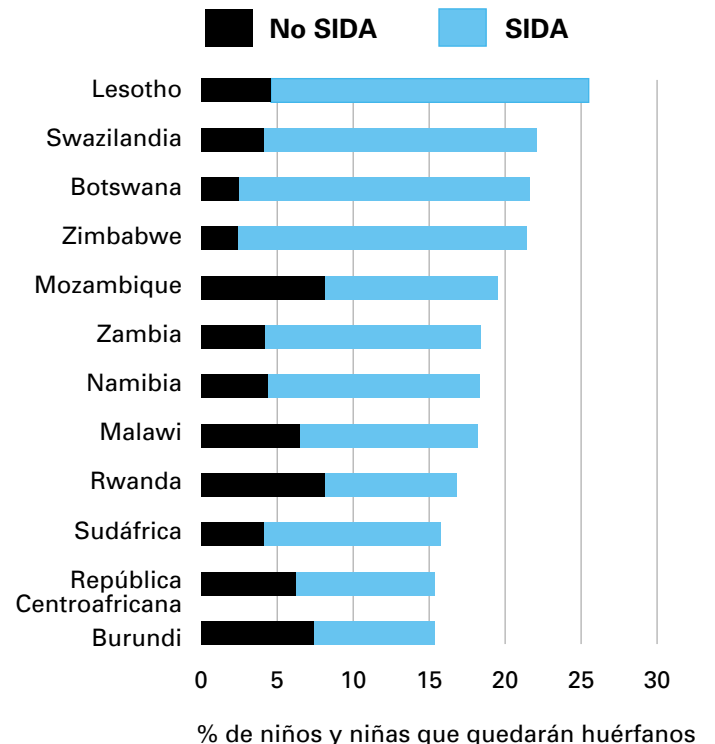
Fuente: Children on the Brink 2002.

¿DÓNDE VIVEN LOS HUÉRFANOS?

Los huérfanos son más numerosos en ciertas regiones y países de África subsahariana. Los países donde se dan las tasas más elevadas de prevalencia del VIH o donde se ha producido recientemente un conflicto armado son aquellos que presentan un mayor porcentaje de huérfanos. Según las tendencias actuales, Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe (véase el Gráfico 1-4) tendrán en 2010 los porcentajes de niños y niñas huérfanos más elevados. Más de un 80% de estos niños y niñas habrán perdido a causa del VIH/SIDA a sus dos progenitores, la mayoría de los cuales están ya infectados hoy en día.

GRÁFICO 1-4: PROYECCIONES SELECCIONADAS DE CASOS DE HUÉRFANOS, 2010

En 2010, de un 15% a un 25% de todos los niños y las niñas en 12 países subsaharianos serán huérfanos

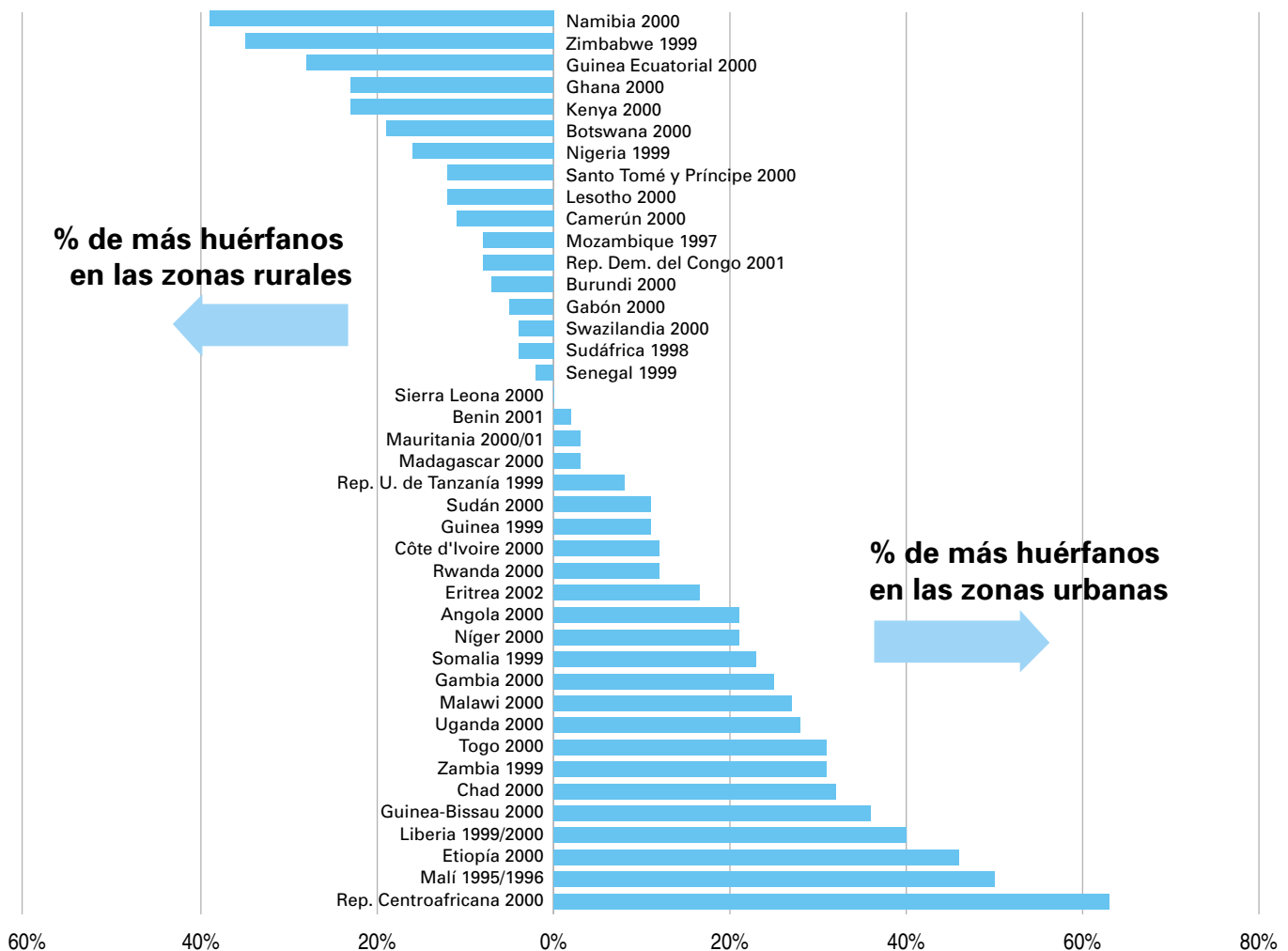


Fuente: Children on the Brink 2002.

RECUADRO 1-1: DIFERENCIAS SUBNACIONALES

No siempre ocurre que los huérfanos estén repartidos de manera uniforme dentro de un mismo país. Determinadas regiones presentan porcentajes más o menos elevados de huérfanos, que dependen en parte de la tasa de prevalencia del VIH/SIDA. En numerosos países, como Etiopía y Uganda, las tasas de prevalencia son más elevadas en las zonas urbanas, lo que podría explicar la proporción mayor de huérfanos en estas zonas, como aparece en el Gráfico 1-5. Sin embargo, las enfermedades y las muertes debidas al VIH/SIDA u otras causas conllevan a menudo traslados desde las zonas urbanas a los poblados de origen de las víctimas. Los progenitores de las zonas urbanas que sufren una enfermedad mortal suelen tomar la decisión de regresar a morir en su poblado y pueden llevarse con ellos a toda su familia, lo que explicaría el porcentaje más elevado de huérfanos en las regiones rurales de ciertos países, como Zimbabwe (véase el Gráfico 1-7). Las migraciones en sentido inverso complican igualmente la situación: en los medios rurales, la muerte del cabeza de familia puede obligar a la madre y a sus hijos a buscar trabajo u otras formas de ayuda en la ciudad.

GRÁFICO 1-5: DISTRIBUCIÓN DE HUÉRFANOS POR ZONAS RURALES Y URBANAS



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1997-2002.

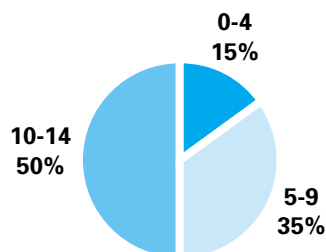
LA EDAD DE LOS HUÉRFANOS

La distribución por edad de los huérfanos es prácticamente la misma de un país a otro. Las encuestas indican que solamente un 2% de niños y niñas como promedio han perdido a sus progenitores antes de un año. En general, alrededor de un 15% de los huérfanos tenían menos de cuatro años, 35% tenían de 5 a 9 años, y un 50% de 10 a 14 años⁴.

OTROS NIÑOS Y NIÑAS VULNERABLES

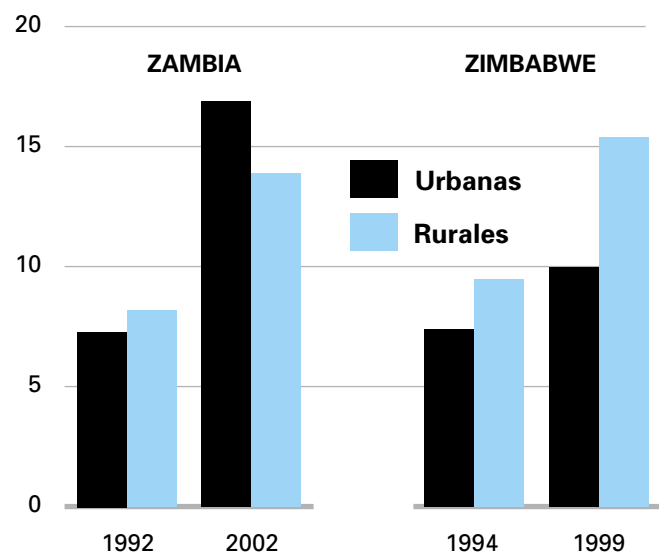
Los huérfanos constituyen un aspecto de una crisis mayor en materia de salud y desarrollo causada por el VIH/SIDA. De este modo, en los países donde una amplia proporción de los niños y las niñas han quedado huérfanos a causa del VIH/SIDA, es muy probable que la epidemia afecte igualmente a un número aún más importante de niños y niñas que no son huérfanos, pero a quienes esta situación menoscaba su bienestar y la posibilidad de ejercer sus derechos. Entre estos “otros niños y niñas vulnerables” figuran los que viven con el VIH/SIDA, aquellos cuyos progenitores están enfermos a causa del VIH/SIDA y, de manera más general, los niños y las niñas que son especialmente vulnerables debido a la pobreza, la discriminación o la exclusión, ya sea debido al VIH/SIDA o a otras causas.

GRÁFICO 1-6: EDAD DE LOS HUÉRFANOS



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1997-2002.

GRÁFICO 1-7: PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS HUÉRFANOS, POR SU RESIDENCIA URBANA O RURAL



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1997-2002.

2 LAS REPERCUSIONES DE LA ORFANDAD SOBRE LAS FAMILIAS, LOS HOGARES Y LAS COMUNIDADES

En unas proporciones aún más catastróficas que en otras partes, la epidemia del VIH/SIDA ha agravado la pobreza en África subsahariana y exacerbado las numerosas carencias que ya existían. Muchas familias ampliadas no pueden hacerse cargo de la situación porque su capacidad de supervivencia está ya gravemente comprometida. Debido al rápido aumento del número de niños y niñas a quienes tienen que proteger y cuidar, y a la proporción cada vez mayor de adultos que caen enfermos debido al VIH/SIDA, muchas redes de familias ampliadas están al límite de sus fuerzas. En numerosos países ha aumentado el número de familias donde quien está a cargo es una mujer o los abuelos; estos hogares acaban por no poder responder de manera adecuada a las necesidades de los niños y niñas que están bajo su responsabilidad.

LA FAMILIA AMPLIADA

En casi todos los países de África subsahariana, las familias ampliadas se han hecho cargo de más de un 90% de los niños y niñas huérfanos (véase el Recuadro 2-1). Pero este sistema de apoyo tradicional está sometido a enormes presiones, y en muchos casos carece de la capacidad para responder a la situación, ya que se encuentra cada vez más empobrecido e incapaz de ocuparse de manera adecuada de los niños y niñas. Lo más inquietante es que las familias ampliadas tienen mayores problemas para ocuparse de los huérfanos precisamente en aquellos países donde es más posible que aumente el número de huérfanos en los próximos años.

Cuando muere un progenitor, la mayoría de los huérfanos se quedan con el progenitor que sobrevive. Sin embargo, existen diferencias importantes entre los países (e incluso dentro de un mismo país). Estas diferencias aparecen claramente en la Tabla 2-1, que presenta el porcentaje de huérfanos “de un solo progenitor” que no viven con su madre o con su padre aún vivos. (Los huérfanos de un solo progenitor son aquellos niños y niñas que todavía tienen otro progenitor vivo. Los niños y niñas cuya madre ha muerto son denominados “huérfanos de madre”, y aquellos cuyo padre ha muerto son “huérfanos de padre”.) En Sudáfrica, una tercera parte de los huérfanos de padre no se quedan en el hogar con su madre, mientras que en Burundi esta proporción es inferior a uno por cada 10.

TABLA 2-1: DIFERENTES PRÁCTICAS DE CUIDADO INFANTIL PARA LOS NO HUÉRFANOS Y LOS HUÉRFANOS DE UN SOLO PROGENITOR

País	% de no huérfanos que viven con la madre	% de huérfanos de padre que viven con la madre	% de no huérfanos que viven con el padre	% de huérfanos de madre que viven con el padre
Burundi	96	92	92	76
Nigeria	90	77	87	76
Malawi	87	72	70	27
Ghana	81	67	58	52
Gabón	77	76	53	52
Sudáfrica	73	65	42	28

Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1998-2001.

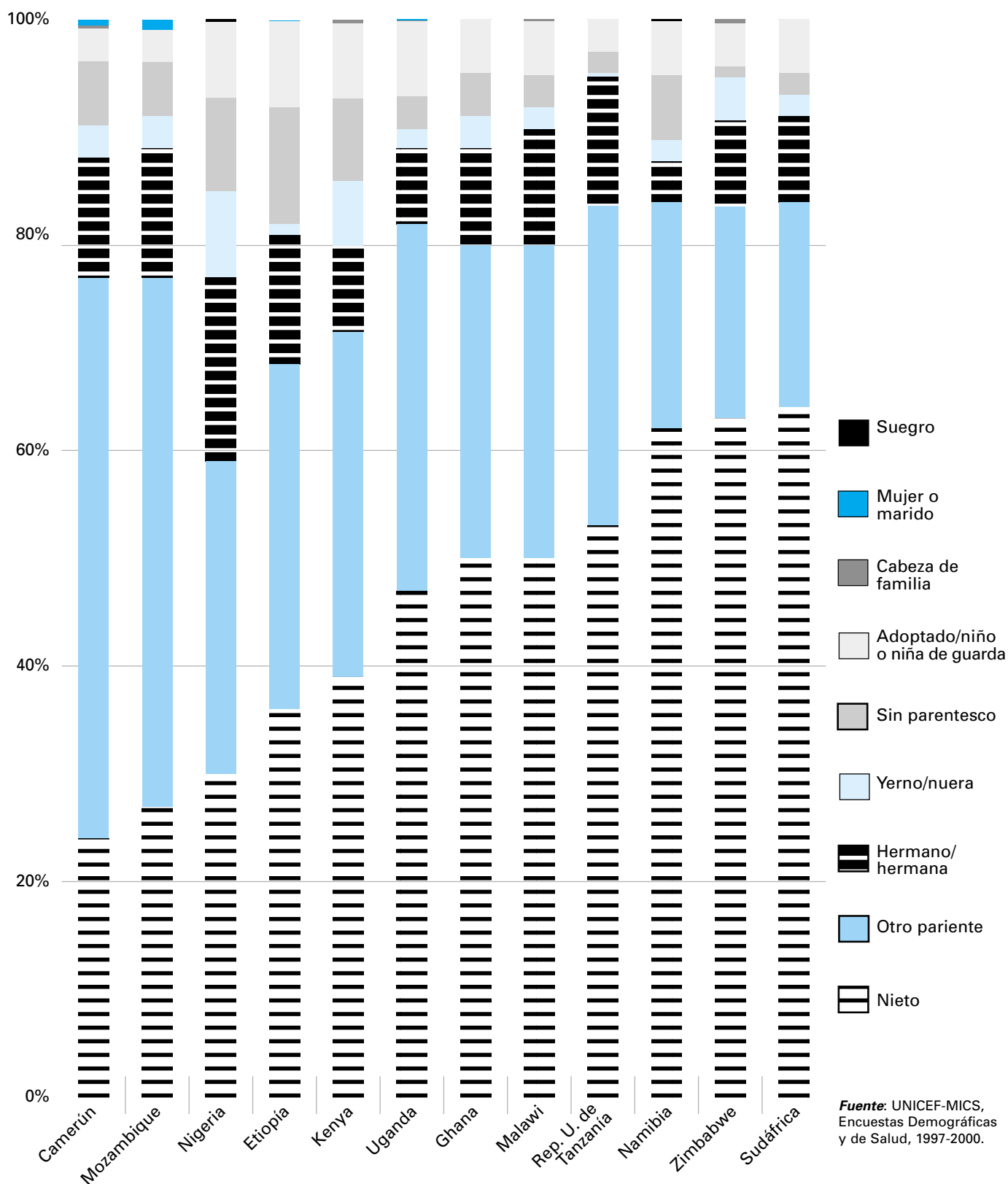
RECUADRO 2-1: FAMILIAS AMPLIADAS Y FAMILIAS DE GUARDA

En África subsahariana, es la familia ampliada quien se ocupa de la mayoría de los huérfanos. En esta región del mundo, la familia ampliada sigue siendo un sistema de protección social complejo y robusto, que reacciona por lo general rápidamente ante la muerte de un padre o de una madre. Es muy frecuente que las familias críen niños y niñas que no forman parte de la familia inmediata. Por ejemplo, en numerosas comunidades de África meridional, la tradición dicta que el varón que tenga un parentesco más cercano con el padre muerto, por ejemplo un hermano o un sobrino, herede su esposa y sus hijos. De igual modo, cuando la persona fallecida es la madre, su marido se casa con una pariente de su difunta mujer, y la nueva esposa está obligada a considerar a los hijos de la pareja como suyos⁵.

Las familias de guarda constituyen otro sistema tradicional para que los niños y niñas pasen de un hogar a otro. En numerosos países de África subsahariana, es frecuente que los progenitores envíen a sus hijos lejos de sus casas para que los críen sus parientes u otras personas que no forman parte de la familia. Esto puede deberse a que carecen de los medios para ocuparse ellos mismos de sus hijos, para economizar dinero, o para ofrecer a sus hijos unas mejores perspectivas para el futuro. La familia de guarda se beneficia igualmente de esta situación porque puede adquirir de este modo mano de obra infantil, especialmente para trabajo doméstico⁶. En ciertos países hay una importante proporción de niños y niñas, un 20% o más, que no viven con sus progenitores.

GRÁFICO 2-1: LAS FAMILIAS AMPLIADAS CUIDAN TRADICIONALMENTE A LOS HUÉRFANOS

Relación con el cabeza de familia de los huérfanos dobles y los huérfanos de un solo progenitor (que no viven con el progenitor sobreviviente)



Fuente: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1997-2000.

En casi todos los países de la región existen diferencias considerables entre las responsabilidades que asume el padre y las que asume la madre, ya que estas últimas suelen ocuparse más que los padres de sus hijos huérfanos⁷. (Los padres suelen ocuparse también con mayor frecuencia de sus hijos huérfanos que de sus hijas huérfanas.) En Malawi, cerca de tres huérfanos de padre de cada cuatro siguen viviendo con su madre, mientras que solamente una cuarta parte de los huérfanos de madre viven con su padre.

Cuando son los dos progenitores o quienes fallecen, otros miembros de la familia ampliada se ocupan por lo general de los huérfanos (véase el Gráfico 2-1). Pero incluso en estos casos hay diferencias entre los países con respecto a la persona dentro de la familia que debe asumir la responsabilidad principal. En Sudáfrica, la mayoría de los huérfanos dobles (y de los niños y niñas que no viven con el progenitor superviviente) pasaron a cargo de sus abuelos (64%), mientras que en Camerún, un 57% pasan a cargo de "otros miembros de la familia", generalmente las tías y los tíos.

EL VIH/SIDA AFECTA A LAS FAMILIAS MUCHO ANTES DE QUE MUERAN LOS PROGENITORES

Los ingresos de la familia descienden desde el momento en que los adultos se enferman de VIH/SIDA y no pueden trabajar a tiempo completo o en ningún caso. En las regiones rurales de Zambia, en los hogares donde el cabeza de familia sufre una enfermedad crónica la superficie de las tierras que cultivan se reduce en un 53%, en comparación con los hogares donde ninguno de sus miembros tiene una enfermedad crónica; esta situación lleva a una disminución de la producción agrícola y la disponibilidad de alimentos⁸.

En Welkom, Sudáfrica, el promedio del ingreso per cápita en los hogares donde se sabe que por lo menos una persona es seropositiva era inferior en más de la mitad de los ingresos en los hogares que no estaban afectados por el SIDA (335 rands frente a 741 rands⁹).

Los costos del tratamiento de los enfermos por VIH/SIDA son una pesada carga para la familia. Los estudios realizados en hogares de zonas urbanas de Côte d'Ivoire indicaron que cuando un miembro de la familia padece VIH/SIDA, la familia consagra a la atención de la salud una suma cuatro

veces mayor que los hogares no afectados por el VIH/SIDA. Estos gastos complementarios son especialmente onerosos debido a que los ingresos del hogar ya se habían reducido a más de la mitad como consecuencia de la pérdida de trabajo debida a la enfermedad¹⁰.

Incluso después de la muerte de un miembro de la familia, los costos de los funerales agravan aún más las consecuencias financieras del VIH/SIDA. Un estudio realizado en cuatro provincias de Sudáfrica permitió constatar que los hogares donde había fallecido uno de los miembros a consecuencia del SIDA durante los últimos 12 meses habían dedicado a los funerales una tercera parte de sus ingresos anuales, como promedio¹¹.

EL AGRAVAMIENTO DE LA POBREZA

Los hogares que se ocupan de huérfanos corren el peligro de empobrecerse aún más (véase el Recuadro 2-2). Esto se debe principalmente al aumento de la "relación de dependencia": en estos hogares, los ingresos de un número reducido de adultos mantienen a un número cada vez mayor de personas a cargo (véase la Tabla 2-2). En los países más afectados de África subsahariana, los hogares que se ocupan de huérfanos tienen relaciones de dependencia más elevadas que aquellos donde hay hijos pero no huérfanos (véase el Recuadro 2-3).

TABLA 2-2: TASA DE FAMILIARES A CARGO EN UGANDA

Los hogares de huérfanos tienen más familiares a cargo y menores ingresos

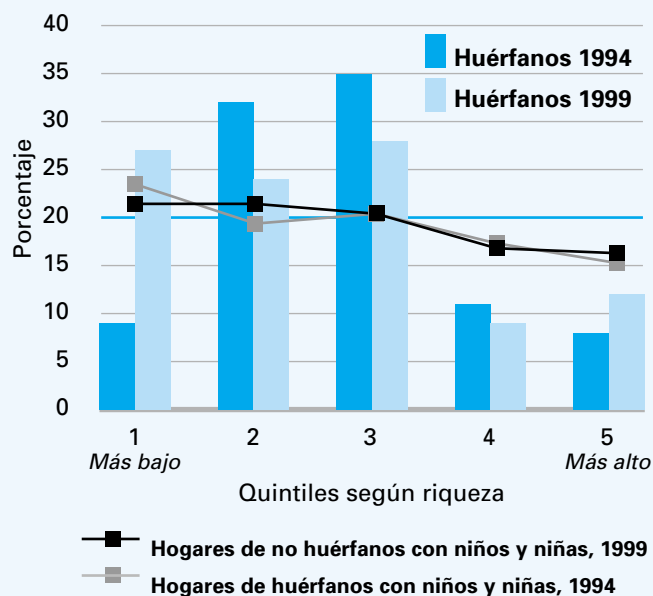
	Hogares de huérfanos	Hogares de no huérfanos
Tamaño del hogar	6,8	4,9
Número de niños (17 años y menos)	4,3	2,7
Tasa de familiares a cargo	2	1,4
Ingreso per cápita (Chelines de Uganda)	352.741	459.315

Fuente: Wakhweya et al., 2002.¹²

RECUADRO 2-2: EL ÍNDICE DE RIQUEZA

El “índice de riqueza” es un indicador sobre la situación económica calculado a partir de informaciones relativas a la propiedad de bienes y las características de las viviendas, recopiladas en las últimas encuestas realizadas en los hogares. Este índice se calcula a partir de las siguientes variables: si un miembro de la familia posee una radio, una televisión, un refrigerador, una bicicleta, una moto o un automóvil; si se utiliza la electricidad; la fuente de agua potable; el tipo de instalaciones de saneamiento; el número de habitaciones en la vivienda; y el tipo de materiales de construcción. Cuando se divide la población en quintiles económicos, es posible determinar si los huérfanos se distribuyen entre los diferentes quintiles en función de los ingresos de la misma manera que los otros niños y niñas del hogar.

GRÁFICO 2-2: LOS HOGARES MÁS POBRES ESTÁN CADA VEZ MÁS AFECTADOS



Fuente: Bicego, G., S. Rutstein y K. Johnson, 'Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 6, marzo de 2003, pp. 1235-1247.

Esta cifra indica que el reparto de los niños y niñas que no son huérfanos se basa, como era de esperar, en la fecundidad, y que en los hogares más pobres hay ligeramente más hijos. De manera inversa, la distribución de los huérfanos se manifestó en 1994 en forma de una “U” invertida, con los huérfanos excesivamente representados en el segundo y tercer quintiles, y escasamente representados en los quintiles más pobres y más ricos. En 1999, los huérfanos de Zimbabwe eran más numerosos en la parte inferior del índice de riqueza. Su representación en el quintil más pobre aumentó en un 12%; la escasa representación en los dos quintiles más ricos se ha mantenido aproximadamente al mismo nivel. Si la tendencia de 1994 corresponde a la situación antes del VIH/SIDA (es decir, antes del aumento de la mortalidad de adultos), cuando los hogares más pobres no recibían generalmente huérfanos debido a su relativa pobreza, los resultados de 1999 podrían señalar que la capacidad de acogida de las comunidades está sometida a una dura prueba a medida que las repercusiones del VIH/SIDA se hacen sentir cada vez más.

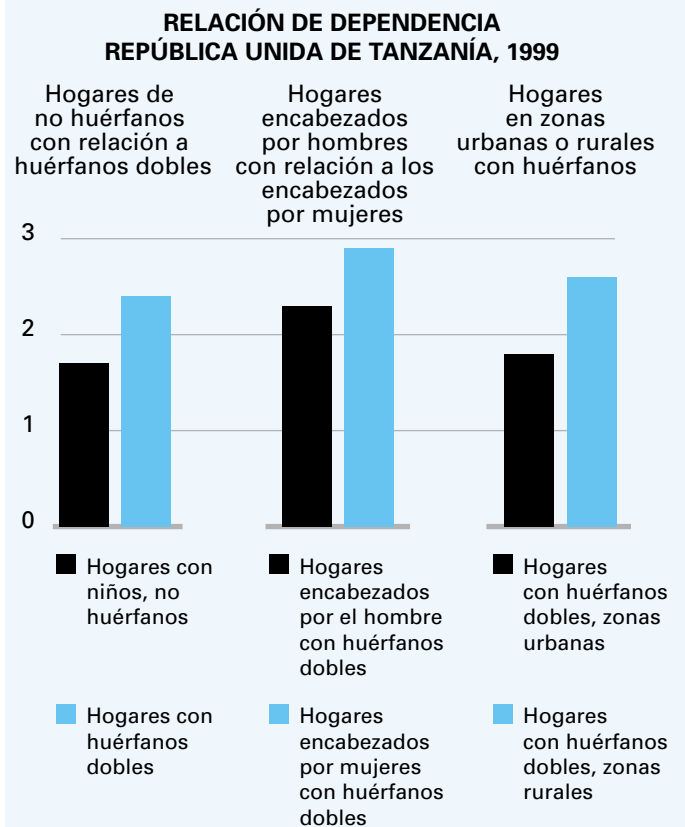
Muchos hogares que tienen a su cargo niños y niñas huérfanos se ven obligados a reducir la superficie de las tierras que cultivan y siembran legumbres que requieren menos mano de obra pero son menos nutritivas. Un estudio realizado en Uganda por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación reveló que las viudas tenían que trabajar de dos a cuatro horas más por día a fin de compensar la pérdida de mano de obra y de ingresos causada por la muerte de sus maridos, y los niños de mayor edad tenían también que trabajar más horas para ayudar a sus madres¹⁴. Otras estrategias para intentar sobrevivir consisten en vender las posesiones, las tierras u otros bienes y pedir a la familia ampliada o a los amigos dinero prestado. Estas estrategias, sin embargo, son por lo general insostenibles.

En 2002, en las regiones rurales de Zimbabwe, los hogares que se ocupaban de huérfanos ganaban un promedio de un 31% menos que los otros¹⁵. Los hogares más afectados son aquellos donde la cabeza de familia es una mujer. Después de una encuesta realizada en 2001 en Mwanza, República Unida de Tanzania, más de dos terceras partes de los hogares dirigidos por una mujer donde había huérfanos vivían con menos de un dólar por día¹⁶. Y un estudio realizado en 2002 en cuatro distritos de Zambia reveló que el ingreso promedio de los hogares con huérfanos en los que la cabeza de familia es una mujer era de menos de la mitad del ingreso de los hogares con huérfanos donde el hombre estaba a cargo de la familia¹⁷.

RECUADRO 2-3: LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA

La relación de dependencia media (la proporción de niños y niñas de 0 a 14 años y personas mayores de 60 años con respecto a los adultos de 19 a 59 años) indica el número de personas de un hogar que dependen de un adulto para su seguridad y su supervivencia alimentaria. Una relación de 1,6 significa a que cada adulto tiene 1,6 personas a su cargo. Las relaciones de dependencia son más elevadas en los hogares que tienen huérfanos a su cargo que en otros hogares donde hay niños y niñas. Los hogares de las zonas rurales donde hay huérfanos que dependen de una mujer presentan las relaciones de dependencia más elevadas¹³.

GRÁFICO 2-3: LOS ADULTOS EN LOS HOGARES DE HUÉRFANOS TIENEN MÁS FAMILIARES A CARGO



Fuente: Measure DHS, 1999.

SATISFACER LAS NECESIDADES ELEMENTALES

La capacidad de los hogares con huérfanos de satisfacer sus necesidades elementales depende en gran parte de las circunstancias. Algunas familias pueden disponer de los recursos suficientes para enfrentar la situación; otras pueden recibir apoyo de la familia ampliada o de la comunidad. Pero cada vez hay más familias que carecen de los recursos suficientes para responder a las necesidades más elementales.

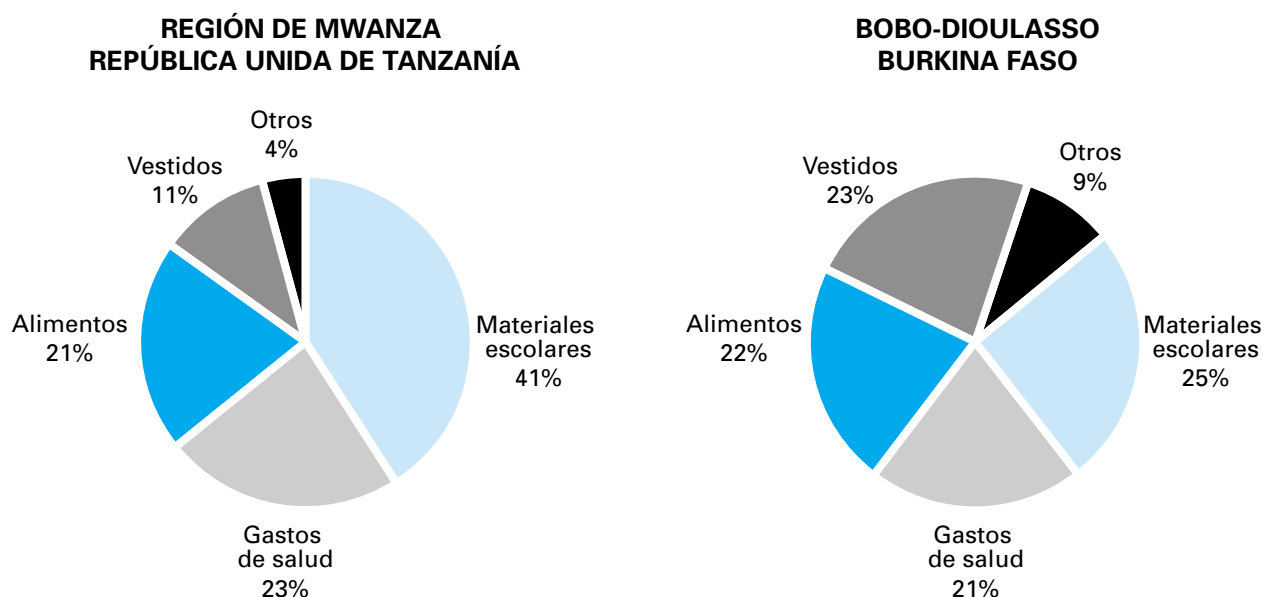
Entre las necesidades que las familias tienen más problemas para resolver se encuentran la educación, la alimentación, la atención médica y el abrigo (véase el Gráfico 2-4). Una encuesta realizada en 400 hogares con huérfanos en la región de Mwanza, República Unida de Tanzania, reveló que cerca de un 40% no podían asumir los gastos más elementales. El problema más frecuente era pagar los gastos de escolaridad, entre ellos los materiales pedagógicos y los uniformes¹⁸. En otros ocho países donde se realizaron estudios parecidos se llegó a conclusiones similares.

PÉRDIDA DE LAS PROPIEDADES

En las comunidades más pobres de África subsahariana, son muy pocas las personas que han preparado un testamento oficial, un factor que aumenta el riesgo de que otros miembros de la familia, o, en ciertos casos, otros miembros de la comunidad, acaparen los bienes de una persona que haya muerto (véase el Recuadro 2-4). En una encuesta realizada en dos distritos de Uganda entre varias familias afectadas por el VIH/SIDA, la mitad de los adultos dijeron que el acaparamiento de propiedades había sido un problema¹⁹.

Son las viudas quienes corren un mayor riesgo de que les expolien los bienes. En una encuesta realizada en Uganda, por lo menos 1 de cada 4 viudas declaró haber perdido sus bienes a la muerte de su marido, mientras que en el caso de los viudos la proporción es de 14 a 1. Incluso en los casos en que las leyes definen claramente los derechos de sucesión de las mujeres y los niños, es difícil reivindicar estos derechos, que muy pocas veces se aplican como es debido.

GRÁFICO 2-4: NECESIDADES INMEDIATAS QUE LOS HOGARES CON HUÉRFANOS NO PUEDEN SATISFACER



Fuente: Whitehouse, A., *A situation analysis of Orphans and other vulnerable children in Mwanza Region, Tanzania, Dar-es-Salaam*, Catholic Relief Services, Dar es Salaam, y Kivulini Women's Rights Organisation, Mwanza, Tanzania, 2002; *Needs Assessment of Orphans and Vulnerable Children in AIDS affected areas, in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso*, Axios, 2001.

LA PRESIÓN SOBRE LAS FAMILIAS

En la mayor parte de África subsahariana, la familia ampliada seguirá siendo el principal mecanismo de protección social. A pesar de las presiones que sufren y de que se encuentran al límite de sus posibilidades, estas redes familiares tendrán que enfrentarse a responsabilidades cada vez mayores a medida que el número de huérfanos aumente de manera considerable en el próximo decenio.

Estas presiones cada vez mayores se producen al mismo tiempo que la naturaleza de la familia ampliada cambia a una velocidad de vértigo. Bajo los efectos de la modernización, del desarrollo de las economías monetarias y de la migración de la fuerza laboral, los vínculos de las familias ampliadas se han debilitado poco a poco. Las familias nucleares tienen menos relaciones con otras partes de la familia. Y esto es algo que ocurre de manera especial en las zonas urbanas^{20, 21}.

El VIH/SIDA ha tenido efectos negativos en la estructura de las familias ampliadas. Los prejuicios y la discriminación que rodean la enfermedad pueden tener como consecuencia el aislamiento de los miembros de la familia infectados por el VIH. En Côte d'Ivoire, las familias ampliadas tienen más dificultades de encontrar familias de guardia para los niños y las niñas que han perdido a sus progenitores a causa del VIH/SIDA que para los que son huérfanos por otras razones²². En una encuesta realizada en Senegal, donde la Prevalencia de VIH es relativamente baja, se descubrió que es muy poco frecuente que otros miembros de la familia ampliada vivan en un hogar en el cual uno de sus miembros es seropositivo²³.

Las dificultades que representa hacerse cargo de un número cada vez mayor de niños y niñas huérfanos pueden repercutir sobre otras ramas de la familia ampliada. Las unidades familiares deben preguntarse si tienen los medios de acoger y cuidar a los huérfanos. En lugar de aceptar automáticamente nuevos niños y niñas, algunos miembros de la familia podrían considerar que otros miembros tienen mejores posibilidades para ocuparse de ellos. Como último recurso, son los abuelos quienes asumen generalmente esta responsabilidad, criando a menudo juntos a los miembros de diferentes partes de la familia ampliada.

RECUADRO 2-4: LOS OBSTÁCULOS A LA REDACCIÓN DE UN TESTAMENTO EN UGANDA

- La creencia generalizada según la cual hacer un testamento y “prepararse para la muerte” puede causar la muerte.
- Según la tradición, los bienes no se distribuyen hasta después del fallecimiento de una persona, y los encargados de hacerlo son los jefes del clan.
- Según la tradición, ni las mujeres ni los jóvenes poseen ninguna propiedad ni pueden heredarla.
- Las mujeres y los niños están desprotegidos debido a la falta de información y una aplicación deficiente de la ley.
- Tasas reducidas de alfabetización.
- Las organizaciones no gubernamentales en las zonas rurales tienen poca experiencia jurídica.

Fuente: Succession planning in Uganda: Early outreach for AIDS-affected children and their families, Population Council Horizons, Washington, D.C., 2003.

Hay veces en que las familias que acogen a estos niños y niñas se ven cada vez más aislados. En la República Unida de Tanzania, las personas que se ocupan del cuidado de los niños han indicado que, debido a la pobreza generalizada, no pueden contar con el apoyo de la familia ampliada, ni de los amigos ni los vecinos. Cada vez es más frecuente la idea de que “cada cual debe ocuparse de sus propios problemas²⁴”. En la provincia de Nyanza, en el oeste de Kenya, los mecanismos tradicionales para ocuparse de los huérfanos, basados en los vínculos de parentesco patrilineal, están sobrecargados debido al número elevado de huérfanos. Un estudio realizado en 2001 indicó que un 28% de los huérfanos están al cuidado de personas “que no se corresponden con la tradición cultural”, como los parientes maternos o personas extrañas a la familia. Además, un gran número de estas personas no son capaces del todo de ocuparse de los huérfanos, debido a que sufren problemas de salud o a su avanzada edad²⁵.

Finalmente, las personas que se ocupan de los huérfanos corren el peligro de sucumbir a los efectos del VIH/SIDA, dejando a las niñas y niños huérfanos por segunda vez. Las investigaciones realizadas en Uganda entre los tutores de huérfanos que sabían su estado serológico reveló que una tercera parte eran ellos mismos seropositivos²⁶. Como resultado, el número de cuidadores potenciales se reduce de manera uniforme.

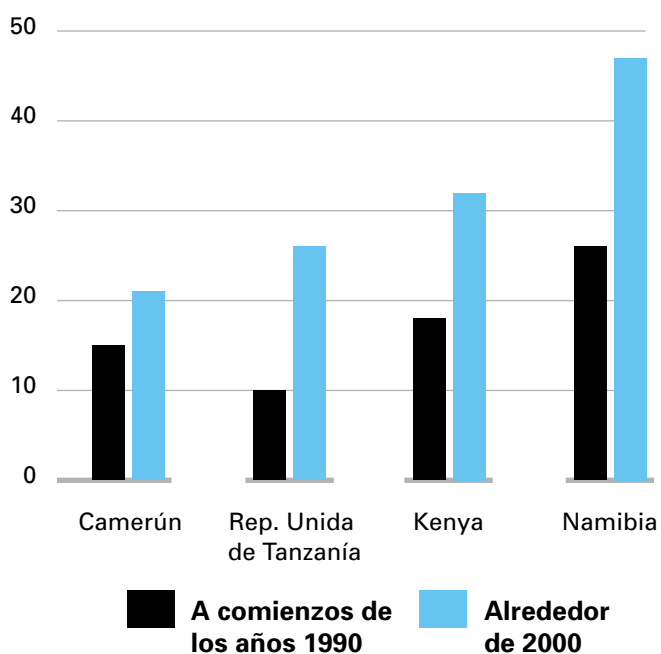
Decir que las capacidades de acogida de las familias ampliadas no pueden adaptarse a la gran cantidad de huérfanos a causa del VIH/SIDA o que se encuentran al borde de la ruptura, sugiere que se trata de un cataclismo individual. La realidad es más compleja. Está claro, por ejemplo, que no hay una definición precisa para la noción de familia ampliada: el sentimiento de responsabilidad puede ser más o menos amplio. Parece que las relaciones familiares están cambiando bajo la presión de la crisis de los huérfanos. Debido a que tienen que enfrentarse a circunstancias más complejas, las familias se separan y se recomponen de maneras diferentes. Se observa en muchos países un aumento de ciertos tipos de hogares y formas de cohabitación²⁷:

Hogares encabezados por una mujer

Se trata de hogares dirigidos por mujeres que suelen ocuparse más a menudo de los huérfanos. Las mujeres no solamente tienen una mayor tendencia a ocuparse de sus propios hijos, sino que también están más dispuestas a recibir a otros huérfanos (véase el Gráfico 2-5). Los hogares encabezados por una mujer se ocupan por lo general de un mayor número de huérfanos que los hogares encabezados por un hombre²⁸ (véase el Recuadro 2-5). Por consiguiente, es en los hogares con huérfanos encabezados por mujeres donde se producen las relaciones de dependencia más elevadas.

GRÁFICO 2-5: LOS HOGARES ENCABEZADOS POR MUJERES SOPORTAN LA MAYOR CARGA

% de niños y niñas que perdieron a su madre y viven en un hogar encabezado por una mujer, 1993-2000



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1992-2000.

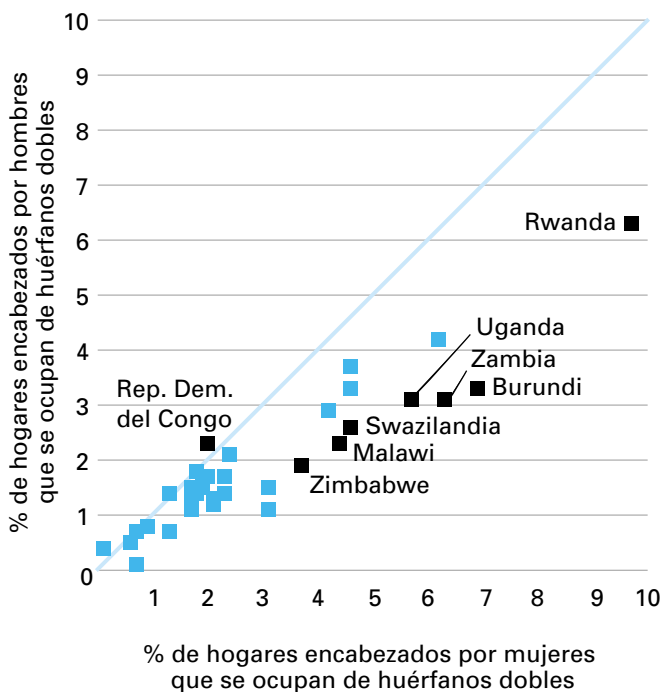
RECUADRO 2-5: MAYORES CARGAS EN LOS HOGARES ENCABEZADOS POR UNA MUJER

El gráfico 2-6 representa la proporción en cada país de los hogares dirigidos por mujeres y los hogares dirigidos por hombres que se ocupan de niños y niñas que han perdido a ambos progenitores. Cada país está representado por un cuadrado. Si las responsabilidades relacionadas con la atención de los huérfanos dobles se compartieran de manera idéntica, los puntos se encontrarían en la diagonal. Sin embargo, los datos recopilados en 34 países indicaron que los hogares dirigidos por una mujer se ocupan mucho más a menudo de los huérfanos dobles (parte inferior derecha del gráfico, bajo la diagonal). En Zambia, un 6% de los hogares dirigidos por una mujer se ocupan de los huérfanos dobles, en contraste con un 3% en el caso de los hogares dirigidos por hombres. Son los hogares dirigidos por mujeres los que asumen la mayor parte de las responsabilidades, especialmente en los países donde se da a una proporción más elevada de huérfanos.

El gráfico 2-7, donde solamente se cuentan los hogares que asumen realmente la responsabilidad de ocuparse de los huérfanos, presenta el promedio de huérfanos dobles que han sido acogidos en hogares dirigidos por una mujer o por un hombre. Si los dos tipos de hogar fuesen responsables del mismo número de huérfanos, los puntos estarían repartidos sobre la diagonal. Pero la mayoría de los puntos se encuentran en la parte inferior derecha del gráfico, bajo la diagonal, lo que indica que en la mayoría de los países los hogares encabezados por una mujer reciben a muchos más huérfanos dobles que los hogares dirigidos por un hombre. Por ejemplo, en Sudáfrica, hay un promedio de 2 huérfanos dobles en cada hogar dirigido por una mujer, mientras que en los hogares dirigidos por un hombre, el promedio es ligeramente inferior a 1.

GRÁFICO 2-6: LAS MUJERES SUELEN ASUMIR MÁS LA RESPONSABILIDAD POR LOS HUÉRFANOS

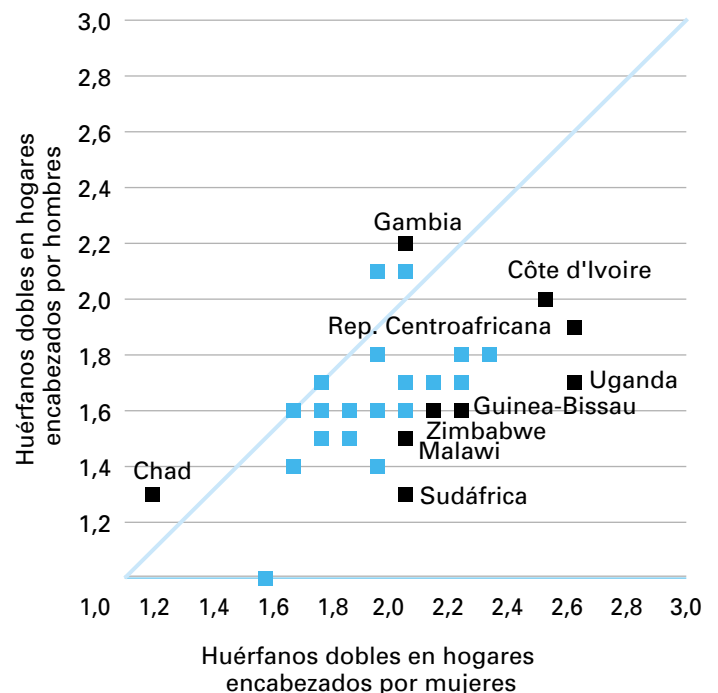
Proporción de hogares encabezados por mujeres y por hombres que se ocupan de los huérfanos dobles



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1997-2002.

GRÁFICO 2-7: LOS HOGARES ENCABEZADOS POR MUJERES ADMITEN MÁS HUÉRFANOS QUE LOS HOGARES ENCABEZADOS POR HOMBRES

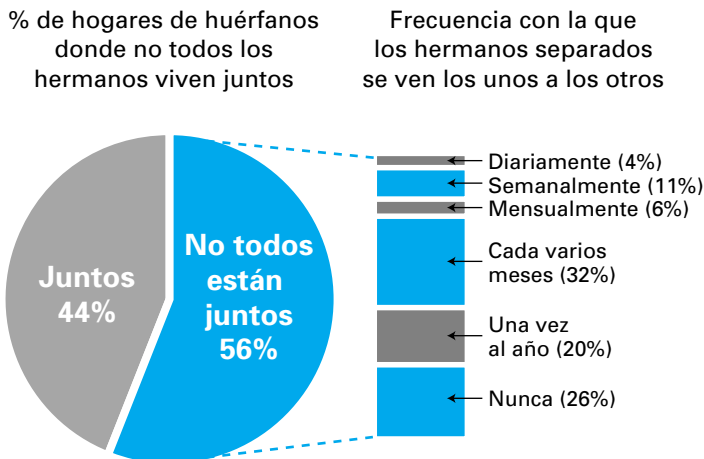
Porcentaje de huérfanos dobles atendidos en hogares encabezados por mujeres y por hombres



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1997-2002.

GRÁFICO 2-8: SE SUELE SEPARAR A LOS HUÉRFANOS DE SUS HERMANOS Y HERMANAS

Cuatro distritos de Zambia, 2001



Fuente: Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia, USAID, SCOPE-OVC, Zambia, y Family Health International, borrador, 2002.

Separación de hermanos y hermanas

Los hermanos y las hermanas que son huérfanos suelen ser acogidos por diferentes familias, a fin de compartir las responsabilidades²⁹. Una encuesta realizada en Zambia indicó que cerca de un 60% del grupo de huérfanos estudiados habían sido separados; alrededor de cuatro quintas partes entre ellos veían a sus otros hermanos y hermanas menos de una vez al mes³⁰ (véase el Gráfico 2-8).

Hogares dirigidos por los abuelos

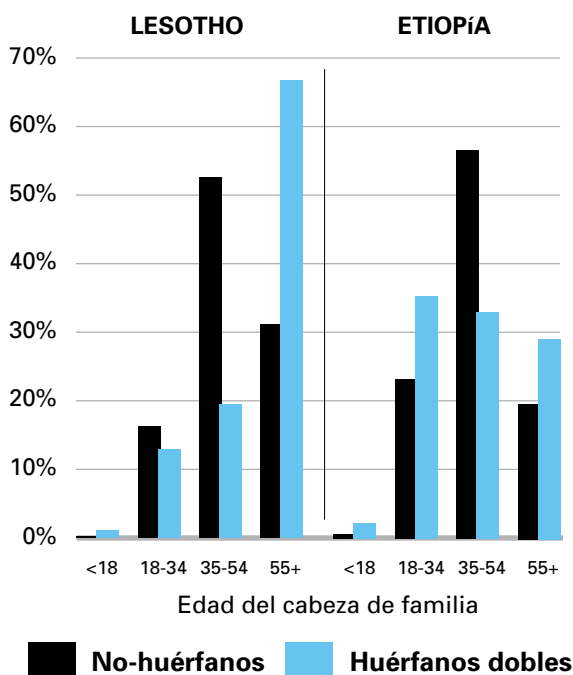
Como resultado de la cantidad cada vez mayor de huérfanos y la reducción del número potencial de familias dispuestas a acogerlos, los huérfanos suelen vivir en hogares de gran tamaño dirigidos por los miembros de la familia de mayor edad³¹ (véase el Gráfico 2-9). Aunque los abuelos desempeñaban ya funciones importantes ocupándose de los huérfanos, sus responsabilidades han aumentado aún más. El gráfico 2-10 presenta la evolución del porcentaje de huérfanos acogidos por sus abuelos en Namibia entre 1992 y 2000. La diferencia de tamaño de los gráficos corresponde al aumento del número de huérfanos, mientras que las divisiones indican que la proporción de huérfanos a cargo de sus abuelos aumentó de un 44% a un 61%, probablemente porque muchos "otros miembros de la familia" están a punto de morir a causa del VIH/SIDA o han muerto ya³².

Hogares dirigidos por jóvenes o menores de edad

Hay un número relativamente inferior de hogares –menos de un 1% en la mayoría de los países– encabezados por niños o niñas menores de 18 años³³. Es más frecuente que los hermanos o hermanas adultos (mayores de 18 años) se ocupen de sus hermanos y hermanas más pequeños durante la enfermedad de sus progenitores y que se conviertan en cabezas de familia. Algunos de estos arreglos son temporales, hasta que se decida cuál es el pariente que debe hacerse cargo de los huérfanos. Incluso si los huérfanos permanecen un largo tiempo en hogares dirigidos por un adolescente o un adulto joven, otros miembros de la familia ampliada pueden supervisarlos en el marco de la atención de guarda agrupada³⁴.

GRÁFICO 2-9: LOS MIEMBROS MAYORES Y MÁS JÓVENES DE LA FAMILIA CUIDAN A LOS HUÉRFANOS

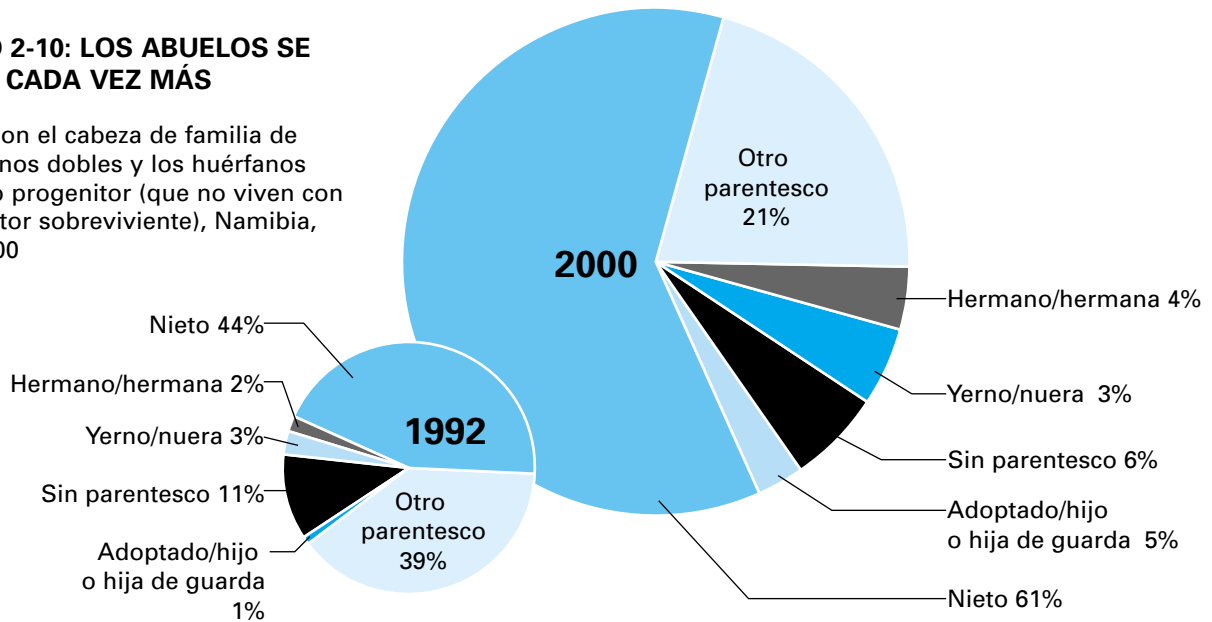
Edad del cabeza de familia, Lesotho y Etiopía, 2000



Fuentes: Lesotho-MICS, 2000; Encuestas Demográficas y de Salud de Etiopía, 2000.

GRÁFICO 2-10: LOS ABUELOS SE OCUPAN CADA VEZ MÁS

Relación con el cabeza de familia de los huérfanos dobles y los huérfanos de un solo progenitor (que no viven con el progenitor sobreviviente), Namibia, 1992 y 2000

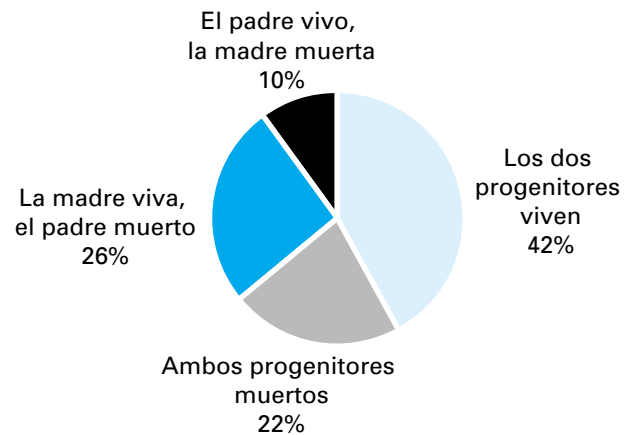


Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1992 y 2000.

Los niños y niñas que viven en la calle

Hay algunos niños y niñas que carecen de todo apoyo familiar, ya sea porque la solución inicial fuese insostenible o porque carecían de cualquier otra posibilidad de ayuda. Muchos de ellos terminan viviendo en la calle. No hay cifras fiables del número o del porcentaje de niños y niñas huérfanos a causa del VIH/SIDA que viven en la calle, pero todo hace pensar que el número total de niños y niñas de la calle aumenta en numerosas ciudades de África subsahariana, sobre todo debido al aumento en el número de huérfanos a causa del VIH/SIDA. En Brazzaville, Congo, cerca de la mitad de los niños y niñas de la calle son huérfanos³⁵. En Lusaka, Zambia, la mayoría de los niños y niñas de la calle son huérfanos³⁶ (véase el Gráfico 2-11).

GRÁFICO 2-11: LA MAYOR PARTE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE VIVEN EN LA CALLE EN LUSAKA, ZAMBIA SON HUÉRFANOS



Fuente: Rapid Assessment of Street Children in Lusaka, Concern/UNICEF, marzo de 2002.

3 LAS REPERCUSIONES DE LA ORFANDAD SOBRE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Los niños y las niñas huérfanos sufren numerosas desventajas que muy a menudo resultan terribles para ellos. Además de los traumas causados por la enfermedad y la muerte de uno de sus progenitores o de ambos, suelen ser más pobres y menos saludables que los niños y niñas que no son huérfanos. Hay más probabilidades de que sufran perturbaciones en su desarrollo cognoscitivo y afectivo, de que tengan menos acceso a la educación y sean víctimas de las peores formas de trabajo infantil. Estrategias de supervivencia como comer menos y vender las propiedades son soluciones a corto plazo que intensifican la vulnerabilidad tanto de los adultos como de los niños.

EL VIH/SIDA AFECTA AL MENOR DE EDAD ANTES DE LA MUERTE DE SUS PROGENITORES

Cuando sus progenitores se enferman, sobre todo en las familias más pobres, los niños y las niñas se enfrentan a grandes dificultades que suelen continuar, de formas diferentes, durante toda su infancia. A menudo tienen que hacerse cargo de sus progenitores enfermos, lo que les lleva a perder días de escuela o a abandonarla completamente. Además, están constantemente preocupados de la salud de sus progenitores y el futuro de la familia.

En una encuesta realizada en Uganda entre los hijos de más edad de las personas que vivían con el VIH/SIDA, un 26% declaró que acudían menos a la escuela y mencionaron como causa la obligación de quedarse en la casa para ocuparse de sus progenitores enfermos, el aumento de las labores del hogar y un descenso en los ingresos familiares³⁷.

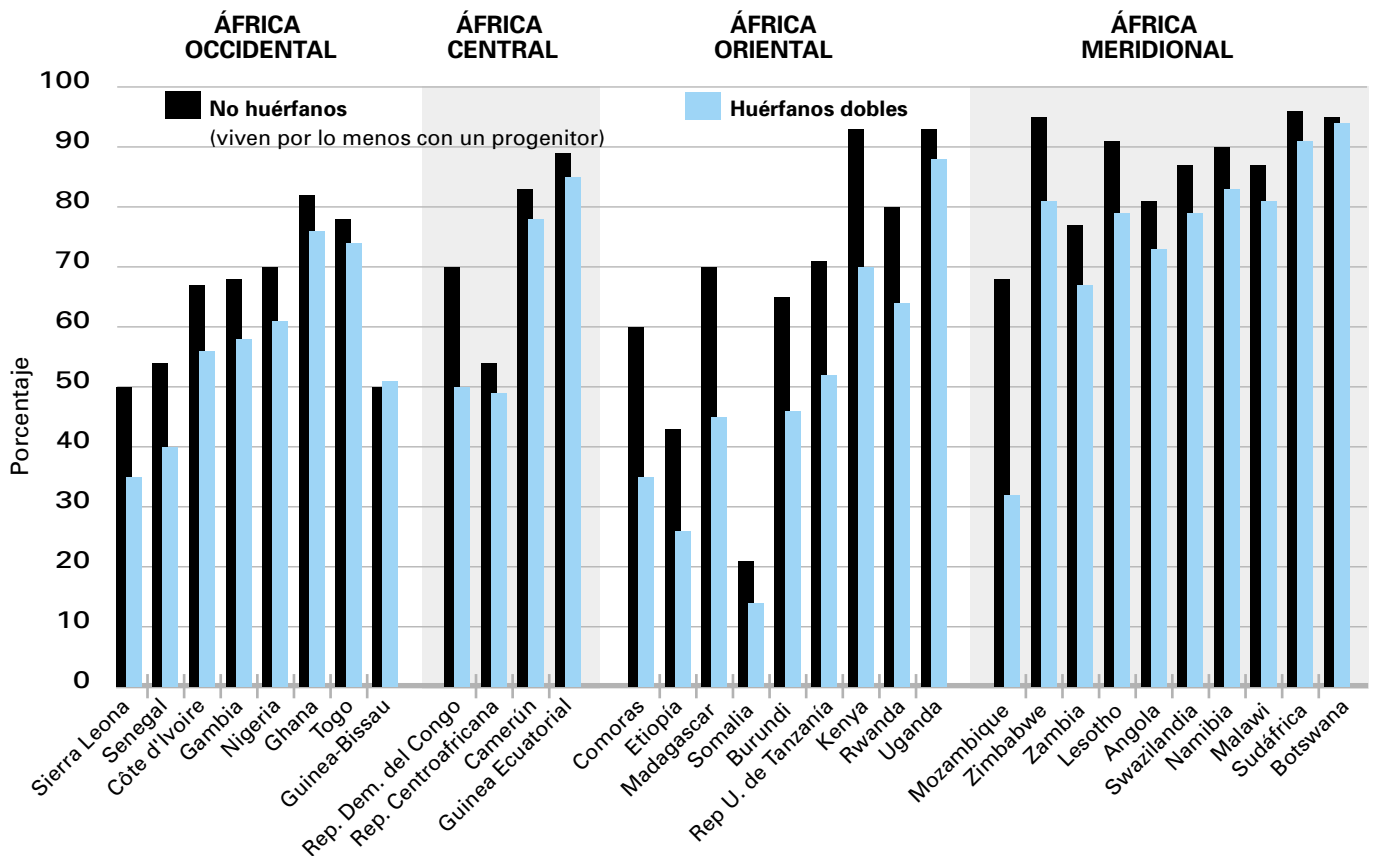
EDUCACIÓN

Los huérfanos suelen acudir menos a la escuela y suelen retrasarse en sus estudios o abandonar la escolarización, lo que pone en peligro sus capacidades y sus posibilidades.

Los riesgos son aún mayores en el caso de los huérfanos dobles. En la República Unida de Tanzania, la tasa de asistencia a la escuela entre los niños y niñas que no son huérfanos y que viven por lo menos con un progenitor es de un 71%, mientras que en el caso de los huérfanos dobles alcanza únicamente el 52%. (Los datos de las encuestas en los hogares no tienen en cuenta a los niños y niñas que viven fuera de los hogares o del marco familiar, es decir, a aquellos que viven en la calle o en instituciones. Estos datos subestiman por tanto las repercusiones de la orfandad sobre el bienestar infantil. En el futuro será preciso tener en cuenta este aspecto en la recopilación de datos.) En el gráfico 3-1 se ilustra la situación en algunos países, y se

GRÁFICO 3-1: LOS HUÉRFANOS SUELEN ASISTIR MENOS A LA ESCUELA

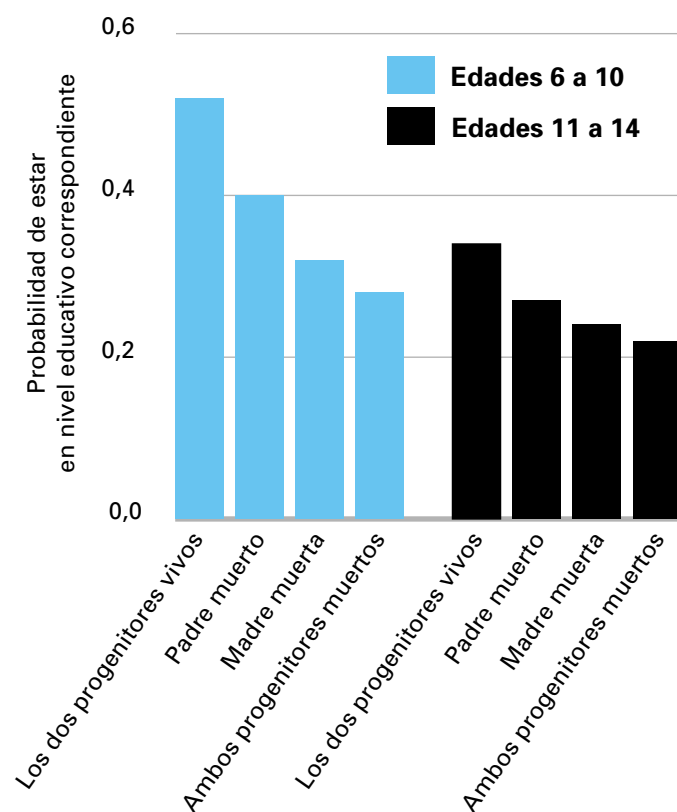
% de huérfanos y de no huérfanos en la escuela



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1997-2001.

GRÁFICO 3-2: LOS HUÉRFANOS TIENEN MENOS POSIBILIDADES DE ENCONTRARSE EN EL NIVEL EDUCATIVO QUE LES CORRESPONDE

Probabilidad de estar en el nivel educativo que les corresponde en Kenya, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe, 1999



Fuente: Bicego, G., S. Rutstein y K. Johnson, 'Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 6, marzo de 2003, pp. 1235-1247.

muestra también que el contraste entre la asistencia a la escuela de los huérfanos y de los que no son huérfanos es mayor en los países donde la tasa de asistencia era ya reducida³⁸.

La pobreza no es la única causa que explica el absentismo de los huérfanos. Varios estudios indican que el elemento más importante a este respecto es la naturaleza de la relación familiar entre el huérfano y el adulto que toma las decisiones en la familia o en el hogar; cuánto más estrecho es este vínculo, más posibilidades hay de que el huérfano acuda a la escuela. Los niños y niñas que viven en hogares encabezados por personas que no son sus progenitores se encuentran en una peor situación que quienes viven con sus progenitores, y los niños y niñas que no tienen ningún vínculo de parentesco con el cabeza de familia confrontan más dificultades aún. El contraste entre los huérfanos y los no huérfanos en materia de escolarización se explica en gran medida porque los huérfanos suelen vivir con parientes distantes o con adultos con quienes no tienen ninguna relación de parentesco³⁹.

También es más probable que los huérfanos tengan que interrumpir su escolarización. Un estudio realizado en Uganda permitió constatar que si un 14% de los alumnos de primaria habían tenido que faltar a la escuela todo un trimestre, la proporción entre los huérfanos dobles era mayor, un 27%. La diferencia es incluso más importante durante la secundaria, ya que un 16% de los no huérfanos y un 43% de los huérfanos dobles habían faltado un trimestre⁴⁰.

Esa misma encuesta indicó que más de una cuarta parte de los huérfanos declararon que su rendimiento escolar se había deteriorado, en parte debido a las interrupciones y en parte a causa de la tensión. El gráfico 3-2 combina los datos relativos de Kenya, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe, en grupos de edad que corresponden a la educación primaria y secundaria⁴¹. Los datos indican que incluso en el caso de los niños y niñas que no son huérfanos, la probabilidad de estar en el grado que les corresponde a su edad es muy reducida, ya que sólo la mitad de los alumnos de primaria y una tercera parte de los alumnos de secundaria se encuentran en la clase que corresponde a su edad. Sin embargo, la probabilidad es incluso menor para los niños y niñas que han perdido a uno de sus progenitores, y aún más baja para quienes han perdido a los dos.

Las repercusiones del VIH/SIDA sobre el conjunto del sistema educativo –que se traducen principalmente en el deterioro de los servicios escolares y la muerte de los maestros– afecta de manera adversa a los huérfanos, y también al resto de los alumnos. En Zambia, donde un 40% de los maestros son seropositivos, mueren a un ritmo tal que no es posible reemplazarlos por nuevos egresados⁴².

LAS REPERCUSIONES SOBRE LA NUTRICIÓN Y LA SALUD Y LAS POSIBILIDADES DE SUPERVIVENCIA

En las familias afectadas por el VIH/SIDA y privadas del apoyo de la comunidad, el consumo de alimentos puede descender en más de un 14%, lo que expone a los niños y niñas a un riesgo mayor de desnutrición y de retraso en el crecimiento⁴³.

Los niños y niñas que han perdido a sus progenitores debido al VIH/SIDA corren el riesgo de sufrir desnutrición y retraso en el crecimiento, como lo indican los estudios subnacionales que evalúan las consecuencias de la muerte de un adulto sobre la alimentación del menor de edad. (Es difícil juzgar el alcance de la desnutrición de los huérfanos a partir de las encuestas nacionales de los hogares, debido a que las muestras de los huérfanos menores de cinco años son muy reducidas.) Estudios realizados en la República Unida de Tanzania indican que la pérdida del padre y de la madre y el fallecimiento de otros adultos que vivían bajo el mismo techo afectan negativamente la altura del menor de edad con respecto a su edad y agravan el retraso en el crecimiento. Los huérfanos de madre o de padre corren un mayor riesgo de tener una talla más corta que lo que corresponde su edad, que los niños y niñas que no son huérfanos. En las familias que no son pobres, el retraso en el crecimiento que se observa después de la pérdida de uno de los progenitores es equivalente al que se encuentran entre los niños y niñas pobres que viven con sus progenitores. Entre las familias pobres, la orfandad agrava aún más estos retrasos en el crecimiento⁴⁴.

Un estudio realizado recientemente al oeste de Kenya ha permitido constatar las desventajas en la relación entre peso y altura entre los huérfanos en comparación con los

no huérfanos⁴⁵. La encuesta de 2003 sobre la nutrición en Zimbabwe, que permitió pesar y medir a cerca de 42.000 niños y niñas, entre ellos 1.760 huérfanos, muestra que los huérfanos tienen mayores posibilidades que los no huérfanos de sufrir desnutrición⁴⁶. Estos niños y niñas corren el riesgo de no alcanzar nunca la plenitud de sus capacidades físicas e intelectuales⁴⁷.

El análisis de un estudio longitudinal realizado en el suroeste de Uganda con datos obtenidos de 1989 a 2000 indicó que la muerte de la madre está relacionada con un aumento de la mortalidad infantil durante el primer año que sigue a su fallecimiento, incluso entre los huérfanos que no habían contraído el VIH⁴⁸.

Otro factor que afecta la situación en materia de nutrición y salud, y las posibilidades de supervivencia de los huérfanos, es el debilitamiento creciente de los servicios estatales de salud, que en numerosos países de África subsahariana están desbordados por el VIH/SIDA.

EL TRABAJO INFANTIL

El porcentaje de niños y niñas que trabajan es más elevado en África subsahariana que en todas las demás regiones del mundo, ya que un 29% de los menores de 15 a 14 años realizan una actividad económica⁴⁹. A medida que sus progenitores se enferman de VIH/SIDA, los niños y las niñas deben generalmente asumir mayores responsabilidades. Las niñas realizan cada vez más tareas del hogar. Los varones llevan a cabo trabajos agrícolas u obtienen ingresos para el hogar mediante la venta ambulante.

Las encuestas realizadas en los hogares revelan muy pocas diferencias en las proporciones de niños y niñas trabajadores que son o no son huérfanos. Pero es muy probable que el número de niños y de niñas que trabajan se haya subestimado debido a los métodos empleados para entrevistar a los progenitores y tutores. Estas encuestas no tienen en cuenta a los niños y niñas que no viven en el marco familiar⁵⁰.

Las encuestas sobre los niños y niñas que trabajan constituyen otro sistema para evaluar la frecuencia del fenómeno entre los huérfanos. Las evaluaciones rápidas realizadas por la Organización Internacional del Trabajo a fin de conocer mejor la situación de los niños y niñas trabajadores han establecido que los huérfanos se emplean con mayor frecuencia que los no huérfanos en la agricultura comercial, el trabajo doméstico, las actividades sexuales comerciales y

como vendedores ambulantes⁵¹. En la mayoría de las actividades, gran parte de los niños y niñas eran huérfanos que habían perdido a sus progenitores debido al VIH/SIDA. En Zambia, se calcula que debido al VIH/SIDA el número de niños y niñas que trabajan ha aumentado de un 23% a un 30%⁵². Estas evaluaciones revelan los vínculos entre el VIH/SIDA, la orfandad y las peores formas de trabajo infantil (*véase el Recuadro 3-1*).

RECUADRO 3-1: LOS HUÉRFANOS Y LAS PEORES FORMAS DE TRABAJO INFANTIL

Trabajadores domésticos

En 2002, mediante un método de evaluación rápida, se analizaron las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores domésticos en Addis Abeba, Etiopía. Más de tres cuartas partes de estos trabajadores domésticos eran huérfanos. Un 80% de los niños y niñas encuestados no tenían derecho a abandonar voluntariamente su empleo. La mayoría de los miembros del grupo estudiado (un 65%) estaban matriculados en un curso de alfabetización o un programa de enseñanza oficial, mientras que los otros no recibían ninguna educación. La mayoría de los encuestados no podía hacer sus deberes o estudiar en el hogar y a menudo llegaban tarde a la escuela o faltaban con frecuencia. No disponían del tiempo y los medios para divertirse, ya que trabajaban una media de once horas diarias, siete días a la semana. La mayor parte no tenía derecho a jugar con los hijos de sus empleadores, ni de mirar la televisión o escuchar la radio, lo que reducía sus posibilidades de obtener informaciones esenciales sobre temas como el VIH/SIDA⁵³.

Explotación de canteras

Las condiciones de trabajo de los niños y niñas que realizan estas labores son incluso peores que las de los adultos. Estos trabajadores infantiles levantan, trituran, transportan y cargan piedras destinadas a la construcción. En algunos casos, los niños y niñas trabajadores realizan su actividad en las minas y sufren muy a menudo accidentes. Una evaluación rápida realizada en cuatro regiones mineras de la República Unida de Tanzania permitió establecer que los niños y niñas que trabajaban en las minas tenían entre 7 y 17 años. Entre los niños que trabajaban a tiempo parcial, un 7% eran huérfanos, mientras que un 38% de los niños y niñas que trabajaban a tiempo completo eran huérfanos⁵⁴.

Prostitución infantil

Una evaluación rápida realizada en Zambia en 2002 estableció que la edad promedio de los niños y niñas que se prostituyen era de 15 años. Alrededor de la mitad (un 47%) eran huérfanos dobles y un 24% eran huérfanos de un solo progenitor. La obligación de ganar dinero era la principal razón que citaban para explicar su prostitución. Sus ingresos cotidianos eran de 3.000 a 33.400 kwachas (de 0,63 a 7 dólares); la mayoría, especialmente los más jóvenes, pocas veces ganaban más de 10.000 kwachas (2,10 dólares). Como promedio, estos menores de edad prostituidos tenían relaciones sexuales con 3 a 4 clientes al día⁵⁵.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES

Las niñas y los niños cuyos padres están enfermos o han muerto a causa del VIH/SIDA son víctimas de los prejuicios y la discriminación. Corren el riesgo de que sus amigos y camaradas de clase les excluyan, y de que no les atiendan en los centros sanitarios. Como dijo una niña sudafricana de 16 años: “Nos tratan mal. Uno no tiene ganas de caminar por la calle, nos insultan. Murmuran cuando pasamos delante de ellos. Creen que cuando una persona de la familia está enferma, todas las personas que viven bajo el mismo techo están enfermas⁵⁶”.

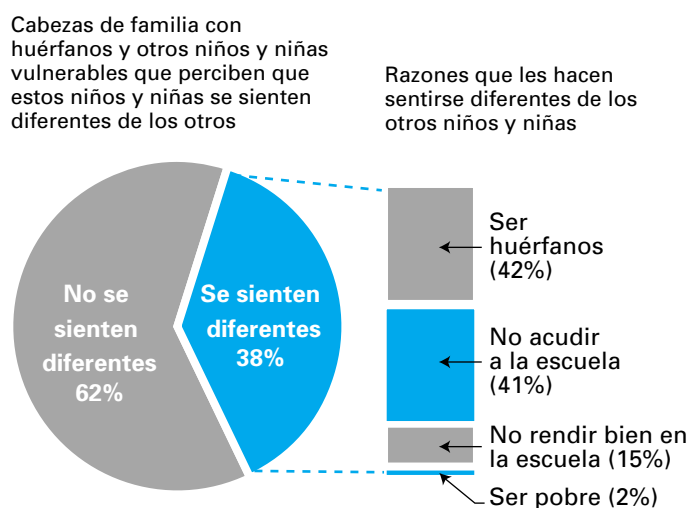
Estos problemas psicosociales pueden persistir cuando los huérfanos son acogidos en un hogar de guarda. A menudo se les trata como miembros de segundo orden de la familia, y tal vez se les discrimine en el reparto de alimentos o de trabajo. En Zambia, los huérfanos declararon que carecían de afecto y se sentían excluidos, y que sufrían otras discriminaciones más flagrantes⁵⁷.

Otra causa de trauma es la separación entre los hermanos y hermanas. Incluso los niños y niñas de mayor edad sufren a causa de esta separación. En un grupo de huérfanos de mayor edad separados de sus hermanos y hermanas, un 44% declararon que esta situación les entristecía y un 17% dijeron que se sentían solos⁵⁸.

Los huérfanos corren el riesgo de sentirse aún más solos cuando desaparece otra actividad de su vida cotidiana normal: asistir a la escuela. En una encuesta realizada en cuatro distritos de Zambia se preguntó a los cabezas de familia donde había huérfanos si pensaban que los huérfanos tenían de impresión de ser diferentes de otros niños y niñas. Más de dos terceras partes respondieron que los huérfanos se sentían en efecto diferentes, y una de las causas más importantes era porque no acudían a la escuela (véase el Gráfico 3-3).

GRÁFICO 3-3: LA ESCUELA ES FUNDAMENTAL PARA EL BIENESTAR DE LOS HUÉRFANOS

Cuatro distritos en Zambia, 2001



Fuente: Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia, USAID, SCOPE-OVC, Zambia, y Family Health International, borrador, 2002.

RECUADRO 3-2: SEÑALES DE PELIGRO

Los niños y las niñas reaccionan de forma diferente ante las dificultades. Muchos tienen problemas para expresar sus inquietudes. Suelen interiorizar sus sentimientos y sus tensiones, creer que de una u otra manera no son normales y sufrir una falta de confianza en sí mismos, depresión o ansiedad. O pueden volverse agresivos, consumir drogas y alcohol o exhibir comportamientos antisociales.

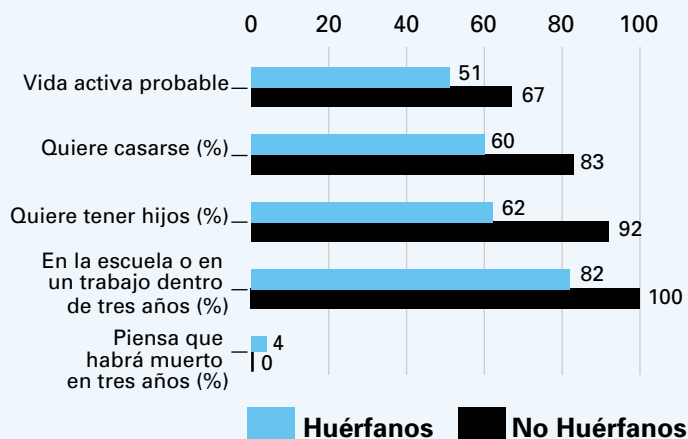
■ Un estudio realizado en Brazzaville, Congo, entre 354 niños y niñas que habían perdido a uno de sus progenitores o a los dos a causa del VIH/SIDA indicó que 71 sufrían problemas psicosociales de uno u otro tipo: un 39% estaban sometidos a la “tensión postraumática”; un 27% tenía problemas “de adaptación”, que expresaban huyendo de la escuela o del hogar o mediante diferentes tipos de comportamientos agresivos o hiperactivos. El 34% restante tenía problemas “afectivos”: depresión, angustia, irritabilidad o sentimientos de rivalidad⁵⁹.

■ Un estudio realizado en los suburbios de Dar-es-Salaam, República Unida de Tanzania, registró también problemas importantes entre 41 niños y niñas de 10 a 14 años que habían quedado huérfanos debido al VIH/SIDA. En este grupo, solamente 8 vivían todavía con el progenitor sobreviviente. Los huérfanos respondieron a una serie de cuestiones relacionadas con problemas de “interiorización”, señales de angustia, de pesimismo o de un sentimiento de fracaso, todos los cuales son síntomas de depresión. Los huérfanos tenían más problemas que los no huérfanos, y las niñas estaban ligeramente más afectadas que los varones⁶⁰.

■ Un estudio realizado en el distrito de Rakai, Uganda, examinó las repercusiones de la muerte de los progenitores sobre 1.993 niños y niñas e interrogó a niños y niñas huérfanos y no huérfanos sobre sus expectativas para el futuro⁶¹: no solamente esperaban vivir menos años, sino que tenían menos deseos de casarse y de tener hijos.

GRÁFICO 3-4: LOS HUÉRFANOS SON MENOS OPTIMISTAS SOBRE SU FUTURO

El efecto psicológico de la orfandad
Rakai, Uganda, 1997



Fuente: Sengendo, J. y J. Nambi, 'The Psychological Effect of Orphanhood: A study of Orphans in Rakai district' (Uganda), en *Health Transition Review*, vol. 7 (suppl.), 1997, pp. 105-124.

“Nos tratan mal. Uno no tiene ganas de caminar por la calle, nos insultan. Murmuran cuando pasamos delante de ellos. Creen que cuando una persona de la familia está enferma, todas las personas que viven bajo el mismo techo están enfermas.”

Una niña de 16 años, Sudáfrica

4 AYUDAR A LOS HUÉRFANOS DE ÁFRICA

La crisis de los huérfanos tiene graves repercusiones sobre el bienestar de los niños y de las niñas así como de las sociedades de África. Este informe sostiene que todavía es posible influir en el rumbo de la crisis si se aporta un apoyo inmediato a las familias y las comunidades a fin de velar por la salud y la seguridad de todos los huérfanos de África. Ofrecer a los niños y las niñas una educación básica gratuita, procurarles la posibilidad de que se ganen la vida de manera segura y viable y aportar a las familias asistencia financiera y de otro tipo puede significar que muchos huérfanos sigan viviendo con sus familias en lugar de tener que separarse de ellas. La familia –tanto si la persona a cargo es el padre o la madre viudos, los abuelos o una persona joven– son el medio más importante para ofrecer un entorno protector a los niños y las niñas que han perdido a sus progenitores debido al VIH/SIDA o cualquier otra causa.

RESPUESTAS NACIONALES

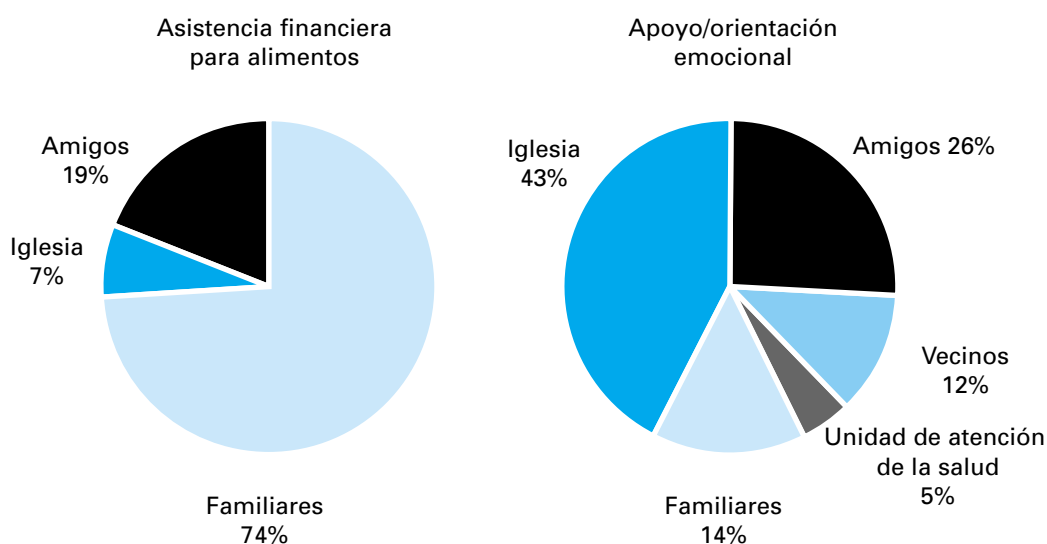
Los gobiernos de África subsahariana han reaccionado hasta la fecha con lentitud ante la crisis de los huérfanos debido a varias razones. Hay una gran cantidad de problemas urgentes que acaparan su atención y se disputan los escasos recursos públicos. Esta reticencia refleja igualmente la incomodidad que rodea al tema del VIH/SIDA; muchos dirigentes no se deciden a tomar medidas contra una enfermedad que está estrechamente vinculada con prácticas sexuales que pertenecen a la vida privada. La situación es incluso más complicada debido a que la crisis de los huérfanos no es especialmente visible, puesto que estos millones de niños y de niñas están distribuidos entre numerosas familias, en comunidades donde las dificultades de tal o cual niño o niña pueden pasar fácilmente desapercibidas. Algunos huérfanos resultan más visibles, como ocurre en el caso de los que se ven obligados a trabajar y vivir en la calle, pero

incluso ellos son sólo una adición más a los numerosos niños y niñas, huérfanos o no, que tratan de ganarse la vida en las calles de las ciudades africanas.

Finalmente, la razón tal vez más importante por la que los gobiernos han tardado tanto tiempo en reaccionar es debido a que las familias y las comunidades han asumido la mayor parte de las responsabilidades. Las tradiciones africanas de cooperación comunitaria han aliviado la presión que recae sobre los gobiernos y las instituciones nacionales. Estudios realizados en las zonas urbanas de Zambia indican que solamente alrededor de una tercera parte de los hogares con huérfanos estaban recibiendo apoyo de una manera u otra⁶². Esta asistencia puede cobrar forma de apoyo moral y orientación y ayuda financiera para adquirir alimentos, y en su mayor parte proviene de los parientes y los amigos (véase el Gráfico 4-1).

GRÁFICO 4-1: LAS COMUNIDADES SE ENCUENTRAN EN PRIMERA LÍNEA DE LA ATENCIÓN DE LOS HOGARES VULNERABLES

Prestadores de apoyo a los hogares que recibieron asistencia en cuatro distritos de Zambia, 2001



Fuente: Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia, USAID, SCOPE-OVC, Zambia, y Family Health International, borrador, 2002.

RECUADRO 4-1: COMPROMISOS INTERNACIONALES

Los compromisos internacionales adquiridos en 2001 durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas consagrado al VIH/SIDA y reiterados posteriormente durante la Sesión Especial en favor de la Infancia de 2002 son los siguientes:

Para 2003, elaborar y para 2005, poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de: establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y a las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado, y asegurándoles escolarización y acceso a vivienda, buena nutrición y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños; y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida del derecho de sucesión

Asegurar la no discriminación y el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos mediante el fomento de una política activa y visible para terminar con el estigma de las niñas y los niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA;

Instar a la comunidad internacional, especialmente a los países donantes, a los agentes de la sociedad civil y al sector privado, a que complementen eficazmente los programas nacionales en apoyo de programas para las niñas y los niños huérfanos o en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA en las regiones afectadas y en los países de alto riesgo, y a que destinen asistencia especial al África subsahariana.

LA RESPUESTA INTERNACIONAL

A escala internacional, la comunidad mundial ha señalado la gravedad de la crisis de los huérfanos de África subsahariana por medio de las Naciones Unidas, así como la necesidad urgente de tomar medidas en el plano gubernamental. En junio de 2001, los participantes en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA decidieron prestar una especial atención a los niños y niñas huérfanos o vulnerables debido al VIH/SIDA y fijaron objetivos precisos para los cinco años venideros en la Declaración de compromiso. Estos objetivos –establecer la importancia de elaborar estrategias nacionales, garantizar la no discriminación, movilizar recursos y fomentar la

cooperación internacional (véase el Recuadro 4-1)– fueron reiterados en mayo de 2002 durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia, en el documento titulado “Un mundo apropiado para los niños”.

A finales de 2003, de los 40 países de África subsahariana donde la epidemia está generalizada (es decir, donde por lo menos un 1% de la población adulta es seropositiva) solamente seis (es decir, un 15%) disponen de una política nacional de asistencia a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables. Ocho países (un 20%) preparan en la actualidad este tipo de políticas. En 26 países (65%) no se ha establecido ningún tipo de política nacional a este respecto.

RECUADRO 4-2: PRINCIPIOS RECTORES RELATIVOS A LOS DERECHOS HUMANOS

Todas las medidas en favor de la infancia se basan en la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos relativos a los derechos humanos, según el principio por el que el desarrollo humano es la realización de un conjunto de derechos universales e inalienables. Este enfoque considera a los niños y las niñas como titulares de derechos y no solamente como beneficiarios de servicios o de medidas protectoras. La Convención estipula que incumbe ante todo a los gobiernos velar por que se cumplan y se protejan los derechos de la infancia. El documento reconoce la función esencial que desempeñan los progenitores, la familia y los tutores que, como encargados principales del cuidado de la infancia, garantizan su bienestar y su desarrollo. El Estado debe asistir a los progenitores y tutores a mejorar su capacidad para ocuparse de los niños y niñas a su cargo. También se precisa en la Convención que los Estados tienen la responsabilidad de prestar una atención especial a los niños y niñas privados de su entorno familiar. Los valores que sustentan la Convención, enumerados a continuación, son un punto de referencia constante para la puesta en práctica y seguimiento de todas las iniciativas destinadas a validar y proteger los derechos de la infancia.

El interés superior del niño

En todas las medidas concernientes a los niños, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño. Este principio es especialmente importante para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables cuando se toman decisiones relativas a sus tutores, a sus bienes y su futuro, pero abarca en un mayor grado todas las cuestiones que afectan a la infancia, entre ellas las políticas y programas de desarrollo, las actividades militares y la distribución de los recursos públicos.

No discriminación

Todos los niños y las niñas deben poder ejercer los derechos consagrados en la Convención. Los Estados deben identificar a los niños y las niñas más vulnerables y en mayor situación de desventaja dentro de sus fronteras y tomar medidas paliativas a fin de alcanzar y proteger sus derechos.

El derecho a la supervivencia, el bienestar y el desarrollo

Este principio no se limita a desarrollo físico, sino que recuerda al contrario que es necesario velar por el desarrollo integral del niño, especialmente en el plano espiritual, moral, psicológico y social.

Respetar las opiniones del niño

Los niños y las niñas tienen el derecho a expresar libremente su opinión sobre todos los asuntos que les afectan, y es preciso tener debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez. La Convención reconoce que los niños y las niñas pueden enriquecer el proceso de toma de decisiones y participar en tanto que ciudadanos y agentes del cambio.

ESFERAS PRIORITARIAS

Para lograr los objetivos mundiales de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, es indispensable tomar medidas radicales en las cinco esferas siguientes:

- 1 Reforzar la **capacidad de las familias** para proteger a los huérfanos y ocuparse de ellos y de otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA.
- 2 Movilizar y fortalecer las **iniciativas comunitarias**.
- 3 Asegurar que los huérfanos y los niños y niñas vulnerables tienen acceso a los **servicios básicos**.
- 4 Asegurar que los **gobiernos protejan** a los niños y niñas más vulnerables.
- 5 Sensibilizar a la población con el objetivo de establecer un **entorno favorable** para los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA.

Estas medidas deben acompañar a otras actividades de mayor magnitud para evitar la propagación del VIH/SIDA y reducir el número de huérfanos en el futuro.

1. Reforzar la capacidad de las familias para proteger a los huérfanos y ocuparse de ellos y de otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA

En África subsahariana, las familias ampliadas son el apoyo más importante con el que pueden contar los hogares afectados por el VIH/SIDA, inclusive aquellos donde hay huérfanos. Toda estrategia destinada a remediar la crisis de los huérfanos debe por tanto reforzar ante todo las capacidades de las familias ampliadas para criar y proteger a sus hijos. (Aunque la construcción de un mayor número de orfanatos podría parecer a primera vista una solución eficaz ante el número cada vez mayor de huérfanos, no es un remedio viable. La atención que se presta en un entorno institucional no suele responder a las necesidades de los niños y las niñas en materia de desarrollo. Los países que disponen de una larga experiencia en el ámbito de la atención institucional de la infancia han constatado los importantes problemas que se presentan cuando los huérfanos que han crecido en estas instituciones se convierten en adultos y

tienen dificultades para reintegrarse a la sociedad. Además, la gran mayoría de los países en desarrollo no pueden permitirse financiar este tipo de instituciones. Las investigaciones realizadas por el Banco Mundial en la República Unida de Tanzania establecieron que el costo de la atención institucional es seis veces mayor que la atención de guarda; otros estudios reflejan proporciones aún mayores, ya que los costos son de 20 a 100 veces más elevados.)

En Kenia, Malawi y Uganda, el programa Trickle Up ofrece a las familias ampliadas un ingreso complementario para apoyar a los niños y las niñas huérfanos a causa del VIH/SIDA, ayudándoles a preservar o reforzar sus bienes al mismo tiempo que pagan los servicios médicos y los gastos de escolaridad⁶³. Incluso aquellos hogares que están al borde de la quiebra pueden dotarse de nuevos medios mediante estas pequeñas subvenciones.

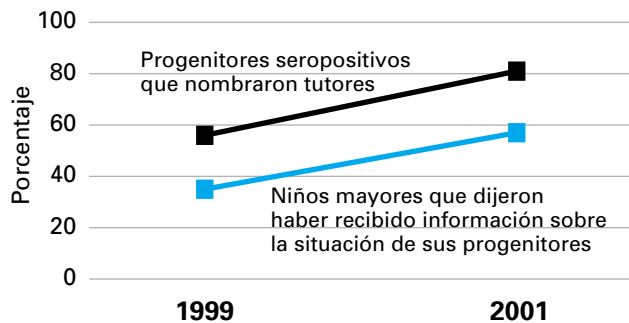
En Uganda, la organización no gubernamental internacional Plan ha prestado apoyo a programas de planificación de la sucesión, que consisten sobre todo en orientar a los progenitores para que divulguen su estado serológico, capacitar a tutores eventuales y establecer “cuadernos de recuerdos”, diarios donde se describen datos y memorias que permiten a los niños y a sus progenitores consignar por escrito su vida en común (véase el Gráfico 4-2)⁶⁴.

Las siguientes esferas de intervención son fundamentales para reforzar la capacidad de las familias:

- Mejorar la salud y prolongar la vida de los progenitores por medio de atención clínica y en el hogar, tratamientos de las infecciones oportunistas, apoyo nutricional y tratamientos antiretrovirales.
- Mejorar las capacidades económicas de los hogares mediante la financiación de la creación de pequeñas empresas, proyectos de micro-financiación, métodos para mejorar el rendimiento agrícola, la formación práctica de los jóvenes e innovaciones que permiten reducir la mano de obra.
- Proporcionar orientación y apoyo psicosocial a los niños y niñas, y a las personas que se ocupan de ellos.
- Fortalecer las competencias y las capacidades de las personas que se ocupan de los niños y niñas, especialmente en materia de desarrollo durante la primera infancia.

GRÁFICO 4-2: LA PLANIFICACIÓN DE LA SUCESIÓN DA RESULTADOS

Resultados de un programa de planificación de la sucesión dirigido a los progenitores seropositivos en los distritos de Luwero y Tororo en Uganda, 2001



Fuente: *Succession Planning in Uganda: Early outreach for AIDS-affected children and their families*, Population Council/Horizons, Washington, D.C., 2003.

- Fortalecer las aptitudes para la vida y la supervivencia de los jóvenes a fin de que puedan asumir mejor sus nuevas responsabilidades y protegerse contra la infección por VIH.
- Facilitar la planificación de la sucesión ofreciendo a los progenitores los medios para que preparen testamentos, nombren tutores y proporcionen apoyo psicológico a sus hijos.

2. Movilizar y fortalecer las iniciativas comunitarias

Cuando las familias no pueden responder de manera adecuada a las necesidades elementales de sus hijos, el apoyo más importante recae en las comunidades.

En Malawi, el programa de opciones comunitarias para la protección y la habilitación de la organización Save the Children (Estados Unidos) ha empleado un enfoque sistemático de movilización de las respuestas comunitarias⁶⁵. En el marco de este programa, las organizaciones no gubernamentales, las autoridades religiosas, el sector privado y los poderes públicos han establecido comités de lucha contra el SIDA en los distritos, que contribuyen a movilizar y prestar apoyo a los comités contra el SIDA de los poblados. Los comités de los poblados llevan a cabo diversas actividades, entre ellas visitas habituales a las familias donde viven los niños y niñas más vulnerables, la creación de huertos comunitarios y la distribución de variedades agrícolas mejoradas. También tratan de asegurar que los niños y las

niñas sigan asistiendo a la escuela, tratando de convencer a las familias de guarda de la importancia de la escolaridad y alentando a las escuelas a que supriman los gastos de escolaridad de los huérfanos y de otros niños y niñas vulnerables.

De igual modo, en la República Unida de Tanzania, los habitantes de los poblados han creado “Comités para los niños y niñas más vulnerables” que reciben y distribuyen donaciones de alimentos y fondos y organizan actividades de generación de ingresos y otras formas de apoyo. Y en Swazilandia, la población local ha establecido Comités para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables con el objetivo de combinar los recursos y movilizar el apoyo comunitario. Uno de estos comités ha utilizado los fondos recaudados por la comunidad para establecer una tienda en la escuela primaria local cuyos beneficios financian los gastos de escolaridad de numerosos alumnos. Otro comité ha establecido Puntos de atención vecinal gestionados por voluntarios locales donde se ofrecen servicios de guardería⁶⁶.

Las numerosas actividades comunitarias en favor de los huérfanos y de los niños y niñas vulnerables indican que es posible fomentar y ampliar la escala de las iniciativas de la comunidad mediante:

- La participación de los dirigentes locales, entre ellos autoridades tradicionales y religiosas, administradores, ciudadanos notables, periodistas, maestros y otras personas, mediante la concienciación sobre las repercusiones del VIH/SIDA y las circunstancias de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables. Se trata de una etapa importante para reforzar la respuesta comunitaria. El objetivo principal es movilizar a los dirigentes y a sus comunidades para que organicen un sistema de asistencia a los huérfanos y los niños y niñas vulnerables, supervisen su bienestar y reduzcan los riesgos de abuso y explotación.
- El inicio de un diálogo comunitario sobre el VIH/SIDA a fin de disipar los mitos, aumentar la toma de conciencia y suscitar compasión. La información falsa, la ignorancia y los prejuicios sobre el VIH/SIDA hacen que la comunidad tenga menos motivos para resolver las necesidades de las personas afectadas por la enfermedad. Los niños, las niñas y los jóvenes pueden contribuir en el inicio de este diálogo comunitario. Los clubes juveniles, los grupos religiosos, las escuelas y otras estructuras comunitarias son lugares donde es posible compartir la información y el diálogo.

- La organización de actividades colectivas de apoyo, como programas de seguimiento comunitario y de visitas a domicilio que permitan prestar un apoyo psicosocial crucial, la creación de huertos comunitarios, el establecimiento de guarderías infantiles, la asistencia laboral y la prestación de cuidados infantiles temporales. La combinación de recursos financieros permite ofrecer asistencia material a los hogares vulnerables, a los comités de protección comunitarios y a los clubes juveniles y programas de recreación.
- La promoción y apoyo de la atención comunitaria de los niños y niñas privados de apoyo familiar. Éste será un elemento cada vez más importante en toda estrategia eficaz a medida que se agrave la crisis de los huérfanos. Algunos huérfanos no podrán recibir atención basada en la familia dentro de su propia comunidad, al menos de manera temporal. Es preciso ampliar su acceso a los hogares de guarda, la adopción y otros tipos de atención. Una posibilidad es la creación de hogares reducidos de tipo familiar integrados en las comunidades infantiles. Uno de los problemas principales que es preciso resolver es aumentar en mayor medida la disponibilidad en las comunidades infantiles de la atención que prestan las familias de guarda o la adopción.

3. Asegurar que los huérfanos y los niños y niñas vulnerables tienen acceso a los servicios básicos

Solucionar la crisis de los huérfanos consiste sobre todo en aumentar su acceso a los servicios básicos y velar porque los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables reciban el mismo trato que los demás. Es indispensable preparar amplios planes de acción para responder a las necesidades de los huérfanos y de los niños y niñas vulnerables. Para aumentar su acceso a los servicios, será preciso reforzar la capacidad de descentralización a la escala de los distritos, seleccionar los servicios y garantizar una coordinación multisectorial entre los prestadores de servicios.

A este respecto, la educación es un aspecto indispensable. Es preciso tomar todas las medidas necesarias para que todos los niños y las niñas puedan matricularse en la escuela y terminar sus estudios. Los gobiernos pueden

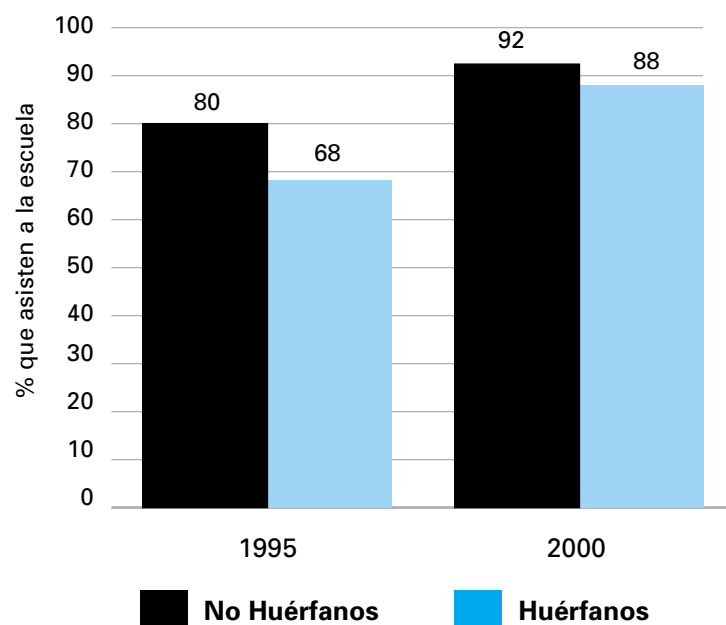
tomar numerosas medidas en esta esfera. Una de ellas es cambiar la política de los gastos de escolarización y la obligación de usar uniforme.

En 1996, por ejemplo, el Gobierno de Uganda aprobó una política de enseñanza primaria universal que ofrecía una educación primaria gratuita a cuatro niños y niñas por familia. En 1995, los huérfanos de Uganda tenían menos posibilidades de acudir a la escuela que otros niños y niñas; en 2000, como consecuencia de esta política, esta diferencia había prácticamente desaparecido⁹⁷ (véase el Gráfico 4-3). En 2003, Kenya abolió los gastos de escolarización en la escuela primaria, y la tasa de matriculación ha aumentado de manera considerable (véase el Recuadro 4-3). Otros métodos consisten en ofrecer programas de alimentación en la escuela y conseguir que la educación sea más pertinente y accesible para los alumnos permitiendo a los grupos locales la creación de escuelas comunitarias.

GRÁFICO 4-3: LAS DESVENTAJAS DESAPARECEN CON UNA POLÍTICA UNIVERSAL DE EDUCACIÓN PRIMARIA

Porcentaje de niños y niñas que asisten a clase (huérfanos/no huérfanos), Uganda, 1995-2000

La tasa de atención de los huérfanos la escuela mejora de 0,85 a 0,96



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1995 y 2000.

RECUADRO 4-3: ABOLICIÓN DE LOS GASTOS DE ESCOLARIZACIÓN – LA EXPERIENCIA DE KENYA

Cuando las escuelas primarias de Kenya reabrieron sus puertas en enero de 2003 para el trimestre de invierno, 5,9 millones de niños y niñas volvieron a matricularse y 1,3 lo hicieron por primera vez. En el marco de la nueva política de enseñanza primaria gratuita, ninguno de los alumnos tenía que pagar gastos de escolaridad.

Esta política de enseñanza primaria gratuita abre nuevas posibilidades a millones de niños y de niñas marginados y en situación de desventaja, muchos de los cuales nunca se habían matriculado o habían abandonado la escuela porque no podían pagar los gastos de escolaridad.

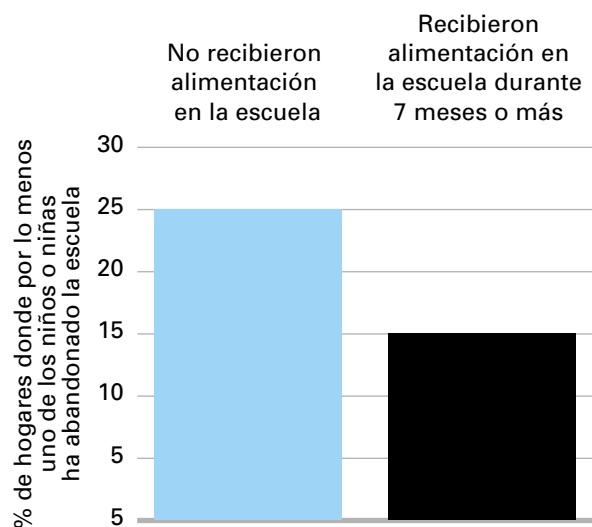
Esto era especialmente cierto para los aproximadamente 890.000 niños y niñas de Kenya menores de 15 años que habían perdido a uno de sus progenitores o a ambos a causa del VIH/SIDA. Para muchos de estos niños y niñas, la enseñanza gratuita constituía la mejor, y tal vez la única posibilidad de quebrar el círculo vicioso de la pobreza. La educación permitió a estos niños y niñas adquirir los conocimientos, las competencias y la confianza en ellos mismos necesarias para ampliar las posibilidades de obtener trabajo. Las escuelas son el mejor medio de informar y de hablar sobre el VIH/SIDA y otras amenazas que ponen en peligro el bienestar de la infancia. La escuela ofrece a los alumnos la posibilidad de aprender aptitudes para la vida práctica, así como las capacidades de negociación, de comunicación y decisión necesarias para llevar una vida sana.

En todo el país, la política de enseñanza gratuita se ha desarrollado en un ambiente de euforia, pero también de desorden. En las aulas preparados para recibir a 40 alumnos se aglomeran ahora 70. Por falta de lugar, los administradores se han visto obligados en algunas escuelas a establecer listas de espera. Los materiales son escasos; los maestros cualificados son más escasos aún. Y la educación no es completamente gratuita. Las familias deben ocuparse de los uniformes, el transporte y, en ciertos casos, de los gastos para el mantenimiento de las escuelas.

La comunidad internacional prestó un rápido apoyo a esta iniciativa, que costará al Gobierno alrededor de 97 millones de dólares al año. El UNICEF asignó inmediatamente 2,5 millones de dólares para la adquisición de material destinado a los maestros y a los alumnos, productos recreativos, capacitación para 5.000 maestros en métodos interactivos orientados hacia el alumno y la construcción de instalaciones básicas de agua y saneamiento. El Banco Mundial ha prometido otorgar a la iniciativa subvenciones de 50 millones de dólares

GRÁFICO 4-4: LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN EN LA ESCUELA FOMENTAN LA ASISTENCIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS VULNERABLES

Proporción de niños y niñas de hogares con graves carencias de alimentos que abandonan la escuela, en comparación con aquellos que recibieron alimentación durante el año escolar precedente, Zimbabwe, 2003



Fuente: Zimbabwe Emergency Food Security and Vulnerability Assessment – Report No. 3, Zimbabwe National Vulnerability Assessment Committee y SADC FANR Vulnerability Assessment Committee, abril de 2003.

La iniciativa regional de apoyo psicosocial es otro programa importante para establecer alianzas en materia de programación psicosocial en el este y el sur de África. Esta red de recursos técnicos, que reúne a 30 organizaciones de la región, tiene como objetivo aportar apoyo psicosocial a más de 250.000 niños y niñas durante los próximos cinco años⁶⁸.

Los niños y las niñas necesitan protección contra la violencia y los malos tratos, tanto si ocurren fuera como dentro de su hogar. Los niños y niñas que vive o trabajan en la calle corren un peligro especial de ser víctimas de la violencia y de la explotación sexual. Muchas organizaciones no gubernamentales han establecido programas eficaces para estos niños y niñas, como la Sociedad Undugu de Kenya, que ofrece programas de capacitación y aprendizaje. Pero igualmente importante es mejorar la actitud de la sociedad hacia

los niños y niñas que viven y trabajan en la calle. En Etiopía, los programas de capacitación de la policía incluyen informaciones a este respecto; también se han establecido unidades para la protección de la infancia, compuestas de policías y de trabajadores sociales. Por consiguiente, las actitudes de la policía hacia los niños y niñas que viven o trabajan en las calles han mejorado de manera considerable.

Los huérfanos y los niños y niñas vulnerables precisan una serie de servicios que aseguren sus derechos y su bienestar, especialmente:

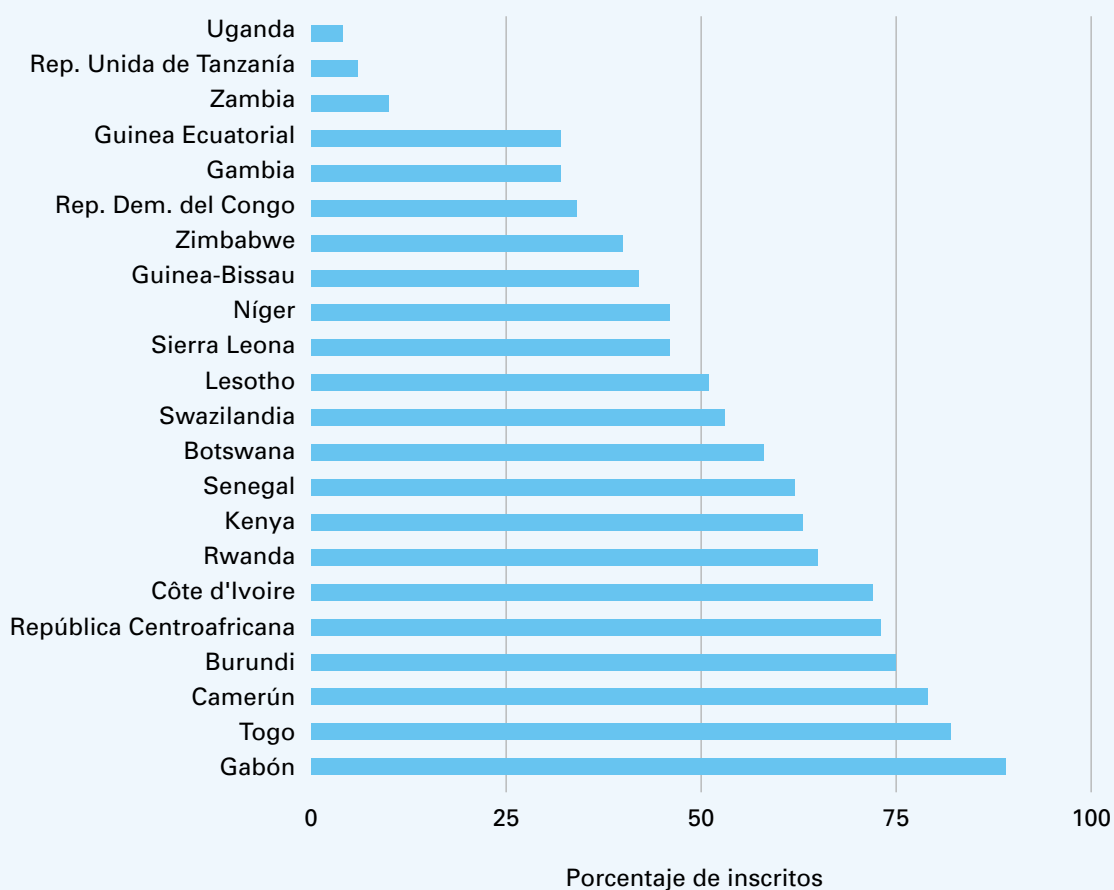
- La educación, que es esencial para el futuro de la infancia y es importante para su desarrollo psicosocial. Las escuelas proporcionan a sus alumnos un entorno seguro y estructurado, el apoyo emocional y la supervisión de los adultos, y la posibilidad de aprender a comunicarse con otros compañeros y establecer relaciones sociales. Las intervenciones para mejorar la matriculación y la retención incluyen la reducción o eliminación de los gastos de escolarización y los costos ocultos; la mejora de la calidad de las escuelas; la integración de la enseñanza de aptitudes para la vida práctica en los planes de estudio; la puesta en práctica de programas de alimentación escolar; y el establecimiento de las escuelas como centros comunitarios de información, de apoyo psicológico, de prestación de servicios de guardería infantil, de prevención del VIH y de otras funciones de apoyo.
- La inscripción de los nacimientos, que resulta fundamental para todos los niños y las niñas, incluidos los huérfanos, ya que no solamente facilita la identificación sino que permite acceder a los servicios públicos y a la protección social (véase el Recuadro 4-4).
- La atención básica de la salud y los servicios de nutrición, que comprenden la vacunación, la administración de suplementos de vitamina A, la eliminación de parásitos, la supervisión del crecimiento, la alimentación de recién nacidos y la gestión integrada de las enfermedades de la infancia para los niños y niñas de corta edad. A medida que los niños y niñas se hacen mayores, es necesario ofrecerles servicios de salud y de prevención del VIH adaptados a los jóvenes, para preservar su bienestar. El tratamiento de jóvenes seropositivos es igualmente una necesidad que se impone cada vez más.

RECUADRO 4-4: INSCRIPCIÓN DE LOS NACIMIENTOS

Los niños y las niñas a quienes no se registra al nacer corren el riesgo de no poder optar a muchos de sus derechos. En 2000, más de dos de cada tres nacimientos en África subsahariana no se registraron. Varios países afectados por el VIH/SIDA presentan tasas muy reducidas de inscripción de los nacimientos: un 10% en Zambia, un 6% en la República Unida de Tanzania y solamente un 4% en Uganda. La incapacidad de los sistemas de inscripción pueden llevar también a que no se registren los fallecimientos.

GRÁFICO 4-5: MUCHOS NIÑOS Y NIÑAS NO TIENEN ACTA DE NACIMIENTO

Porcentaje de nacimientos inscritos durante los cinco años que precedieron a la encuesta (1999-2001)



Fuentes: UNICEF-MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, 1999-2001.

- El apoyo psicosocial, que constituye un servicio esencial para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables, aunque a menudo es un factor que no se tiene en cuenta. La pérdida de un progenitor es a la vez una fuente de trauma y de tensión. Es esencial intervenir rápidamente. Las personas que se ocupan del cuidado de la infancia tienen también necesidad de apoyo psicosocial con el objetivo de ayudarles a proporcionar el mejor cuidado posible.
- El agua potable y el saneamiento son dos factores esenciales para los huérfanos y los niños y niñas vulnerables y sus familias, como lo son para el resto de la población. Es necesario ampliar los sistemas de tuberías, los pozos perforados y otros sistemas adaptados a las condiciones locales para aumentar el acceso a estos servicios. Es preciso ofrecer a las personas que se ocupan del cuidado de la infancia informaciones sobre las prácticas más adecuadas en materia de higiene y de manipulación de los alimentos.
- Los sistemas judiciales estables e independientes pueden contribuir a proteger a los huérfanos y los niños y niñas vulnerables contra los malos tratos, la discriminación y el expolio de sus bienes. Una medida que ha dado resultados ha sido informar a los jueces tradicionales y modernos sobre las cuestiones que confrontan los huérfanos y sobre las normas actuales para su protección. También es útil llevar a cabo campañas en los distintos medios de comunicación a fin de animar a la población a denunciar a las autoridades los casos de explotación y de malos tratos.

4. Asegurar que los gobiernos protejan a los niños y niñas más vulnerables

Si bien incumbe en primer lugar a las familias proteger a los niños y niñas y ocuparse de ellos, son los gobiernos quienes detentan la responsabilidad final de proteger y garantizar el bienestar de la infancia. Para llevar a cabo esta obligación, los países deben tomar y apoyar una amplia serie de medidas, entre ellas adoptar políticas, estrategias y planes nacionales de acción; asignar y movilizar los recursos en favor de la infancia; y establecer mecanismos para asegurar la coordinación de las actividades.

La mayoría de los países disponen de varias políticas y leyes relativas a los derechos, la protección, el cuidado y el apoyo de la infancia. Es preciso examinar y revisar las leyes en vigor a la luz de las normas internacionales existentes y de los problemas que presenta el VIH/SIDA. Entre las cuestiones que es preciso analizar figuran la discriminación, los servicios de las familias de guardia, los derechos de sucesión, los malos tratos y el trabajo infantil. Además, es muy importante establecer estructuras eficaces que permitan aplicar y hacer respetar las leyes.

5. Sensibilizar a la población con el objetivo de establecer un entorno favorable para los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA

Desde el comienzo, la epidemia del VIH/SIDA ha estado rodeada por el miedo, la ignorancia y la negativa a aceptar el problema, y estos factores han conducido a silencio y a la inactividad de los gobiernos y al estigma, la discriminación y el maltrato contra las personas con VIH/SIDA y sus familias. Debido a esta falta de acción, los niños y niñas huérfanos o afectados de otro modo por el VIH/SIDA han pagado un elevado tributo.

La lucha contra el VIH/SIDA debe convertirse en una responsabilidad nacional común. Ningún sector puede resolver por sí solo una crisis de esta complejidad y amplitud. Por tanto, resulta esencial asegurar que todo el mundo, los encargados de formular políticas, las autoridades comunitarias, las organizaciones y el público, reciban información sobre los riesgos del VIH/SIDA y las medidas que es necesario tomar para remediar esta crisis. Cada uno debe colaborar recopilando y distribuyendo información y experiencias en los planos local y nacional. Zambia ha organizado una serie de seminarios nacionales, el último de los cuales reunió en 2002 a 350 personas provenientes de ministerios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, los medios de comunicación y el sector privado, que decidieron establecer nuevas alianzas, coaliciones y redes.

Los presidentes, los primeros ministros, los representantes de la juventud, las personas célebres, los deportistas, las autoridades religiosas y otras personalidades influyentes deben tener el valor necesario para hablar con toda franqueza sobre el VIH/SIDA. En países como el Brasil, Senegal, Tailandia y Uganda, donde una importante movilización política ha favorecido la transparencia y la puesta en práctica de un amplio abanico de estrategias, se han obtenido progresos manifiestos. Una estrategia de promoción completa incluye numerosas intervenciones y medios, entre ellos debates parlamentarios, campañas multimedia sobre temas precisos como “vivir de manera positiva” o el acceso a la educación, y actividades para movilizar recursos.

Orientación de los programas:

- Concentrarse en los niños y niñas y las comunidades más vulnerables, no solamente en los huérfanos a causa del SIDA.
- Definir desde el comienzo el abanico de problemas y de puntos vulnerables que corresponden de manera específica a cada comunidad y llevar a cabo estrategias de intervención definidas localmente.
- Incorporar en las estrategias a los niños, las niñas y los jóvenes.
- Prestar una atención especial a la función que deben desempeñar los niños y las niñas, los hombres y las mujeres, y luchar contra la discriminación basada en el género.
- Reforzar a todos los niveles a los aliados y las alianzas y establecer coaliciones entre las principales partes interesadas.
- Vincular las actividades de prevención del VIH/SIDA, los cuidados y el apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA y el apoyo a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables.
- Utilizar el apoyo externo para reforzar la iniciativa y la motivación de la comunidad.

MAYOR SOLIDARIDAD Y APOYO INTERNACIONALES

La crisis de los huérfanos en África subsahariana tiene repercusiones sobre la estabilidad y el bienestar de la humanidad que van más allá de los intereses de la región y afectan a los gobiernos y a los pueblos del mundo entero. Los países ricos deben ser conscientes de que, de conformidad con el espíritu de la Convención sobre los Derechos del Niño y sus intereses internacionales, tienen que desempeñar una función fundamental para intensificar las medidas que se tomen para remediar la crisis de los huérfanos. La movilización y la participación de los aliados internacionales son esenciales, ya que deben aumentar de manera considerable los recursos, considerar esta cuestión como una de las prioridades más importantes en el ámbito internacional, aportar apoyo técnico y material y asegurar la supervisión de los progresos hacia las metas mundiales y la responsabilidad de las partes interesadas.

REFERENCIAS

- 1 Nyambedha, Erick Otieno, Simiyu Wandibba y Jens Aagaard-Hansen, 'Changing patterns of orphan care due to the HIV epidemic in western Kenya', *Social Science & Medicine*, vol. 57, no. 2, julio de 2003, págs. 301-311.
- 2 Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. ONUSIDA, Ginebra, 2002.
- 3 *Children on the Brink 2002: A joint report on orphan estimates and program strategies*, TvT Associates/The Synergy Project para USAID, ONUSIDA y UNICEF, Washington, D.C., julio de 2002.
- 4 Monasch, R. y J. T. Boerma, 'Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: An analysis of national surveys from 40 countries', en *AIDS* (de próxima aparición).
- 5 McDaniel, A. y E. Zulu, 'Mothers, Fathers, and Children: Regional patterns in child-parent residence in sub-Saharan Africa', *African Population Studies*, vol. 11, no. 1, 1996, págs. 1-28.
- 6 Akresh, R., *Risk, Network Quality, and Family Structure: Child fostering decisions in Burkina Faso*, Department of Economics, Yale University, borrador preliminar, 2003.
- 7 Monasch y Boerma, op. cit.
- 8 Southern Africa Development Community Food, Agriculture, and Natural Resources Vulnerability Assessment Committee, *Towards Identifying Impacts of HIV/AIDS on Food Insecurity in Southern Africa and Implications for Response: Findings from Malawi, Zambia and Zimbabwe*, Harare, Zimbabwe, 7 de mayo de 2003.
- 9 Booyesen, F. y M. Bachman, 'HIV/AIDS, Poverty and Growth: Evidence from a household impact study conducted in the Free State province, South Africa', Centre for Health Systems Research and Development, University of the Free State, South Africa. Documento presentado en la Conferencia Anual del Centre for Study of African Economies, St Catherine's College, Oxford, 18-19 de marzo de 2002.
- 10 Bechu N., 'The Impact of AIDS on the Economy of Families in Côte d'Ivoire: Changes in consumption among AIDS-affected households', en: M. Ainsworth, L. Fransen y M. Over (eds.), *Confronting AIDS: Evidence from the developing world: Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*, Comisión Europea y Banco Mundial, Reino Unido, 1998.
- 11 Steinberg, M., et al., *Hitting Home: How households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic – A survey of households affected by HIV/AIDS in South Africa*, Henry J. Kaiser Foundation and Health Systems Trust, octubre de 2002.
- 12 Wakhweya, A., et al., *Situation Analysis of Orphans in Uganda: Orphans and their households: Caring for the future – today*, Gobierno de Uganda/Comisión de Uganda sobre el SIDA, Kampala, noviembre de 2002.
- 13 Monasch y Boerma, op. cit.
- 14 Topouzis, D., *Uganda: The socio-economic impact of HIV/AIDS on rural families with an emphasis on youth*, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma, febrero de 1994.
- 15 Zimbabwe National Vulnerability Assessment Committee in collaboration with the Southern Africa Development Community Food, Agriculture, and Natural Resources Vulnerability Assessment Committee, *Zimbabwe Emergency Food Security and Vulnerability Assessment – Report number 3*, Harare, Zimbabwe, abril de 2003.
- 16 Whitehouse, A., *A situation analysis of orphans and other vulnerable children in Mwanza Region, Tanzania*, Servicios Católicos de Socorro, Dar-es-Salaam, y Kivulini Women's Rights Organisation, Mwanza, Tanzania, abril de 2002.
- 17 Family Health International, *Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia*, USAID, Strengthening Community Partnerships for the Empowerment of Orphans and Vulnerable Children (SCOPE-OVC), Zambia, y Family Health International, borrador del 31 de octubre de 2002.
- 18 Whitehouse, op. cit.
- 19 Gilborn, L. Z., et al., *Making a Difference for Children Affected by AIDS: Baseline findings from operations research in Uganda*, Population Council, Washington, D. C., junio de 2001.
- 20 Foster G. y J. Williamson, 'A Review of Current Literature of the Impact of HIV/AIDS on Children in sub-Saharan Africa'. *AIDS 2000 Year in Review*, vol. 14 (supl. 3), págs. 275-284.
- 21 Sen A., *Poverty and Famines: An essay on entitlement and deprivation*, Oxford University Press/Clarendon Press, 1981.
- 22 Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Report on the global HIV/AIDS Epidemic 2002*, op. cit.
- 23 Niang, C. y P. Van Ufford, 'The Socio-economic Impact of HIV/AIDS on Children in a Low Prevalence Context: The case of Senegal', in *AIDS, Public Policy and Child Well-Being*, Centro de Investigación Innocenti del UNICEF, Florencia, Italia, 2002.
- 24 Whitehouse, op. cit.
- 25 Nyambedha, Wandibba y Aagaard-Hansen, op. cit., págs. 301-311.
- 26 Gilborn, et al., op. cit.
- 27 Barnett, T. y A. Whiteside, 'Poverty and HIV/AIDS: Impact, coping and mitigation policy' in *AIDS, Public Policy and Child Well-Being*, Centro de Investigación Innocenti del UNICEF, Florencia, Italia, 2002.
- 28 Monasch y Boerma, op. cit.
- 29 Nampanya-Serpell, N., 'Children Orphaned by HIV/AIDS in Zambia: Social and Economic Risk Factors of Premature Parental Death'. Paper presented at a conference entitled 'Orphans and Vulnerable Children in Africa: Victims or vestiges of hope', Uppsala, Suecia, 13-16 de septiembre de 2001.
- 30 Family Health International, op. cit.
- 31 Monasch y Boerma, op. cit.
- 32 Foster y Williamson, op. cit., págs. 275-284.
- 33 Monasch y Boerma, op. cit.

- 34 Foster G., et al., 'Factors Leading to the Establishment of Child-Headed Households: The case of Zimbabwe', in *Health Transition Review*, vol. 7 (supl. 2), 1997, págs. 155-168.
- 35 Nkouika-Dinghani-Nkita, G., *Les déterminants du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville*, UERPOD, Brazzaville, Congo, 2000.
- 36 *Zambia 1999 Child Labour Survey Country Report*, Oficina de Estadísticas de la República Central de Zambia, Lusaka, y Organización Internacional del Trabajo/Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, 1999.
- 37 Gilborn, et al., op. cit.
- 38 Monasch y Boerma, op. cit.
- 39 Case, A., C. Paxson, y J. Ableidinger, *Orphans in Africa*. Center for Health and Wellbeing, Research Program in Development Studies, Princeton University, Nueva Jersey, enero de 2003.
- 40 Hyde, K., et al., 'HIV/AIDS and Education in Uganda: Window of opportunity?', documento patrocinado por la Fundación Rockefeller, enero de 2002.
- 41 Bicego, G., S. Rutstein y K. Johnson, 'Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 6, marzo de 2003, págs. 1235-1247.
- 42 Daley, K., *The Business Response to AIDS: Impact and lessons learned*, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), The Prince of Wales Business Leaders Forum, y the Global Business Council on HIV/AIDS, Ginebra y Londres, 2000.
- 43 UNICEF/ONUSIDA, *Children Orphaned by AIDS: Front-line responses from eastern and southern Africa*, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, diciembre de 1999.
- 44 Ainsworth, M. y J. Semali, *The Impact of Adult Deaths on Children's Health in Northwestern Tanzania*, Policy Research Working Paper No. 2266, Banco Mundial, Washington, D. C., 2000.
- 45 Lindblade, K. A., et al., 'Health and nutritional status of orphans <6 years old cared for by relatives in western Kenya', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 8, no. 1, 2003, págs. 67-72.
- 46 *National Nutrition and EPI Survey*, Ministerio de Salud y Bienestar Infantil, Harare, Zimbabwe, 2003.
- 47 Subbarao, K., A. Mattimore y K. Plangemann., *Social Protection of Africa's Orphans and Other Vulnerable Children: Issues and good practice program options*, Serie de documentos de trabajo sobre desarrollo humano de la región de África, Región de África, Banco Mundial, agosto de 2001.
- 48 Nakiyingi, J., et al., 'Child Survival in Relation to Mother's HIV Infection and Survival: Evidence from a Uganda cohort study', *AIDS*, vol. 17, no. 12, 2003, págs. 1827-1834.
- 49 Oficina Internacional del Trabajo, *A Future without Child Labour – Global report under the follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2002.
- 50 Monasch y Boerma, op. cit.
- 51 Semkiwa, H., et al., *HIV/AIDS and Child Labour in the United Republic of Tanzania: A rapid assessment*, Paper No. 3, Organización Internacional del Trabajo, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, Ginebra, 2003.
- 52 Mushingeh, A., et al., *HIV/AIDS and Child Labour in Zambia: A rapid assessment on the case of the Lusaka, Copperbelt and Eastern Provinces*, Documento No. 5, Organización Internacional del Trabajo, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, Ginebra/Lusaka, agosto de 2002.
- 53 Kifle, A., *Ethiopia – Child Domestic Workers in Addis Ababa: A rapid assessment*, Organización Internacional del Trabajo, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, Ginebra, julio de 2002.
- 54 Mwami, J. A., A. J. Sanga y J. Nyoni, *Tanzania – Children Labour in Mining: A rapid assessment*, Organización Internacional del Trabajo, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, Ginebra, enero de 2002.
- 55 Mushingeh, et al., op. cit.
- 56 Save the Children (UK), *The role of stigma and discrimination in increasing the vulnerability of children and youth infected with and affected by HIV/AIDS*, Research Report, Save the Children (UK), Arcadia, Sudáfrica, noviembre de 2001.
- 57 Lusk, D. y C. O'Gara, 'The Two who Survive: The impact of HIV/AIDS on young children, their families and communities', en *Coordinators' Notebook*, issue 26, Consultative Group on Early Childhood Care and Development, Toronto, 2002.
- 58 Gilborn, et al., op. cit.
- 59 Makaya J., et al., 'Assessment of psychological repercussion of AIDS next to 354 AIDS orphans in Brazzaville', Documento presentado en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, 7-12 de julio de 2002.
- 60 Makame, V., C. Ani y S. Grantham-McGregor, 'Psychological well-being of orphans in Dar es Salaam, Tanzania', Centre for International Child Health, Institute of Child Health, University College London, in *Acta Paediatrica*, vol. 91, no. 4, abril de 2002, págs. 459-465(7).
- 61 Sengendo, J. y J. Nambi, 'The Psychological Effect of Orphanhood: A study of orphans in Rakai district' [Uganda], in *Health Transition Review*, vol. 7 (suppl.), 1997, págs. 105-124.
- 62 Family Health International, op. cit.
- 63 *Trickle Up Program Annual Report 2001*, Trickle Up Program, Nueva York, 2001.
- 64 Horizons, *Succession planning in Uganda: Early outreach for AIDS-affected children and their families*, Population Council/Horizons, Washington, D.C., 2003.
- 65 Donahue, J. y J. Williamson, *Community mobilization to address the impacts of AIDS: A review of COPE II [Communitybased options for protection and empowerment] program in Malawi*, USAID Displaced Children and Orphans Fund, Washington, D.C., 1999.
- 66 White J., *Children Orphaned or Otherwise Made Vulnerable by HIV/AIDS: Examples of UNICEF's response in East and Southern Africa*, UNICEF, Nueva York, 2003
- 67 Deininger K., A. Crommelynck y G. Kempaka, *Long-Term Welfare and Investment Impact of AIDS-Related Changes in Family Composition: Evidence from Uganda*, Banco Mundial Social Protection Discussion Paper Series No. 0207, Banco Mundial, Washington, D.C., mayo de 2002.
- 68 Información de la Regional Psychosocial Support Initiative (REPSI).

TABLAS ESTADÍSTICAS

Notas generales sobre los datos.....	47
Tabla 1 Indicadores básicos	48
Tabla 2 Número estimado de huérfanos por país, año, tipo, edad y causa	49
Tabla 3 Prácticas de asistencia	50
Tabla 4 Consecuencias y respuestas	51
Definiciones de los indicadores.....	52

NOTAS GENERALES SOBRE LOS DATOS

Los datos de las tablas provienen principalmente de los cálculos sobre el número de huérfanos realizados por el UNICEF, USAID y el ONUSIDA, así como las encuestas nacionales en los hogares.

Los cálculos del número de huérfanos (Tabla 2) se basan en el modelo desarrollado por el Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre estimaciones, modelos y proyecciones¹, y han sido publicados anteriormente en el informe *Children on the Brink 2002*. Una descripción más minuciosa de la metodología aparece en Grassly et al². Un huérfano es “un niño o niña que ha perdido por lo menos a uno de sus progenitores” y un huérfano doble es “un niño o niña que ha perdido al padre y a la madre”. Los “huérfanos de madre” son los niños y niñas que han perdido a su madre y a veces también a su padre; y los “huérfanos de padre” han perdido a su padre, y a veces también a su madre.

Los datos relacionados con las prácticas de atención (Tabla 3) y la asistencia a la escuela e inscripción de los nacimientos (Tabla 4) provienen de encuestas nacionales realizadas en los hogares. Para establecer comparaciones de un país al otro y de un año al otro, solamente se han tomado en cuenta las encuestas realizadas según los métodos de recopilación de datos aceptados internacionalmente. De este modo, los datos provienen principalmente de dos series de encuestas internacionales: las encuestas agrupadas de indicadores múltiples (MISC) del UNICEF y las encuestas de demografía y salud, financiadas principalmente por USAID. Las dos organizaciones prestan asistencia a los gobiernos en la puesta en práctica en los hogares de encuestas representativas y estandarizadas. También se realizaron análisis secundarios de los datos obtenidos³.

A fin de que las conclusiones sobre las prácticas relacionadas con la asistencia tengan algún valor, se utilizan unas definiciones ligeramente diferentes de los huérfanos. Los “huérfanos de madre” son niños y niñas cuya madre ha muerto mientras que el padre vive todavía. De igual modo, los “huérfanos de padre” son los niños y niñas cuyo padre ha muerto mientras que la madre vive todavía.

Aunque estas dos metodologías –ejercicios de elaboración de modelos y encuestas en los hogares– ofrecen resultados ampliamente similares por lo que se refiere a número total de huérfanos, hay algunas diferencias considerables que corresponden a países concretos. Estas diferencias se deben a las imperfecciones de las dos metodologías. Los cálculos realizados a partir de las encuestas en los hogares no tienen en cuenta a los niños y niñas que viven fuera del marco familiar (es decir, a los niños y niñas que viven en las calles y a los que se encuentran en una institución) y por tanto subestiman el número de huérfanos. También ocurre igualmente que las personas interrogadas dan informaciones incorrectas sobre la supervivencia de los progenitores.

Los ejercicios de elaboración de modelos consisten en calcular cuántas personas han vivido con el VIH/SIDA y cuántos morirán debido al SIDA y otras causas. Estos cálculos del número de huérfanos no son ni más ni menos precisas que los datos demográficos y epidemiológicos en los que están basados, y no todos los países poseen datos fiables y completos. Finalmente, las encuestas nacionales en los hogares se llevaron a cabo durante varios años diferentes (desde 1997 hasta 2002), mientras que la elaboración de modelos se realizó a finales del año 2001. En este informe, los cálculos conjuntos a partir de la elaboración de modelos del UNICEF, USAID y el ONUSIDA se utilizan para indicar el número de huérfanos por país a lo largo del tiempo.

Los datos sobre los niños y niñas huérfanos deberían tomar en cuenta a todos los huérfanos menores de 18 años, pero ni las estimaciones ni las encuestas por hogares incluyen a huérfanos de 15 a 17 años. Alrededor de un 20% de todos los huérfanos pertenecen a este grupo de edad. En el futuro, los métodos de recopilación de datos deberán incluir a este grupo. El Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre estimaciones, modelos y proyecciones, responsable de los cálculos, está mejorando actualmente sus técnicas de elaboración de modelos a fin de censar a los huérfanos de 0 a 17 años.

Los datos de las tablas aprovechan los indicadores tradicionales para ofrecer información minuciosa sobre los modos de cohabitación y el bienestar de la infancia. Sin embargo, no se toman en cuenta varias dimensiones importantes, especialmente la protección, el bienestar psicosocial, la seguridad alimentaria y la asistencia social. Finalmente la mayor parte de los datos disponibles se refieren a los niños y niñas huérfanos; disponemos de muy poca información sobre los otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA. El UNICEF y sus aliados elaboran en la actualidad un conjunto completo de métodos e indicadores que permitirán evaluar las medidas nacionales que se toman en favor de los huérfanos y de los niños y niñas vulnerables por el VIH/SIDA. Un informe que incluye un borrador de los indicadores está disponible en <http://www.childinfo.org>⁴.

Todos los cálculos se han redondeado. Sin embargo, las cifras no se redondearon en el cálculo de las tasas y las tablas regionales, por lo que puede haber ligeras discrepancias en algunas de las tablas resumidas. Algunas cifras generales para región de África subsahariana podrían diferir de los datos del informe *Estado Mundial de la Infancia del UNICEF*, ya que ni Djibouti ni el Sudán están incluidos en ese informe.

A fin de obtener comparaciones subregionales, los países que aparecen en las tablas han sido agrupados en subregiones (África occidental, África central, África oriental y África meridional).

¹ Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre estimaciones, modelos y proyecciones (2002), ‘Improved Methods of Assumptions for Estimation of the HIV/AIDS Epidemic and Its Impact: Recommendations of the ONUSIDA Reference Group on Estimates, Modelling and Projections’, *AIDS*, vol.16, no.9, págs. W1-W14.

² Grassly, N., et al. ‘Comparison of Survey Estimates with ONUSIDA/WHO Projections of Mortality and Orphan Numbers in sub-Saharan Africa’, documento presentado en una reunión científica sobre ‘Empirical Evidence for the Demographic and Socio-economic Impact of AIDS’, Durban, Sudáfrica, 26-28 de marzo de 2003.

³ Monasch, R. y J.T. Boerma, ‘Orphanhood and Childcare Patterns in sub-Saharan Africa: An analysis of national surveys from 40 countries’, en *AIDS* (de próxima aparición).

⁴ 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, UNICEF, ONUSIDA.

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

Países	Población y demografía			Economía	Salud	Número aproximado de personas con VIH/SIDA, fin de 2001			Repercusiones demográficas		
	Total de la población (miles) 2002	Número de menores de 0 a 14 (miles) 2001	% de la población urbana 2002	GNI per capita (US\$) 2002	TMM5 2002	Tasa de prevalencia de adultos (%) (15 a 49 años)	Adultos (15 a 49 años)	Niños (0 a 14 años)	Esperanza de vida al nacer (años) 2000-2005	Reducción en la esperanza de vida debido al SIDA (años) 2000-2005	Muertes por SIDA 2001
Benin	6.558	2.966	44	380	156	3,6	110.000	12.000	51	3	8.100
Burkina Faso	12.624	5.769	17	220	207	6,5	380.000	61.000	46	8	44.000
Cabo Verde	454	181	65	1.290	38	...	...	...	70	...	...
Côte d'Ivoire	16.365	6.806	45	610	176	9,7	690.000	84.000	41	12	75.000
Gambia	1.388	537	32	280	126	1,6	7.900	460	54	2	400
Ghana	20.471	7.985	37	270	100	3,0	330.000	34.000	58	5	28.000
Guinea	8.359	3.632	28	410	169	...	...	...	49	2	...
Guinea-Bissau	1.449	535	33	150	211	2,8	16.000	1.500	45	2	1.200
Liberia	3.239	1.321	46	150	235	...	...	...	41	5	...
Malí	12.623	5.391	32	240	222	1,7	100.000	13.000	49	2	11.000
Mauritania	2.807	1.144	61	410	183	...	...	...	52	...	...
Níger	11.544	5.606	22	170	265	...	...	...	46	...	...
Nigeria	120.911	52.459	46	290	183	5,8	3.200.000	270.000	52	6	170.000
Senegal	9.855	4.262	49	470	138	0,5	24.000	2.900	53	...	2.500
Sierra Leona	4.764	2.037	38	140	284	7,0	150.000	16.000	34	4	11.000
Togo	4.801	2.054	35	270	141	6,0	130.000	15.000	50	7	12.000
África occidental	238.214	101.358	41	309	186	5,2	5.100.000	510.000	50	...	360.000
Camerún	15.729	6.506	51	560	166	11,8	860.000	69.000	46	10	53.000
Chad	8.348	3.787	25	220	200	3,6	130.000	18.000	45	4	14.000
Congo	3.633	1.443	67	700	108	7,2	99.000	15.000	48	10	11.000
Congo, Rep. Democrática del	51.201	25.698	31	90	205	4,9	1.100.000	170.000	42	6	120.000
Gabón	1.306	510	83	3.120	91	...	...	...	57	6	...
Guinea Ecuatorial	481	206	51	700	152	3,4	5.500	420	49	3	370
República Centroafricana	3.819	1.626	42	260	180	12,9	220.000	25.000	40	14	22.000
Santo Tomé y Príncipe	157	61	48	290	118	...	...	...	70	...	...
Sudán	32.878	12.701	38	350	94	2,6	410.000	30.000	56	2	23.000
África central	117.552	52.477	37	296	171	5,4	2.800.000	330.000	46	...	240.000
Burundi	6.602	3.064	10	100	190	8,3	330.000	55.000	41	11	40.000
Comoras	747	303	35	390	79	...	...	...	61	...	...
Djibouti	693	277	84	900	143	...	...	...	46	7	...
Eritrea	3.991	1.671	20	160	89	2,8	49.000	4.000	53	3	350
Etiopía	68.961	29.141	16	100	171	6,4	1.900.000	230.000	46	7	160.000
Kenya	31.540	13.428	35	360	122	15,0	2.300.000	220.000	45	17	190.000
Madagascar	16.916	7.344	31	240	136	0,3	21.000	1.000	53	...	...
Rwanda	8.272	3.503	6	230	183	8,9	430.000	65.000	39	11	49.000
Somalia	9.480	4.166	29	130	225	1,0	43.000	...	48	...	...
Tanzania, República Unida de	36.276	16.094	34	280	165	7,8	1.300.000	170.000	43	9	140.000
Uganda	25.004	11.852	15	250	141	5,0	510.000	110.000	46	9	84.000
África oriental	208.482	86.376	23	211	159	7,3	6.900.000	860.000	46	...	660.000
Angola	13.184	6.526	36	660	260	5,5	320.000	37.000	40	4	24.000
Botswana	1.770	650	50	2.980	110	38,8	300.000	28.000	40	28	26.000
Lesotho	1.800	805	30	470	87	31,0	330.000	27.000	35	24	25.000
Malawi	11.871	5.350	16	160	183	15,0	780.000	65.000	38	18	80.000
Mozambique	18.537	8.196	35	210	197	13,0	1.000.000	80.000	38	10	60.000
Namibia	1.961	780	32	1.780	67	22,5	200.000	30.000	44	21	13.000
Sudáfrica	44.759	14.773	58	2.600	65	20,1	4.700.000	250.000	48	19	360.000
Swazilandia	1.069	388	27	1.180	149	33,4	150.000	14.000	34	28	12.000
Zambia	10.698	4.961	40	330	192	21,5	1.000.000	150.000	32	21	120.000
Zimbabwe	12.835	5.779	37	470	123	33,7	2.000.000	240.000	33	34	200.000
África meridional	118.485	48.208	43	1.277	160	19,2	11.000.000	920.000	40	...	920.000
África subsahariana	682.733	288.418	35	445	171	9,0	26.000.000	2.600.000	46	...	2.200.000

TABLA 2: NÚMERO ESTIMADO DE HUÉRFANOS POR PAÍS, AÑO, TIPO, EDAD Y CAUSA

Países	Total de huérfanos en 2001				Total de huérfanos por tipo, 2001			Huérfanos por edad, 2001			Total de huérfanos, 2010		
	Huérfanos como % de todos niños	Número total de huérfanos	Número de huérfanos debido al SIDA	Huérfanos por SIDA como % del total de huérfanos	Total de huérfanos de madre (miles)	Total de huérfanos de padre (miles)	Total de huérfanos dobles (miles)	Total de huérfanos, de 0 a 4 años (miles)	Total de huérfanos, de 5 a 9 años (miles)	Total de huérfanos, de 10 a 14 años (miles)	Total de huérfanos como % de todos los niños	Número total de huérfanos (miles)	Huérfanos por SIDA como % del total de huérfanos
Benin	10	286.000	34.000	12	121	197	31	40	110	140	10	348	33
Burkina Faso	13	769.000	268.000	35	392	538	161	110	280	380	12	935	44
Cabo Verde	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	13	905.000	420.000	46	454	644	192	150	310	440	12	931	58
Gambia	9	47.000	5.000	11	20	33	6	7	17	23	8	49	17
Ghana	10	759.000	204.000	27	326	509	75	110	280	370	8	734	36
Guinea	10	377.000	29.000	8	182	268	73	53	140	180	10	417	14
Guinea-Bissau	11	60.000	4.000	7	27	41	9	8	22	29	10	70	18
Liberia	12	165.000	39.000	24	69	113	18	23	56	86	11	249	49
Malí	11	602.000	70.000	12	278	400	76	84	220	290	10	705	17
MMauritania	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Níger	10	565.000	33.000	6	264	367	66	78	220	270	9	739	17
Nigeria	10	5.421.000	995.000	18	2.441	3.587	607	730	2.300	2.400	11	6.686	39
Senegal	9	402.000	15.000	4	167	278	42	51	140	210	8	395	6
Sierra Leona	15	299.000	42.000	14	134	216	52	45	130	120	13	385	31
Togo	11	224.000	63.000	28	98	153	27	24	81	120	11	275	46
África occidental	11	10.900.000	2.200.000	20	5.000	7.300	1.400	1.500	4.300	5.100	10	12.900	36
Camerún	11	708.000	210.000	30	308	485	85	88	250	370	14	1.075	63
Chad	11	417.000	72.000	17	186	291	60	64	170	180	10	503	26
Congo	12	180.000	78.000	43	85	126	31	32	60	88	11	214	52
Congo, Rep. Democrática del	11	2.733.000	927.000	34	1.262	1.785	313	480	910	1.300	9	3.268	42
Gabón	9	47.000	9.000	20	19	34	6	8	16	23	8	50	29
Guinea Ecuatorial	9	19.000	100	0	9	13	3	4	6	9	7	20	5
República Centroafricana	15	245.000	107.000	44	118	175	48	30	90	120	15	280	59
Santo Tomé y Príncipe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudán	9	1.190.000	62.000	5	491	801	102	190	410	580	10	1.396	27
África central	11	5.500.000	1.500.000	26	2.500	3.700	650	900	1.900	2.700	10	6.800	42
Burundi	17	508.000	237.000	47	286	362	139	72	200	240	15	577	51
Comoras	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Djibouti	11	30.000	6.000	21	13	21	4	4	11	15	13	38	39
Eritrea	12	199.000	24.000	12	83	130	14	28	72	100	10	221	25
Etiopía	13	3.839.000	989.000	26	1.706	2.588	455	530	1.400	1.900	14	5.029	43
Kenya	12	1.659.000	892.000	54	847	1.103	291	240	570	850	14	2.099	73
Madagascar	9	644.000	6.000	1	268	412	36	130	220	290	7	664	3
Rwanda	17	613.000	264.000	43	329	429	145	81	220	310	17	687	52
Somalia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tanzania, República Unida de	12	1.928.000	815.000	42	917	1.299	288	210	730	990	12	2.152	54
Uganda	15	1.731.000	884.000	51	902	1.144	315	210	610	910	10	1.554	39
África oriental	13	11.200.000	4.100.000	37	5.400	7.500	1.700	1.500	4.000	5.600	12	13.000	48
Angola	11	701.000	104.000	15	309	491	99	130	250	320	11	967	34
Botswana	15	98.000	69.000	71	69	91	62	15	36	46	22	136	88
Lesotho	17	137.000	73.000	53	66	108	37	23	40	73	26	206	82
Malawi	18	937.000	468.000	50	506	624	194	110	340	490	18	1.150	64
Mozambique	16	1.274.000	418.000	33	562	896	184	190	450	640	19	1.820	58
Namibia	12	97.000	47.000	49	47	68	18	12	36	49	18	156	76
Sudáfrica	10	1.528.000	662.000	43	622	1.173	267	220	540	760	16	2.303	74
Swazilandia	15	59.000	35.000	59	32	46	19	11	20	28	22	87	82
Zambia	18	874.000	572.000	65	547	643	316	120	340	420	18	1.083	77
Zimbabwe	18	1.018.000	782.000	77	733	828	543	130	350	540	21	1.341	89
África meridional	14	6.700.000	3.200.000	48	3.500	5.000	1.700	960	2.400	3.400	17	9.200	69
África subsahariana	12	34.300.000	11.000.000	32	16.300	24.000	5.500	4.900	12.700	16.700	12	42.000	48

TABLA 3: PRÁCTICAS DE ASISTENCIA

Países	Hogares con huérfanos	Número promedio de huérfanos por hogar			Hogares dirigidos por una mujer			Modelos de residencias de no huérfanos y huérfanos				Tasa de dependencia			
	% de hogares con niños que se ocupan de huérfano(s)	No. promedio de huérfanos por hogar	No. promedio de huérfanos por hogares-hombres	No. promedio de huérfanos por hogares-mujeres	% de hogares con huérfanos encabezados por una mujer	% de hogares con niños encabezados por una mujer	% de hogares con niños dirigidos por una mujer que cuida huérfanos	% de no huérfanos que viven con su madre	% de huérfanos de padre que viven con su madre	% de no huérfanos que viven con su padre	% de huérfanos de madre que viven con su padre	Hogares con niños, sin huérfanos	Hogares con huérfanos	Hogares con huérfanos-hombre	Hogares con huérfanos-mujer
Benin	14	...	...	...	39	19	29	82	65	76	57	1,6	1,9	1,9	2,0
Burkina Faso	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cabo Verde	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	16	1,8	1,7	1,9	34	18	31	84	68	71	56	1,4	1,6	1,5	1,7
Gambia	18	1,7	1,6	2,0	26	17	27	91	56	83	46	1,5	1,6	1,6	1,6
Ghana	9	1,6	1,5	1,6	58	40	13	81	67	58	52	1,6	2,1	1,8	2,4
Guinea	17	...	...	...	22	13	30	84	67	78	67	1,6	1,8	1,7	1,8
Guinea-Bissau	16	1,7	1,6	2,1	31	14	34	87	69	80	53	1,4	1,6	1,6	1,5
Liberia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malí	10	...	...	...	27	10	26	91	74	88	71	1,6	1,9	1,9	1,8
Mauritania	13	...	...	...	44	30	20	86	81	64	50	1,6	1,7	1,6	1,7
Níger	9	1,7	1,7	1,8	22	7	26	91	60	89	61	1,6	1,8	1,8	1,9
Nigeria	10	1,7	1,6	1,9	36	13	28	90	77	87	76	1,5	1,8	1,8	1,8
Senegal	15	1,7	1,6	2,0	28	17	25	90	76	74	55	1,4	1,5	1,6	1,3
Sierra Leona	22	1,7	1,6	1,9	29	16	41	82	67	78	56	1,2	1,6	1,5	1,7
Togo	16	1,8	1,7	1,9	42	22	30	86	74	78	61	1,5	1,7	1,7	1,9
África occidental (promedio)	15	1,7	1,6	1,9	30	18	29	86	68	78	56	1,5	1,7	1,7	1,8
Camerún	16	1,8	1,6	2,0	42	20	33	87	71	78	62	1,5	1,7	1,7	1,6
Chad	11	1,8	1,8	1,8	42	16	29	93	73	86	56	1,8	1,9	1,9	1,9
Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo, Rep, Democrática del	18	1,8	1,7	2,2	29	13	39	90	72	80	56	1,5	1,7	1,7	1,7
Gabón	...	...	...	...	...	...	...	77	76	53	52	...	...	...	...
Guinea Ecuatorial	16	1,9	1,7	2,2	35	25	22	81	78	56	40	1,6	1,8	1,7	1,9
República Centroafricana	21	1,9	1,8	2,2	32	14	47	88	69	82	50	1,6	1,8	1,7	1,9
Santo Tomé y Príncipe	7	1,5	1,4	1,7	46	31	11	88	84	59	43	1,5	1,9	1,9	1,9
Sudán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
África central (promedio)	16	1,8	1,7	2,1	38	18	31	88	73	78	52	1,6	1,8	1,7	1,9
Burundi	26	2,2	1,8	2,5	55	19	74	96	92	92	76	1,5	2,0	1,8	2,3
Comoras	8	1,9	1,7	2,4	32	20	13	94	87	80	80	1,6	1,7	1,7	1,9
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eritrea	...	...	...	...	...	...	...	96	90	86	56	...	...	...	...
Etiopía	18	1,6	1,5	1,8	42	21	35	90	80	82	68	1,5	1,6	1,6	1,7
Kenya	12	1,9	1,6	2,1	65	33	28	89	84	69	54	1,4	2,0	1,8	2,1
Madagascar	10	1,7	1,6	1,9	44	19	24	91	78	82	53	1,4	1,7	1,6	1,7
Rwanda	37	2,1	1,6	2,3	64	33	71	94	87	83	62	1,5	1,9	1,8	2,0
Somalia	11	2,1	1,9	2,3	53	18	32	95	90	89	64	...	...	...	...
Tanzania, República Unida de	16	1,6	1,5	1,8	43	21	32	85	64	74	43	1,5	1,8	1,8	1,9
Uganda	22	1,9	1,6	2,2	48	27	38	84	65	74	49	1,7	2,3	2,2	2,4
África oriental (promedio)	16	1,9	1,6	2,2	48	21	32	93	86	82	59	1,5	1,9	1,8	2,0
Angola	18	1,8	1,6	2,0	49	25	35	91	79	78	48	1,5	1,9	1,8	2,0
Botswana	21	1,8	1,6	1,9	64	52	25	73	71	35	14	1,4	1,7	1,7	1,7
Lesotho	20	1,9	1,6	2,0	66	32	41	86	78	70	56	1,3	1,7	1,7	1,7
Malawi	20	1,7	1,5	1,9	49	26	37	87	72	70	27	1,5	2,0	1,8	2,4
Mozambique	20	1,7	1,5	1,9	39	25	32	86	78	74	59	1,4	1,8	1,7	2,1
Namibia	21	1,6	1,4	1,6	60	47	27	65	51	35	17	1,4	2,2	2,1	2,3
Sudáfrica	15	1,7	1,5	1,8	71	46	23	73	65	42	28	1,4	1,7	1,6	1,8
Swazilandia	21	1,9	1,7	2,1	50	34	31	80	66	49	41	1,6	1,9	1,9	2,0
Zambia	25	1,8	1,7	2,0	44	20	50	87	68	77	37	1,4	1,6	1,5	1,6
Zimbabwe	20	1,9	1,7	2,0	61	37	33	80	63	60	46	1,4	2,2	1,9	2,4
África meridional	20	1,8	1,6	1,9	55	33	32	83	70	65	39	1,4	1,9	1,8	2,0
África subsahariana	16	1,8	1,6	2,0	43	21	30	87	73	78	55	1,5	1,8	1,7	1,9

TABLA 4: CONSECUENCIAS Y RESPUESTAS

Países	Asistencia a la escuela (10-14 años)				Respuestas del gobierno				Inscripción de los nacimientos 1999-2001		
	% de no huérfanos (viven con un progenitor)	% de huérfanos (que han perdido a uno o a ambos)	% de huérfanos dobles	Tasa de asistencia huérfanos/ no huérfanos	El análisis de la situación nacional está completo	Existe una política nacional	Mecanismo nacional de coordinación	Protección legislativa para huérfanos (por ej., propiedad)	% total de nacimientos registrados	% de nacimientos registrados urbanos	% de nacimientos registrados rurales
Benin	...	...	...	...	EPDE	EPDE	N	...	62	71	58
Burkina Faso	...	...	...	...	S	N	N	...	...	...	...
Cabo Verde	...	...	...	...	EPDE	N	N	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	67	58	56	0,83	S	N	S	...	72	88	60
Gambia	68	65	58	0,85	N	EPDE	N	...	32	37	29
Ghana	82	72	76	0,93	S	N	S	...	...	...	...
Guinea	...	...	...	...	EPDE	N	S	...	...	...	...
Guinea-Bissau	50	55	51	1,03	N	N	N	...	42	32	47
Liberia	...	...	...	...	N	N	N	...	...	...	...
Malí	...	...	...	...	EPDE	N	S	...	...	...	...
Mauritania	...	...	...	...	EPDE	N	N	...	55	72	42
Níger	45	38	...	...	EPDE	S	S	...	46	85	40
Nigeria	70	70	61	0,87	S	N	S	...	...	...	...
Senegal	54	50	40	0,74	N	N	N	...	62	82	51
Sierra Leona	50	42	35	0,71	N	N	N	...	46	66	40
Togo	78	72	74	0,96	S	S	N	...	82	93	78
África occidental				0,85	5/16	2/16	6/16				
Camerún	83	78	78	0,94	EPDE	N	N	...	79	94	72
Chad	61	59	...	...	S	N	EPDE	...	25	53	18
Congo	...	...	...	...	S	S	N	...	...	...	...
Congo, Rep. Democrática del	70	58	50	0,72	N	N	N	...	34	30	37
Gabón	...	...	...	...	EPDE	N	N	...	89	90	87
Guinea Ecuatorial	89	87	85	0,95	N	N	N	...	32	43	24
República Centroafricana	54	52	49	0,91	S	EPDE	N	...	73	88	63
Santo Tomé y Príncipe	81	80	...	...	N	N	S	...	70	73	67
Sudán	...	...	...	...	Partial	EPDE	S	S	...	...	...
África central				0,92	3 / 9	1 / 9	2 / 9	1 / 1			
Burundi	65	54	46	0,70	S	N	N	S	75	71	75
Comoras	60	37	...	...	s/d	s/d	s/d	s/d	83	87	83
Djibouti	...	...	...	...	N	N	N	...	...	...	...
Eritrea	...	...	...	...	S	EPDE	S	EPDE	...	...	...
Etiopía	43	34	26	0,60	N	N	S	EPDE	...	...	...
Kenya	93	85	70	0,74	N	N	N	EPDE	63	82	56
Madagascar	70	54	45	0,65	N	N	N	N	75	88	72
Rwanda	80	73	64	0,80	S	S	N	EPDE	65	61	66
Somalia	21	18	14	0,65	N	N	N	N	...	...	...
Tanzania, República Unida de	71	68	52	0,74	N	N	S	N	6	22	3
Uganda	93	88	88	0,95	S	EPDE	N	S	4	11	3
África oriental				0,72	4 / 11	1 / 11	3 / 11	2 / 10			
Angola	81	76	73	0,90	N	N	N	N	29	34	19
Botswana	95	94	94	0,99	S	N	N	N	58	66	52
Lesotho	91	87	79	0,87	S	N	N	EPDE	51	41	53
Malawi	87	80	81	0,93	S	S	S	N	...	...	...
Mozambique	68	61	32	0,47	N	N	S	N	...	...	...
Namibia	90	92	83	0,92	S	EPDE	S	EPDE	...	...	...
Sudáfrica	96	94	91	0,95	S	N	S	EPDE	...	...	...
Swazilandia	87	81	79	0,91	S	N	S	N	53	72	50
Zambia	77	69	67	0,87	S	EPDE	S	EPDE	10	16	6
Zimbabwe	95	89	81	0,85	S	S	N	S	40	54	33
África meridional				0,90	8 / 10	2 / 10	6 / 10	1 / 10			
África subsahariana				0,87	20 / 46	6 / 46	17 / 46	4 / 21			...

DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

POBLACIÓN Y DEMOGRAFÍA

Total de la población (miles) 2002: Número total de habitantes en 2002.

Número de menores de 0 a 14 (miles) 2002: Población de 0 a 14 años en 2001.

Porcentaje de la población urbana 2002: Porcentaje del total de la población que vive en zonas urbanas según la definición nacional utilizada en los censos demográficos más recientes.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.

ECONOMÍA

INB per cápita (dólares de EE.UU.): El ingreso nacional bruto (INB) es la suma del valor producido por todos los residentes a la que se añaden los impuestos sobre los productos (menos las subvenciones) que no están incluidos en la valoración de la producción, y los ingresos netos del ingreso primario (compensación de los empleados en ingreso sobre propiedad) que provienen del extranjero. El INB per cápita es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados de año. El INB per cápita en dólares de los Estados Unidos se convierte siguiendo el método del Atlas del Banco Mundial.

Fuente: Banco Mundial.

SALUD

TMM5 en 2002: Probabilidad de morir desde el nacimiento hasta los 5 años exactamente, por cada 1000 nacidos vivos.

Fuente: UNICEF

NÚMERO APROXIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, FINALES DE 2001

Tasa de Prevalencia de adultos (%) (15 a 49 años), finales de 2001: El número aproximado de adultos de 15 a 49 años que vivían con VIH/SIDA a finales de 2001, dividido por la población de adultos en 2001.

Adultos (15 a 49 años): Número aproximado de adultos que vivían con VIH/SIDA a finales de 2001.

Niños (0 a 14 años): Número aproximado de niños y niñas que vivían con VIH/SIDA a finales de 2001.

Fuente: ONUSIDA

REPERCUSIONES DEMOGRÁFICAS

Esperanza de vida al nacer (años) 2000-2005: El número de años que vivirá un recién nacido si está sujeto a los riesgos de mortalidad que prevalecen en una muestra de la población en el momento del nacimiento.

Reducción en la esperanza de vida debido al SIDA (años) 2000-2005: Diferencia en la esperanza de vida al nacer en años perdidos a causa del SIDA.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.

Muertes debidas al SIDA: Número aproximado de adultos y de menores de edad que murieron a causa del SIDA en 2001.

Fuente: ONUSIDA

TABLA 2: NÚMERO ESTIMADO DE HUÉRFANOS POR PAÍS, AÑO, TIPO, EDAD Y CAUSA

NÚMERO TOTAL DE HUÉRFANOS EN 2001

Total de huérfanos como % de todos los niños, 2001: Porcentaje estimado de niños y niñas (de 0 a 14 años) a finales de 2001 que habían perdido a uno o a ambos progenitores.

Número total de huérfanos, 2001: Número estimado de niños y niñas (de 0 a 14 años) a finales de 2001, que habían perdido a uno o a ambos progenitores.

Número de huérfanos debido al SIDA, 2001: Número estimado de niños y niñas (de 0 a 14 años) a finales de 2001 que habían perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA.

Niños y niñas huérfanos debido al SIDA como % del total de huérfanos, 2001: Huérfanos debido al SIDA como porcentaje de todos los huérfanos.

TOTAL DE HUÉRFANOS POR TIPO 2001

Total de huérfanos de madre (miles) 2001: Número estimado de niños y niñas (de 0 a 14 años) a finales de 2001, cuya madre había muerto y se desconocía si el padre sobrevivía (vivo, muerto a causa del SIDA, o muerto debido a otras causas).

Total de huérfanos de padre (miles) 2001: Número estimado de niños y niñas (de 0 a 14 años) a finales de 2001, cuyo padre había muerto y se desconocía si la madre sobrevivía (viva, muerta a causa del SIDA, o muerta debido a otras causas).

Total de huérfanos dobles (miles 2001): Número estimado de niños y niñas (de 0 a 14 años) a finales de 2001, cuyos padres y madres habían muerto.

HUÉRFANOS POR EDAD 2001: Las estimaciones por edad se calculan multiplicando el número total estimado de huérfanos (de 0 a 14 años) por la proporción de huérfanos que se encuentran en ese grupo de edad de cinco años sobre la base de los últimos datos disponibles provenientes de las encuestas en los hogares.

Total de huérfanos, de 0 a 4 años (miles) 2001: Número estimado de niños y niñas (de 0 a 4 años) a finales de 2001, que habían perdido a uno o a ambos progenitores.

Total de huérfanos, de 5 a 9 años (miles) 2001: Número estimado de niños y niñas (de 5 a 9 años) a finales de 2001, que habían perdido a uno o a ambos progenitores.

Total de huérfanos, de 10 a 14 años (miles) 2001: Número estimado de niños y niñas (de 10 a 14 años) a finales de 2001, que habían perdido a uno o a ambos progenitores.

TOTAL DE HUÉRFANOS 2010

Total de huérfanos como % de todos los niños, 2010: Porcentaje proyectado de niños y niñas (de 0 a 14 años) a finales de 2001, que habían perdido a uno o a ambos progenitores.

Número total de huérfanos (miles), 2010: Número proyectado de niños y niñas (de 0 a 14 años) a finales de 2001, que habían perdido a uno o a ambos progenitores.

Niños y niñas huérfanos debido al SIDA como % del total de huérfanos, 2010: Huérfanos del SIDA como % de todos los huérfanos.

Fuente: UNICEF, USAID, ONUSIDA.

TABLA 3: PRÁCTICAS DE ASISTENCIA

HOGARES CON HUÉRFANOS

% de hogares con niños que se ocupan de huérfanos: Porcentaje de hogares con niños y niñas que se ocupan de uno o de varios huérfanos.

Fuentes: Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), UNICEF; Encuestas Demográficas y de Salud, Macro International, 1997-2002.

NÚMERO PROMEDIO DE HUÉRFANOS POR HOGAR: Número promedio de huérfanos en los hogares que se ocupan de huérfanos.

No. promedio de huérfanos por hogar: Número promedio de huérfanos por hogar.

No. promedio de huérfanos por hogares encabezados por hombres: Número promedio de huérfanos en los hogares encabezados por un hombre.

No. promedio de huérfanos por hogares encabezados por una mujer: Número promedio de huérfanos en los hogares encabezados por una mujer.

Fuentes: UNICEF MICS; Encuestas Demográficas y de Salud, Macro International, 1997-2002.

HOGARES DIRIGIDOS POR UNA MUJER

% de hogares con huérfanos encabezados por una mujer: Porcentaje de todos los hogares con huérfanos encabezados por una mujer.

% de hogares con niños encabezados por una mujer: Porcentaje de todos los hogares con niños encabezados por una mujer.

% de hogares con niños dirigidos por una mujer que se ocupa también de huérfanos: Porcentaje de hogares con niños encabezados por una mujer que se ocupa también de varios huérfanos.

Fuentes: UNICEF MICS; Encuestas Demográficas y de Salud, Macro International, 1997-2002.

MODELOS DE RESIDENCIAS DE NO HUÉRFANOS Y HUÉRFANOS

% de no huérfanos que viven con su madre: Porcentaje de niños no huérfanos que viven con su madre.

% de huérfanos de padre que viven con su madre: Porcentaje de niños que han perdido a su padre y viven con su madre.

% de no huérfanos que viven con su padre: Porcentaje de niños no huérfanos que viven con su padre.

% de huérfanos de madre que viven con su padre: Porcentaje de niños que han perdido a su madre y viven con su padre.

Fuentes: UNICEF MICS; Encuestas Demográficas y de Salud, Macro International, 1997-2002.

TASA DE DEPENDENCIA: La tasa de dependencia corresponde al número total de niños y de niñas menores de 18 años y de personas de 60 años y más, dividido por el número de personas de 18 a 59 años.

Hogares con niños, sin huérfanos: Tasa de dependencia de los hogares con niños que no se ocupan de huérfanos.

Hogares con huérfanos: Tasa de dependencia de los hogares con huérfanos de todo tipo

Hogares con huérfanos encabezados por un hombre: Tasa de dependencia de los hogares con huérfanos encabezados por un hombre.

Hogares con huérfanos encabezados por una mujer: Tasa de dependencia de los hogares con huérfanos encabezados por una mujer.

Fuentes: UNICEF MICS; Encuestas Demográficas y de Salud, Macro International, 1997-2002.

TABLA 4: CONSECUENCIAS Y RESPUESTAS

ASISTENCIA A LA ESCUELA (DE 10 A 14 AÑOS)

% de no huérfanos (que viven por lo menos con un progenitor): Porcentaje de niños y de niñas no huérfanos de 10 a 14 años que viven por lo menos con un progenitor y acuden a la escuela.

% de huérfanos (que han perdido a uno o a ambos progenitores): Porcentaje de niños y niñas huérfanos de 10 a 14 años que van a la escuela.

% de huérfanos dobles: Porcentaje de niños y de niñas de 10 a 14 años que han perdido a sus dos progenitores biológicos y que van a la escuela.

Tasa de matriculación escolar para huérfanos y no huérfanos: Proporción de niños y de niñas de 0 a 14 años en una encuesta en los hogares que habían perdido a sus dos progenitores biológicos y van actualmente a la escuela, con relación al % de niños no huérfanos de la misma edad que viven por lo menos con un progenitor y van a la escuela (indicador de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio).

Fuentes: UNICEF MICS; Encuestas Demográficas y de Salud, Macro International, 1997-2002.

RESPUESTAS DEL GOBIERNO

El análisis de la situación nacional está completo: El gobierno ha terminado un análisis nacional de la situación de los huérfanos y de otros niños y niñas vulnerables a causa del VIH/SIDA.

Existe una política nacional: El país dispone de una política nacional de protección de los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables.

Mecanismo nacional de coordinación: El gobierno ha establecido un mecanismo de coordinación y de colaboración destinado a confrontar la situación de los huérfanos y de otros niños y niñas vulnerables debido al VIH/SIDA.

Protección legislativa adecuada para los huérfanos (por ej., propiedad): El gobierno dispone de instrumentos y de leyes relativos a los derechos, a la protección, a la atención y el apoyo de los niños y niñas y trata de remediar los problemas que representa el VIH/SIDA.
S - Sí N - No EPDE - En proceso de elaboración s/d - sin datos.

Fuentes: Oficinas regionales del UNICEF e Informes Nacionales de 2003 de seguimiento a la Declaración de Compromiso aprobada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en 2001.

INSCRIPCIÓN DE LOS NACIMIENTOS 1999-2001: Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años cuyo nacimiento había sido registrado cuando se llevó a cabo la encuesta. Se incluye a los niños y niñas en aquellos casos en que el entrevistador vio el acta de nacimiento o aquellos cuya madre o guardián dijo que el nacimiento había sido registrado.

% total de nacimientos registrados en 1999-2001

% de nacimientos registrados en 1999-2001, zonas urbanas

% de nacimientos registrados en 1999-2001, zonas rurales

Fuentes: UNICEF MICS; Encuestas Demográficas y de Salud, Macro International, 1997-2002.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA • ONUDD
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Publicado como parte de la labor del UNICEF como organismo copatrocinador de ONUSIDA, el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Otros copatrocinadores son el Programa Mundial de Alimentos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial.

Si desea obtener más información, sírvase dirigirse a:
Unidad sobre VIH/SIDA del UNICEF
Correo electrónico: nyhq.hivaid@unicef.org

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
3 UN Plaza,
New York, NY 10017, USA
pubdoc@unicef.org
www.unicef.org/spanish