

Información

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Junta Ejecutiva

Primer período ordinario de sesiones de 2017

7 a 9 de febrero de 2017

Tema 6 del programa provisional*

Nota de antecedentes para el informe oral

Seguimiento por el UNICEF de las recomendaciones y decisiones adoptadas en las reuniones 37^a y 38^a de la Junta de Coordinación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

Introducción

1. El presente informe presenta una reseña de las recomendaciones y decisiones fundamentales de la Junta de Coordinación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) que revisten un interés especial para el UNICEF, así como una actualización de las actividades de programación del UNICEF sobre el VIH y el SIDA realizadas en 2016 y que abarcan las dos décadas de la infancia (véase el anexo). El informe se elaboró como parte del seguimiento de las reuniones 37^a y 38^a de la Junta de Coordinación del Programa del ONUSIDA, que tuvieron lugar del 26 al 28 de octubre de 2015 y del 28 al 30 de junio de 2016, respectivamente.

2. En el informe se hace hincapié en la labor actual del UNICEF y en su seguimiento de las actividades vinculadas a cuatro cuestiones clave debatidas en las reuniones:

- a) La respuesta al SIDA en el contexto del Programa para el Desarrollo Sostenible para 2030;
- b) La Estrategia del ONUSIDA para 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el SIDA;
- c) La financiación del Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas para 2016-2021;
- d) El papel de las comunidades en la eliminación del SIDA para 2030.

* E/ICEF/2017/1.

3. En el anexo se detalla la situación de la epidemia del VIH entre los niños y adolescentes y los principales logros y retos de la programación del UNICEF en relación con el VIH para los niños en el período 2015-2016.

Primera cuestión: La respuesta al SIDA en el contexto del Programa para el desarrollo sostenible de 2030

4. En la reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA, organizada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y celebrada en Nueva York del 8 al 10 de junio de 2016, los Estados Miembros hicieron un balance de los progresos realizados desde que se emitió en 2001 la primera Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, y se comprometieron a ejecutar un programa ambicioso para poner fin a la epidemia de SIDA en 2030.

5. Con el fin de fomentar el impulso político en favor de la respuesta mundial al SIDA, los Estados Miembros aprobaron la *Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030* (resolución 70/266 de la Asamblea General, Anexo, aprobada el 8 de junio de 2016). En la Declaración se establecen los objetivos que deben alcanzarse para 2020 en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a fin de poner fin a la epidemia de SIDA para el año 2030.

6. Los participantes en la reunión de alto nivel reconocieron los progresos realizados desde el lanzamiento del Plan Mundial para Eliminar las Nuevas Infecciones por VIH en Niños para el 2015 y para Mantener con Vida a sus Madres: 2011-2015. El plan propició una aceleración de los esfuerzos dirigidos a la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y un aumento del acceso al tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas, y se calcula que actualmente 85 países están a punto de alcanzar sus metas de eliminación.

7. Al tiempo que reconocían el progreso en la prevención de la transmisión maternoinfantil, los Estados Miembros, incluidos los facilitadores de la reunión, Suiza y Zambia, y los representantes de la sociedad civil, expresaron en el marco de un diálogo con el UNICEF su preocupación por las bajas tasas de detección y tratamiento del VIH entre niños y adolescentes que viven con el VIH y la lentitud en la reducción de la tasa de nuevas infecciones por el VIH entre los adolescentes. Para abordar estas lagunas, se propusieron las siguientes metas específicas relativas a los niños y los adolescentes, incluidas las mujeres jóvenes, para su incorporación en la Declaración Política:

a) Poner fin a las nuevas infecciones entre los niños antes de 2020, garantizando al mismo tiempo que 1,6 millones de niños y niñas tengan acceso al tratamiento del VIH para 2018;

b) Garantizar el acceso a opciones combinadas de prevención para al menos el 90% de las personas, especialmente las adolescentes y las mujeres jóvenes, en los países de alta prevalencia y entre las poblaciones clave;

c) Eliminar las desigualdades de género y poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y otras poblaciones clave para 2020;

d) Asegurar que el 90% de los jóvenes dispongan de los conocimientos, las aptitudes y la capacidad para protegerse del VIH y tengan acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para 2020, con el fin de reducir el número de nuevas infecciones entre adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 para 2020;

e) Velar por que el 75% de las personas que viven con el VIH o que están afectadas por el VIH se beneficien de una protección social sensible al VIH y asegurar que al menos el 30% de toda la prestación de servicios esté dirigida por la comunidad.

8. Con el fin de reforzar las disposiciones de la Declaración política sobre la infancia y la adolescencia y de orientar las actividades a nivel nacional en favor de la infancia y la adolescencia, el UNICEF y la OMS convocaron tres actos paralelos de alto nivel durante la reunión de alto nivel celebrada en Nueva York:

A. Reunión de alto nivel para poner fin al SIDA pediátrico

9. Durante la reunión, convocada como seguimiento directo a la reunión ministerial sobre el tema “Hacia el fin del SIDA pediátrico: catalizar la acción mundial para cerrar la brecha en el tratamiento del VIH para los niños”, celebrada en Abiyán, Côte d'Ivoire, en mayo de 2016, bajo el patrocinio de la Primera Dama de Côte d'Ivoire, los Directores Ejecutivos del UNICEF y ONUSIDA, el Director Ejecutivo de ELMA Philanthropies y el Gobierno de Luxemburgo hicieron hincapié en la urgencia de aumentar la cobertura del tratamiento antirretroviral al 95% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH para 2018 con el fin de reducir el número de nuevas infecciones pediátricas por el VIH a 20.000 en 2020. Los participantes en la reunión de alto nivel también pidieron actuar de manera urgente para aumentar el tratamiento del VIH entre los niños que viven con el VIH, ya que sigue estando estancado en menos del 49%.

B. Validación de la eliminación de nuevas infecciones en Armenia, Belarús y Tailandia

10. En 2015, en colaboración con ONUSIDA, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y la OMS, se publicó un informe final sobre los progresos realizados desde el lanzamiento del Plan Mundial. El informe destacó la impresionante disminución del 60% entre 2009 y 2015 en las nuevas infecciones contraídas por niños debido a la transmisión maternoinfantil en los 21 países prioritarios del Plan Mundial¹ en África subsahariana. Durante la reunión de alto nivel, tres países que UNICEF ha estado apoyando (Armenia, Bielorrusia y Tailandia) recibieron certificados de la OMS de validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, en una ceremonia organizada por la OMS, el UNICEF y sus asociados. Tailandia es el primer país con una importante epidemia de VIH (440.000 personas que vivían con el VIH en 2015) en recibir el reconocimiento mundial de la eliminación de la transmisión de madre a hijo.

C. Lanzamiento de la iniciativa “Start Free. Stay Free. AIDS Free”

11. Los directores del UNICEF, el ONUSIDA, el PEPFAR, la OMS y la Fundación Pediátrica para el SIDA Elizabeth Glaser convocaron un acto paralelo de alto nivel en el que se pusieron de relieve las lagunas en el tratamiento de los niños. Esa consulta llevó a la elaboración de la iniciativa “Start Free, Stay Free y AIDS Free (Nacer sin el VIH, Vivir sin el VIH y Estar sin el SIDA)”, que destaca los objetivos de la vía rápida para 2018 y 2020 acordados en la reunión de alto nivel con el fin de:

- a) Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH (“Start Free”);

¹ Véase <http://emtct-iatt.org/priority-countries>.

- b) Reducir la tasa de nuevas infecciones por el VIH entre adolescentes y mujeres jóvenes (“Stay Free”);
- c) Aumentar el tratamiento del VIH tanto para los niños como para los adolescentes (“AIDS Free”).

12. En la estructura de gobierno de este marco, UNICEF codirige el pilar “Stay Free” junto con el PEPFAR, y trabajará como asociado principal en los pilares “Start Free” y “AIDS Free”. El pilar “Stay Free” se basará en las iniciativas mundiales actuales, incluida la iniciativa “All In!” de UNICEF-ONUSIDA² para adolescentes y el proyecto PEPFAR DREAMS³ para adolescentes y mujeres jóvenes, y la iniciativa para acelerar el tratamiento del VIH/SIDA en los niños⁴. Otras iniciativas incluyen proyectos del UNICEF financiados por el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) sobre: a) diagnósticos innovadores del VIH en los puntos de atención para identificar rápidamente a los niños con VIH y dar seguimiento a la respuesta al tratamiento; y b) el uso de la profilaxis previa a la exposición como una opción adicional de prevención del VIH para los adolescentes de mayor edad que corren un riesgo importante de contraer el VIH.

13. En julio de 2016, el Director Ejecutivo del UNICEF participó en la XXI Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Durban (Sudáfrica). La conferencia brindó a UNICEF la oportunidad de demostrar su uso de innovaciones como la introducción de iniciativas para la creación de puntos de atención en las plataformas de salud infantil y el uso de tecnologías móviles (U-Report⁵) en la respuesta al VIH entre niños y adolescentes. La reunión de Durban también sirvió para recordar a los 12.000 participantes el estancamiento en los últimos años de los esfuerzos mundiales para reducir las nuevas infecciones por el VIH, especialmente entre los adolescentes.

Segunda cuestión: Estrategia del ONUSIDA para 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el SIDA

14. El UNICEF colaboró estrechamente con la secretaría del ONUSIDA y los otros 11 organismos copatrocinadores para redactar la Estrategia del ONUSIDA para 2016-2021 y el Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas para asegurarse de que en ambos documentos figuraran objetivos dirigidos a las mujeres, los niños y los adolescentes. Los análisis, la promoción y la participación técnica del UNICEF contribuyeron a varias actividades entre diversos países que generaron pruebas operativas clave e informes estratégicos⁶, y formularon las siguientes estrategias prioritarias para mejorar los resultados entre las mujeres, los niños y los adolescentes:

- a) *La ampliación de las pruebas, el conocimiento sobre el estado serológico y el acceso al tratamiento antirretroviral.* En las mujeres, los niños y los adolescentes, el logro de este objetivo se apoyará en un mejor acceso a los servicios de pruebas de detección del VIH para las personas

² Véase <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/all-in>.

³ Véase <http://www.pepfar.gov/partnerships/ppp/dreams/>.

⁴ Véase <http://www.pepfar.gov/partnerships/ppp/234538.htm>.

⁵ Véase <https://ureport.in>.

⁶ Estos incluyen los análisis de los estrangulamientos en materia de la prevención de la transmisión de madre a hijo en varios países; proyectos nacionales para optimizar el acceso a los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH en cuatro países; evaluaciones sobre los adolescentes y el VIH en múltiples países; y los siguientes informes: a) Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica, “Report on the external mid-term, formative evaluation of the optimizing HIV treatment access (OHTA) for pregnant and breastfeeding women initiative in Uganda, Malawi, Ivory Coast and the Democratic Republic of Congo” (octubre de 2015) y (b) “All In: synthesis report of the rapid assessment of adolescent and HIV programme context in five countries: Botswana, Cameroon, Jamaica, Swaziland and Zimbabwe” (2015).

con mayor riesgo de infección, así como una intensificación del diagnóstico precoz de los lactantes con el fin de garantizar una vinculación inmediata al tratamiento antirretroviral;

b) *La eliminación de nuevas infecciones por el VIH entre los niños y la mejora de la salud y el bienestar de sus madres.* Esto será impulsado por un tratamiento inmediato para todas las mujeres embarazadas que viven con el VIH (opción B+), un mejor acceso a los servicios de la salud sexual y de la reproducción (incluida la planificación familiar) y una mejor integración de la atención de la tuberculosis en los servicios de salud maternoinfantil;

c) *Mayor acceso a la prevención combinada del VIH y a oportunidades para el empoderamiento de los jóvenes, especialmente las adolescentes y las mujeres jóvenes.* La clave de este objetivo es la expansión de la circuncisión masculina médica voluntaria y los servicios integrados de salud sexual y de la reproducción para otros 27 millones de adolescentes varones y de hombres en contextos de alta prevalencia del VIH, así como educación sexual integral de calidad, creación de demanda para pruebas del VIH y servicios de prevención y, finalmente, la participación activa de los adolescentes;

d) *La prestación eficaz y específica de servicios de prevención biomédica, conductual y estructural para las poblaciones clave, incluidas las personas profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas, las personas transexuales, los reclusos y los migrantes.* La clave de este objetivo es el reconocimiento de los adolescentes y sus necesidades únicas entre estos grupos de población, así como las implicaciones para el enfoque del programa y los ajustes en las nuevas estrategias de implementación, tales como el uso de nuevos medios de divulgación y de tecnologías de prevención como la profilaxis antes de la exposición;

e) *El compromiso y el empoderamiento de las comunidades para promover y establecer normas de género saludables.* Las principales prioridades para este objetivo incluyen el compromiso de poner fin a la violencia sexual y de género, así como de ampliar las oportunidades para garantizar que las mujeres participen de manera significativa en la toma de decisiones y la aplicación de la respuesta al SIDA;

f) *El fortalecimiento de los sistemas sanitarios y comunitarios para garantizar la prestación de servicios relacionados con el VIH como parte de un programa más integrado que responda a las necesidades más amplias de las mujeres, los niños y los adolescentes.* Esencial para el logro de este objetivo es el apoyo al empoderamiento de las mujeres, los adolescentes y los hogares afectados por el VIH mediante programas nacionales de protección social que sean sensibles al VIH, entre ellos las transferencias de efectivo. Además, el fin de esta medida será dar prioridad a las inversiones para la integración de la prestación de servicios comunitarios dentro de los sistemas oficiales de salud.

Tercera cuestión: Financiación del Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas para 2016-2021

15. El Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas materializa la Estrategia del ONUSIDA para 2016-2021 mediante la implementación de 27 resultados. El UNICEF colabora en 16 de los 27 resultados.

16. La Junta de Coordinación del Programa aprobó la Estrategia y el Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas en su 37ª reunión⁷. El Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas incluye un presupuesto básico de 485 millones de dólares para el bienio 2016-2017, así como asignaciones presupuestarias para los copatrocinadores y la secretaría que se mantienen en los mismos niveles que durante el bienio 2014-2015 (el UNICEF recibió 24 millones de dólares para ese bienio). Además, la Junta de Coordinación del Programa instó a que el Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas para 2016-2021 se financiara íntegramente y a que se asignaran fondos suficientes para la secretaría del ONUSIDA.

17. A pesar de las recomendaciones presupuestarias de la Junta de Coordinación del Programa, los problemas constantes en la recaudación de fondos afectaron en 2016 las asignaciones de fondos del Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas al UNICEF y a otros copatrocinadores, y las asignaciones se redujeron en un 50%. La Junta de Coordinación del Programa también recomendó recortes adicionales de hasta un 75% de los fondos recaudados para 2017. En una reunión celebrada en noviembre de 2016 con los principales copatrocinadores, el Director Ejecutivo de ONUSIDA se comprometió a mantener la asignación de 2016 a los copatrocinadores (una reducción del 50%), como resultado de los ahorros obtenidos mediante la reducción de los niveles de dotación de personal en la secretaría y de los presupuestos de 2016 para actividades.

18. El nivel de gastos de 2015 (107 millones de dólares, incluidos 12 millones de dólares del Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas) para la programación sobre el VIH en el UNICEF es el más bajo de todas las esferas de resultados del UNICEF y refleja una disminución del 43% con respecto al nivel máximo de 189 millones de dólares de 2009. Aproximadamente la mitad de los gastos para la lucha contra el VIH en 2015 provenían de recursos específicos (por ejemplo, el Fondo Mundial para productos básicos y situaciones de emergencia); proyectos catalíticos especiales; y las iniciativas de UNITAID, el Fondo MAC AIDS, Suecia y Noruega) para ejecutar proyectos seleccionados en un número limitado de países. La proporción de fondos no asignados y utilizados para proporcionar asistencia técnica de alta calidad para la implementación ha disminuido, lo que supone graves implicaciones para la futura programación del UNICEF en materia de VIH.

19. Con el fin de mitigar las reducciones del Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas y reorientar la respuesta del UNICEF a las nuevas estrategias mundiales, asociaciones y cambios en la financiación, el UNICEF llevó a cabo tres acciones:

a) *La revisión y actualización de la Estrategia del Programa del UNICEF sobre el VIH y el SIDA, centrada en poner fin a la epidemia mundial de SIDA entre las madres, los niños y los adolescentes.* La nueva Estrategia del Programa está alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la salud (objetivo 3); igualdad de género (objetivo 5); reducción de la desigualdad (objetivo 10); y asociaciones (objetivo 17). Los objetivos y metas de la nueva Estrategia del Programa también están alineados con la Estrategia del ONUSIDA para 2016-2021; la iniciativa “All In!”; y la iniciativa “Start Free. Stay Free. AIDS Free”. Los detalles de la Estrategia revisada del Programa del UNICEF sobre el VIH y el SIDA se describen en el anexo;

⁷ Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151028_UNAIDS_PCB37_Decisions.pdf.

b) *La finalización de un análisis de las necesidades de recursos en la lucha contra el VIH para el período 2016-2021, utilizando la evolución de los gastos para el período 2007-2015.* Se espera que el análisis, basado en el actual nivel presupuestario y las potenciales disminuciones futuras de los recursos, revele las lagunas en la financiación de la programación y la capacidad del personal entre los países, las regiones y las sedes. Los resultados preliminares indican que el UNICEF ha logrado atraer fondos para proyectos específicos en determinados países, en particular para la puesta en práctica de innovaciones, incluidos los diagnósticos del VIH, así como para la seguridad de los productos antirretrovirales en situaciones de emergencia. El UNICEF también ha atraído recursos para actividades específicas del Fondo Mundial como principal destinatario o subdestinatario. Si bien estas respuestas específicas han facilitado en gran medida la programación del UNICEF en torno a iniciativas e innovaciones concretas, carecen de la flexibilidad necesaria para respaldar gran parte de las responsabilidades programáticas de la organización en materia de VIH. El UNICEF utilizará la información del análisis de costos para elaborar una estrategia de recaudación de fondos para la programación y la dotación de personal en materia de VIH, cuyo objetivo será asegurar la financiación adecuada para la Estrategia del Programa del UNICEF sobre el VIH y el SIDA durante el próximo ciclo del plan estratégico (2018-2021);

c) *Una evaluación del UNICEF, en colaboración con ONUSIDA y los copatrocinadores, de las repercusiones de los recortes del Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas y de los déficits proyectados para 2016 y 2017 en la ejecución de la Estrategia del ONUSIDA para 2016-2021.* La crisis financiera tiene consecuencias inmediatas y de gran alcance para la labor del UNICEF:

i) La disminución de la financiación repercutirá en la capacidad de respaldar las múltiples evaluaciones de verificación que forman parte de la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, función que el UNICEF desempeña como miembro del Global Validation Advocacy Group (grupo en favor de la validación mundial de la eliminación de la transmisión maternoinfantil). En los países que están en camino de alcanzar ese objetivo, la reducción de la financiación podría dar como resultado una incapacidad para eliminar nuevas infecciones pediátricas a causa del VIH, limitando el alcance de su programa de prevención de la transmisión de madre a hijo o afectando negativamente la calidad del servicio. En África oriental y meridional, donde la cobertura de prevención de la transmisión maternoinfantil ha aumentado significativamente, la reducción de los fondos retrasará el trabajo para reforzar el uso de datos en los ajustes del curso del programa, y podría restringir el apoyo a la atención de las mujeres embarazadas y las madres. En África occidental y central, dada la escasa cobertura de la terapia antirretroviral en la prevención de la transmisión de madre a hijo, la reducción de la financiación impedirá mejorar la identificación y el tratamiento de las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH. El trabajo del UNICEF para acelerar y mantener el acceso a la terapia antirretroviral para niños y adolescentes se limitará a los países con el mayor número de infecciones por VIH en esa población. El apoyo técnico a las epidemias de bajo nivel y concentradas se limitará al seguimiento de las respuestas realizadas en el marco de la programación contra el VIH, y a las tareas de concienciación;

ii) A la luz de los debates actuales sobre las iniciativas “Start Free. Stay Free. AIDS Free” y “All In!”, el UNICEF dará prioridad a la prevención entre los adolescentes y las mujeres jóvenes en todas las regiones. Sin embargo, la organización no podrá proporcionar el apoyo intensificado a la ejecución que es necesario para cerrar las lagunas de la programación en los 25 países principales;

iii) El UNICEF restringirá sus esfuerzos de promoción y su apoyo a la sociedad civil en la labor de reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH, en particular para las poblaciones clave y marginadas en diversas regiones, especialmente en Oriente Medio y África septentrional y en Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes, donde la epidemia está más oculta que en otras regiones y las poblaciones afectadas sufren altos niveles de estigmatización;

iv) El número de funcionarios del UNICEF dedicados a la programación del VIH a nivel nacional, regional y de la sede quedara gravemente afectado. En 2016, el UNICEF contaba con 111 funcionarios a tiempo completo con contratos a plazo fijo que trabajaban en la programación del VIH, en comparación con 173 en 2015, lo que representa una disminución del 36%. Sólo cuatro de las siete regiones han mantenido un asesor regional de nivel superior en comparación con siete regiones en 2014. La sede redujo en 2016 sus niveles de dotación de personal en un 50%.

20. A pesar de los efectos inmediatos de la reducción de los recursos en 2016 y de las perspectivas para los próximos años, el UNICEF se compromete a subsanar las carencias de recursos y seguirá contribuyendo a la respuesta al VIH. Por ejemplo, el Director Ejecutivo ha adoptado medidas excepcionales para mantener la capacidad mínima del personal en la sede en 2017. El Equipo Mundial de Gestión se reunió en junio de 2016 para debatir el futuro de la Estrategia del Programa sobre el VIH y el SIDA y acordó por unanimidad que el UNICEF no abandonaría sus responsabilidades en materia de programación del VIH. Tanto la División de Recaudación de Fondos y Asociaciones con el Sector Privado como la División de Asociaciones con el Sector Público están comprometidas a facilitar los esfuerzos de recaudación de fondos en torno a la programación del VIH y explorar nuevas asociaciones para impulsar un trabajo innovador.

Cuarta cuestión: El papel de las comunidades en la eliminación del SIDA para el año 2030

21. En junio de 2016, el UNICEF trabajó con la secretaría del ONUSIDA y sus asociados a fin de organizar el segmento temático de la 38ª reunión de la Junta de Coordinación del Programa sobre el papel de las comunidades en la eliminación del SIDA para 2030. En ese segmento, el UNICEF presentó las conclusiones de la Iniciativa para optimizar el acceso de las mujeres embarazadas y lactantes al tratamiento del VIH (OHTA)⁸ financiada por Noruega y Suecia, que destacan el papel esencial que desempeñan las comunidades en la prestación de servicios de atención y apoyo a las mujeres embarazadas y lactantes que acceden a los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil en los que se aplica el enfoque de “prueba e inicio”. Côte d'Ivoire, Malawi, la República Democrática del Congo y Uganda participaron en la esta iniciativa.

22. La evaluación de mitad de período de 2015⁹ de la Iniciativa OHTA concluyó que la financiación de la OHTA en los niveles de los establecimientos de salud y la comunidad mejoró la participación de la comunidad tanto en la demanda como en la prestación de servicios. Los resultados clave que respaldaron esta conclusión positiva incluyen:

a) La ayuda técnica y material prestada a las labores de apoyo entre madres en los establecimientos de salud y las comunidades, así como a los grupos de apoyo comunitarios, aumentó el número de mujeres embarazadas que recibieron servicios prenatales y terapia

⁸ Véase <http://childrenandaids.org/partnership/optimizing-hiv-treatment-access>.

⁹ https://www.unicef.org/evaldatabase/files/HQ-PD_Final_OHTA_report_October_2015.pdf.

antirretroviral, y que se mantuvieron bajo cuidado. Se elaboraron indicadores normalizados para registrar los servicios y la rendición de cuentas de las comunidades y los establecimientos de salud, a fin de obtener información sobre la escala de las actividades comunitarias en Côte d'Ivoire. Las actividades de participación masculina también sirvieron para aumentar el número de parejas que se sometieron a la prueba del VIH;

b) La mejora de los sistemas de vigilancia a nivel de distrito y de establecimientos de salud contribuyó a disminuir las desigualdades en la prestación de servicios mediante un mejor seguimiento de las personas que abandonaban el servicio; la apropiación local de las cuestiones; y la comprensión de los datos para la mejora del servicio. Estos resultados que reforzaron el sistema de salud fueron importantes tanto para el programa de prevención de la transmisión maternoinfantil como para los servicios generales de salud materna, neonatal e infantil.

23. En la 38ª reunión de la Junta de Coordinación del Programa, el segmento temático sobre las comunidades proporcionó pruebas importantes en apoyo a la participación de la comunidad y el fortalecimiento de los sistemas comunitarios de prevención, atención y tratamiento del VIH y de los resultados generales en materia de desarrollo.

Anexo

La programación del UNICEF sobre el VIH para el período 2015-2016 durante las dos décadas que abarca la infancia

Situación de la epidemia

1. Para los niños, la historia de éxito que significa el aumento del acceso a la terapia antirretroviral para las personas que viven con el VIH se limita principalmente a los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, mientras que sigue habiendo problemas en el caso de los niños y adolescentes que viven con el VIH.

Gráfico 1

Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben el tratamiento antirretroviral más eficaz para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, y número de nuevas infecciones por el VIH en niños de 0 a 14 años en 21 países de África subsahariana seleccionados en el Plan Mundial, 2000-2015



Fuente: Análisis de UNICEF de las estimaciones de 2016 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

2. La terapia antirretroviral para toda la vida administrada a las mujeres embarazadas que viven con el VIH aumentó a nivel mundial hasta el 70% en 2015, en comparación con el 49% en el caso de los niños (0 a 14 años)¹.

¹ Estimaciones de 2016 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

3. Según los datos de los escasos países que ofrecen datos desagregados por edad, la cobertura es peor aún entre los adolescentes de 10 a 19 años. El SIDA es la principal causa de muerte entre los adolescentes de 10 a 14 años en todo el mundo y la principal causa de muerte de adolescentes en África subsahariana.^{2,3} De hecho, casi el 90% de todas las muertes relacionadas con el SIDA entre los adolescentes se produjeron en 2015 en África subsahariana⁴.

4. La calidad de los servicios para los adolescentes varía mucho en diferentes entornos. La falta de aptitudes de los proveedores de servicios de salud; la existencia de leyes restrictivas sobre la edad de consentimiento que afectan el acceso a la prueba del VIH; los elevados niveles de estigma en torno al VIH, incluso en los centros de salud y las escuelas; y la falta de idoneidad de la educación y la comunicación sobre la salud dirigidas a los adolescentes contribuyen a limitar el acceso a la información y los servicios para la prevención del VIH, así como el acceso al tratamiento entre los adolescentes.

5. En 2015, tres de cada cuatro nuevas infecciones entre los adolescentes de 15 a 19 años correspondieron a niñas en África subsahariana⁵. Como se mencionó en el Informe GAP del ONUSIDA de 2016 sobre la lagunas en materia de prevención del VIH, las nuevas infecciones por VIH en adolescentes y adultos de 15 años o más se estancaron en 1,9 millones entre 2010 y 2015. En el mismo período, las infecciones en adolescentes de 15 a 19 años disminuyeron sólo mínimamente, de 270.000 a 250.000, en comparación con el descenso mucho mayor entre los niños de 0 a 14 años, de 290.000 a 150.000.

² Mokdad, Ali H. et al, “Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people’s health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, *The Lancet*, vol. 387, No. 10036 (11 de junio de 2016), págs. 2383-401.

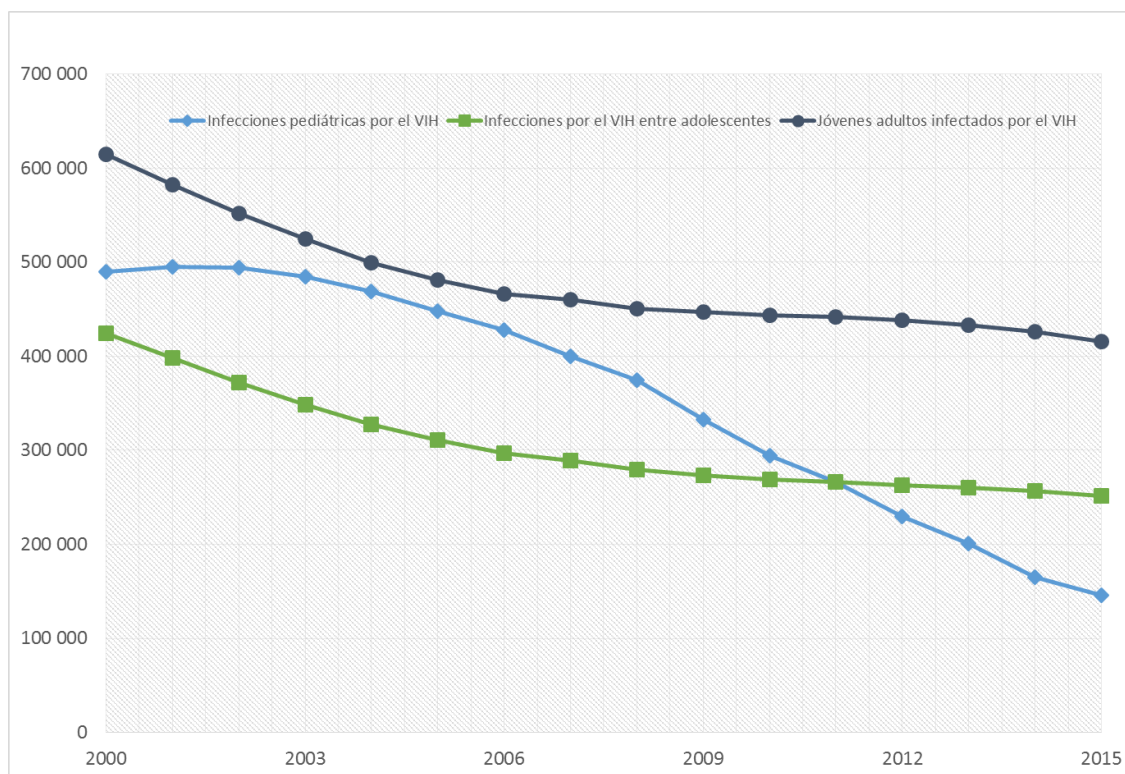
³ Organización Mundial de la Salud, “Health for the world’s adolescents: A second chance in the second decade, mayo de 2014. Disponible en <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>.

⁴ Estimaciones de ONUSIDA.

⁵ Ibid.

Gráfico 2

Número de nuevas infecciones por VIH en todo el mundo entre niños (0 a 14 años), adolescentes (15 a 19 años) y jóvenes (20 a 24 años), 2000-2015



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA de 2016.

6. Las inversiones en la prevención del VIH se han centrado en la prevención de la transmisión maternoinfantil, la circuncisión médica masculina y, cada vez más, en el tratamiento del VIH para la prevención mediante la terapia antirretroviral en parejas discordantes. Sin embargo, otros componentes de la “prevención combinada” no han recibido una financiación adecuada, entre ellos la programación del uso de preservativos; la comunicación para el cambio de comportamiento y la creación de demanda; la protección social, como por ejemplo las transferencias de efectivo; y los esfuerzos para prevenir y responder a la violencia sexual y de género.

7. En todas las regiones, el VIH afecta desproporcionadamente a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a las personas transgénero, a las personas que practican el sexo con fines comerciales y a las personas que se inyectan drogas. Estas poblaciones vulnerables y socialmente excluidas son fundamentales para detener la propagación de la epidemia del VIH. Reducir la vulnerabilidad y la infección por el VIH en estas poblaciones requiere una comprensión de los factores epidemiológicos y los propulsores estructurales, además de leyes más favorables y políticas de protección que permitan la prestación de servicios y el acceso a los mismos. También es necesaria una inversión multisectorial más amplia en la programación y el empoderamiento de los adolescentes, así como en la mejora de la capacidad de los proveedores de servicios.

8. El fomento de la inclusión social y el respeto a la igualdad de género y la diversidad para todos los adolescentes, la mejora de la calidad de los servicios y la ampliación de las oportunidades

para el empoderamiento de los adolescentes serán aún más importantes a medida que el tamaño absoluto de la población adolescente continúe creciendo rápidamente, especialmente en África subsahariana.

Logros y desafíos

9. A principios de 2016, impulsado por la disminución de la financiación para el VIH y con el objetivo de alinear mejor el trabajo del UNICEF sobre el VIH con los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁶ y la Estrategia del ONUSIDA para 2016-2021, el UNICEF revisó su Estrategia del Programa sobre el VIH y el SIDA. La nueva estrategia, que informará al Plan Estratégico del UNICEF para 2018-2021, tiene los siguientes objetivos globales:

a) Acelerar la respuesta al VIH en 2020 para las mujeres embarazadas, las madres, los niños y los adolescentes;

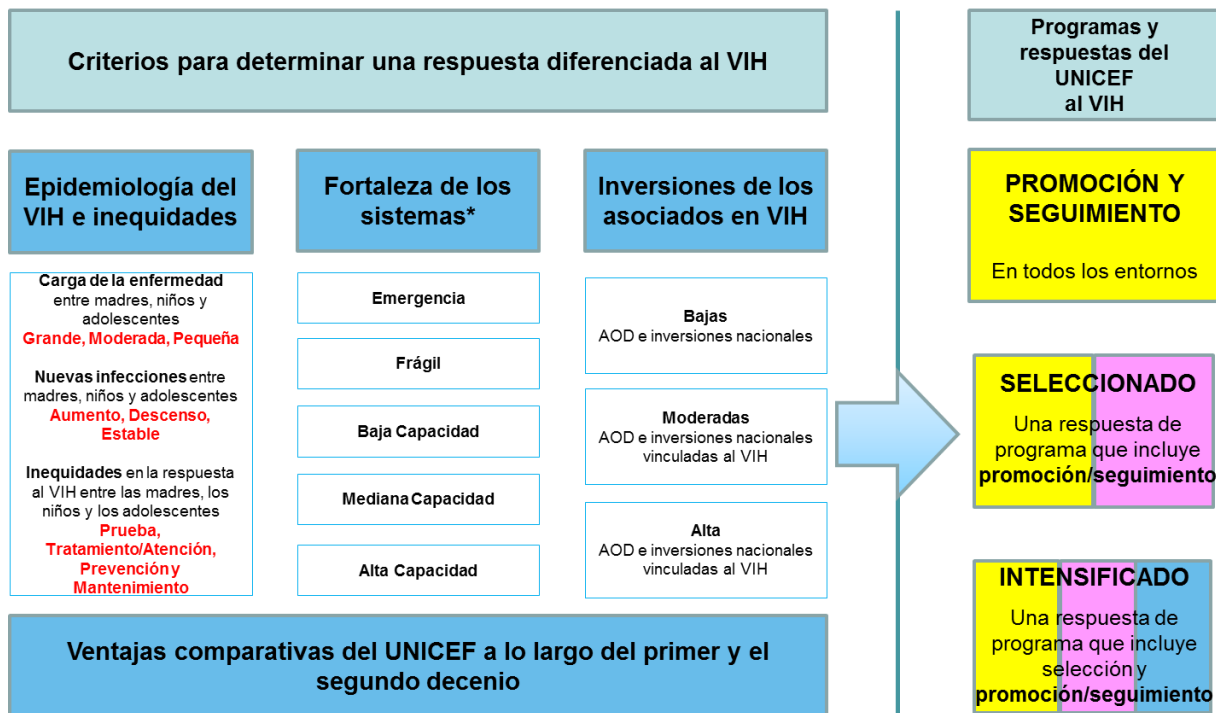
b) Establecer sistemas gubernamentales y comunitarios resilientes para reducir las desigualdades en los servicios de VIH entre las mujeres embarazadas, las madres, los niños y los adolescentes.

10. La nueva estrategia propone un marco de programación cuya base sea una respuesta diferenciada por país. Tiene en cuenta tres criterios principales: a) la evolución epidemiológica del VIH; b) la fortaleza de los sistemas; y c) las inversiones disponibles. El gráfico 3 proporciona una visión general de cómo la programación puede diferenciarse para adaptarse al contexto del país y enfocar en consecuencia los recursos para el VIH. La estrategia propone: a) la promoción y el seguimiento en todos los ámbitos; b) la programación centrada en un objetivo en combinación con las actividades de promoción; y c) un enfoque reforzado en los entornos con alta carga viral, baja capacidad e insuficientes recursos.

⁶ Salud (objetivo 3); equidad de género (objetivo 5); reducción de la inequidad (objetivo 10); y asociaciones (objetivo 17).

Gráfico 3

Respuesta diferenciada en función de las prioridades de los programas de país



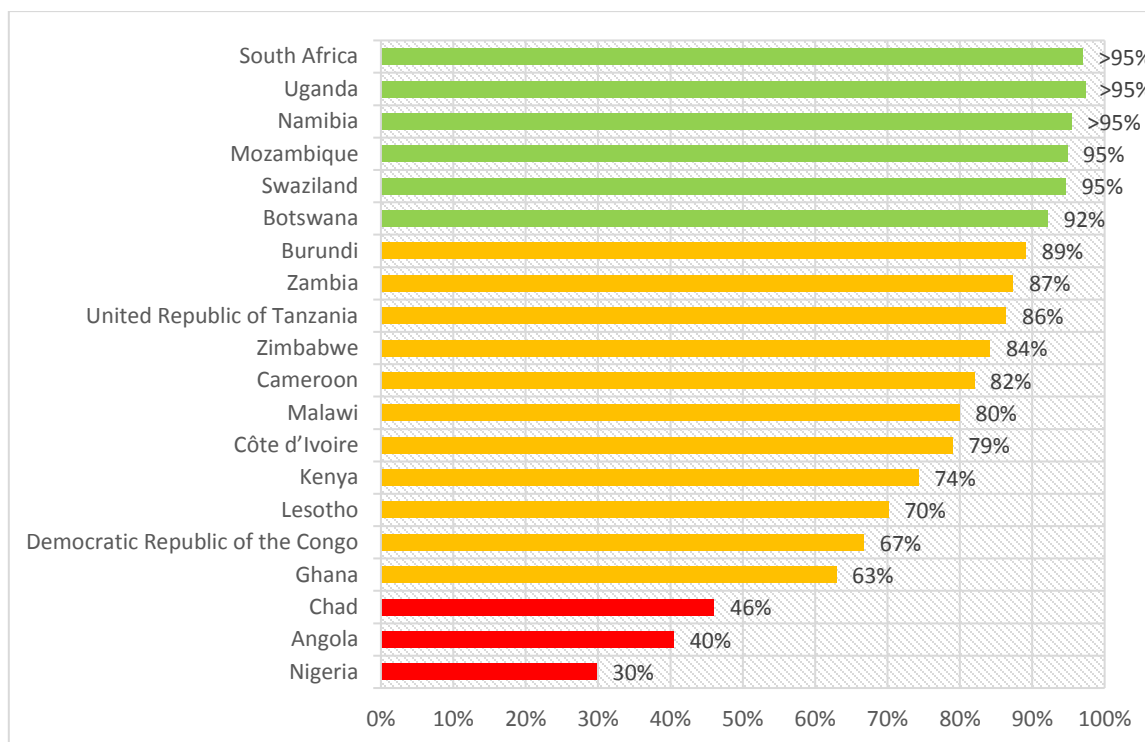
* Estrategia de salud del UNICEF, 2016-2030.

Resultados de la programación para el primer decenio de la infancia (de 0 a 10 años)

11. El UNICEF ha prestado apoyo a los países para que amplíen el enfoque de “prueba e inicio” para las mujeres embarazadas y lactantes utilizando la opción B+. En junio de 2016, los 21 países de África subsahariana seleccionados en el Plan Mundial habían completado la transición hacia la prestación de tratamiento antirretroviral para toda la vida a todas las mujeres embarazadas que vivían con el VIH, lo que provocó un aumento masivo en el acceso a la terapia antirretroviral. En 2015, 7 de los 21 países (Botswana, Burundi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Uganda) habían alcanzado más de 90% de cobertura con la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión materno-infantil (véase el gráfico 4).

Gráfico 4

Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben el tratamiento antirretroviral más eficaz para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en 21 países de África subsahariana seleccionados en el Plan Mundial, 2015.



Nota: Excluye el uso de una sola dosis de nevirapina; no hay estadísticas disponibles para Etiopía.

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA para 2016.

12. La secretaría del Equipo de Tareas Interinstitucional sobre prevención y tratamiento de la infección por el VIH en mujeres embarazadas, madres y niños en la sede del UNICEF y los funcionarios de enlace del UNICEF en las oficinas en los países coordinaron la prestación de asistencia técnica a petición de los países y apoyaron el seguimiento del logro de hitos clave; el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y seguimiento longitudinales de las parejas madre-lactante; y el intercambio oportuno de herramientas y lecciones aprendidas para catalizar la acción mundial, regional y nacional.

13. Las oficinas del UNICEF en los países, con el apoyo de las oficinas regionales, siguieron apoyando los análisis de los estrangulamientos para mejorar la planificación basada en datos. En la República Democrática del Congo, Ghana y Sudáfrica, los sistemas de monitoreo para la eliminación oportuna de los obstáculos han contribuido a un aumento de la prevención de la transmisión maternoinfantil y de los servicios pediátricos contra el VIH.

14. En 2012, el UNICEF, junto con Noruega y Suecia, firmaron un acuerdo trienal para adoptar y ampliar el enfoque de “prueba e inicio” (opción B+ o tratamiento antirretroviral de por vida) en Côte d’Ivoire, Malawi, la República Democrática del Congo y Uganda. Esto implicó el fortalecimiento de la capacidad comunitaria y los vínculos con los centros de atención de la salud con el fin de mejorar la demanda de servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil y el

tratamiento del VIH, así como la retención en la atención de mujeres embarazadas y lactantes. En 2016, Noruega y Suecia ampliaron su apoyo al UNICEF por un año más para que los países pudieran consolidar los avances y compartir conocimientos para lograr una mayor aceptación.

15. El UNICEF ha prestado apoyo a los países para que mejoren la detección de los casos pediátricos del VIH y la aceptación y retención del tratamiento antirretroviral. En la República Democrática del Congo, Nigeria y Zimbabwe, este trabajo ha incluido la administración a los niños de pruebas de detección, centradas en la familia y realizadas en los hogares, mediante el uso de un “caso de referencia del VIH” (ya sea un niño o un progenitor a quien se detectó el VIH) para promover la administración de la prueba de detección a todos los niños de la familia.

16. Desde 2012, el UNICEF y la Iniciativa de Acceso a la Salud Clinton han apoyado, con fondos de UNITAID, la introducción de los diagnósticos en los puntos de atención para incluir las células CD4 (glóbulos blancos que ayudan a organizar la respuesta del sistema inmunitario frente a las infecciones). En 2016, los siete países iniciales (Etiopía, Kenya, Malawi, Mozambique, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zimbabwe) habían logrado progresos significativos en la elaboración de políticas en favor del establecimiento de puntos de atención, criterios de selección de sitios para implementar diagnósticos de células CD4 en los puntos de atención, y mecanismos para garantizar la calidad.

17. En 2016, la Junta Ejecutiva de UNITAID aprobó una financiación suplementaria de 95 millones de dólares durante cuatro años para el UNICEF y la Iniciativa de Acceso a la Salud Clinton para ampliar el acceso a diagnósticos en los puntos de atención para el diagnóstico temprano del VIH infantil y el monitoreo del tratamiento (carga viral). Las experiencias con las pruebas de detección en el punto de atención indican que pueden acelerar la toma de decisiones clínicas y reducir el tiempo de respuesta, aumentando sustancialmente las tasas de inicio de la terapia antirretroviral, reduciendo la morbilidad y salvando vidas. La financiación ampliará el acceso a los diagnósticos en el punto de atención y la cobertura de las pruebas de detección del VIH mediante nuevas tecnologías y el fortalecimiento de los sistemas convencionales de laboratorio. Los fondos también permitirán ampliar la programación, que actualmente se lleva a cabo en siete países de África oriental y meridional, a tres países de África occidental y central (Camerún, República Democrática del Congo y Senegal)

18. En colaboración con la Fundación Elizabeth Glaser para el SIDA Pediátrico, la Iniciativa de Acceso a la Salud Clinton y la OMS, el UNICEF apoyó al grupo de trabajo pediátrico del Equipo de Tareas Interinstitucional para finalizar la orientación operacional sobre el uso de una nueva formulación pediátrica de los fármacos lopinavir y ritonavir en forma de comprimido oral, recomendada por la OMS para los lactantes más jóvenes.

Resultados de la programación para el segundo decenio de la infancia (de 10 a 19 años)

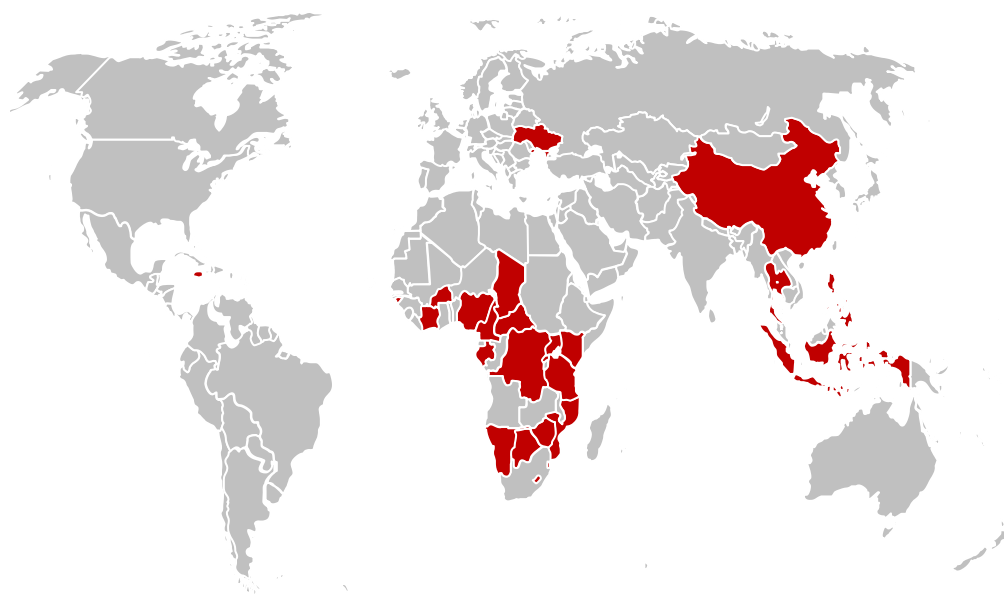
19. En febrero de 2015, el UNICEF y el ONUSIDA lanzaron la iniciativa “All In!” para acelerar los esfuerzos mundiales y nacionales destinados a poner fin a la epidemia de SIDA entre los adolescentes. El esfuerzo de múltiples partes interesadas, que incluye a los asociados de las Naciones Unidas, el Fondo Mundial, los gobiernos, el Banco Mundial, la sociedad civil, los asociados del sector privado y las redes de adolescentes y jóvenes, puso de relieve la crisis de los adolescentes y el SIDA entre los encargados de realizar políticas a nivel mundial y promovió las metas para lograr en 2020 a) una reducción del 65% en la mortalidad relacionada con el SIDA; b) una reducción del 75% en las nuevas infecciones entre adolescentes; y c) la eliminación del estigma

y la discriminación. Ahora hay más información disponible que puede servir de base a los programas de VIH para los adolescentes de los 25 países que han realizado evaluaciones “All In!”.

20. El UNICEF ha prestado asistencia técnica a varios países de todas las regiones para movilizar a los asociados nacionales e identificar los estrangulamientos en la aplicación de las intervenciones de alto impacto en materia de VIH entre los adolescentes. Estos esfuerzos multisectoriales han recibido apoyo en más de 25 países, que ahora están mejor posicionados para fortalecer su respuesta en favor de los adolescentes.

Gráfico 5

Los 25 países que han completado las evaluaciones “All In!” sobre el VIH en los adolescentes, hasta noviembre de 2016



Nota: Los límites no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

21. A raíz de sus evaluaciones “All In!”, algunos países (Botswana, Filipinas, Jamaica, Lesoto, Namibia y Swazilandia) negociaron la reprogramación de los recursos del Fondo Mundial para prioridades más estratégicas, como la selección de los beneficiarios de base comunitaria; el compromiso y el empoderamiento de las poblaciones adolescentes más vulnerables; y la elaboración de evaluaciones subnacionales centradas en una planificación basada en la equidad en todo el territorio nacional.

22. Otros países han utilizado el ejercicio para fortalecer los planes de acción. En Filipinas, por ejemplo, los gobiernos locales de los condados con mayor carga viral han utilizado la evaluación “All In!” para diseñar un programa de prevención del VIH para los adolescentes gays y bisexuales. El programa incluye el uso de las redes sociales y los servicios móviles de salud para mejorar el acceso a la información, asegurar un apoyo acogedor a los adolescentes por parte de los servicios de prevención disponibles y recopilar mejores datos desagregados por edad para utilizarlos en la planificación.

23. La evaluación “All In!” en Nigeria se utiliza para poner en práctica la estrategia nacional sobre adolescentes y jóvenes y aprovechar los recursos nacionales y de los asociados para mejorar las asignaciones destinadas a la programación para los adolescentes. Con el fin de asegurar una rendición de cuentas clara y una acción coordinada para abordar las brechas y los estrangulamientos, 17 gobiernos locales han establecido planes de acción en dos estados donde hay una gran carga viral.

24. En Côte d'Ivoire y Zimbabwe, la evaluación de los adolescentes condujo a la promoción selectiva de las pruebas de detección del VIH entre los adolescentes, lo que dio como resultado que se ofreciera asesoramiento a un total de 200.000 adolescentes. El proceso condujo a que se diagnosticara a 7.700 adolescentes con el VIH, a quienes se vinculó posteriormente con los servicios de atención⁷.

25. Las nuevas pruebas publicadas en 2015 sobre la eficacia de la profilaxis previa a la exposición prepararon el camino para que el UNICEF ofreciera un mayor apoyo a los países para su inclusión en las estrategias nacionales relacionadas con ese instrumento de prevención para los adolescentes. En septiembre de 2016, UNITAID aprobó 38 millones de dólares para que el UNICEF proporcionara la profilaxis previa a la exposición a adolescentes mayores sexualmente activos con mayor riesgo de infección por el VIH en el Brasil, Sudáfrica y Tailandia. Será el primer proyecto multinacional de profilaxis previa a la exposición por vía oral que se implementará en un entorno de salud pública en los tres países, y su experiencia ayudará a proporcionar lecciones a escala mundial, ya que cada país cubre distintos aspectos de la epidemia del VIH en diversos contextos socioculturales.

26. El objetivo del proyecto es contribuir a una disminución de la incidencia del VIH entre los adolescentes para quienes se recomienda la profilaxis previa a la exposición. El proyecto también recopilará información crítica para la preparación de una guía mundial sobre la implementación de una prevención combinada del VIH que incluya la profilaxis previa a la exposición para los adolescentes mayores de 15 a 19 años en edad sexualmente activa que corren un riesgo sustancial de adquirir el VIH. Los resultados previstos son: a) aumentar el acceso a la profilaxis previa a la exposición para los adolescentes elegibles, entre otras cosas mediante la mejora del entorno legal, ético y regulatorio; b) demostrar el uso efectivo de la profilaxis previa a la exposición en los adolescentes; y c) dotar a los adolescentes elegibles de información sobre el uso de profilaxis previa a la exposición para fomentar la expansión de la profilaxis previa a la exposición en los países seleccionados, así como en otros países.

27. El Fondo MAC AIDS ha aportado más de 2,4 millones de dólares para apoyar las innovaciones y mejorar la prestación de servicios para los adolescentes durante un año, hasta finales de 2016, en siete países seleccionados: Brasil, China, India, Indonesia, Sudáfrica, Tailandia y Ucrania. La financiación ha permitido el desarrollo de tecnologías y enfoques innovadores, incluyendo a) la telemedicina en el estado de Maharashtra, India, para proporcionar experiencia clínica pediátrica en zonas rurales; b) la aplicación MomConnect de envío de mensajes de texto por teléfonos móviles, que ayuda a reducir las pérdidas en el seguimiento de los servicios de salud materna, neonatal e infantil para las mujeres embarazadas y las madres que viven con el VIH en

⁷ UNICEF, “Annual results report 2015: HIV and AIDS”. Available from https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2015ARR_HIVAIDS.pdf.

Sudáfrica; y c) pruebas de detección del VIH en clínicas móviles, realizadas por jóvenes que viven con VIH en el Brasil y Ucrania.

28. El UNICEF está trabajando en colaboración con la Fundación Praekelt en Nigeria para fortalecer el uso nacional de las aplicaciones móviles de salud para identificar y llegar a los adolescentes vulnerables y vincularlos con los servicios de atención y mantenerlos en ellos. Se utilizó una experiencia piloto en colaboración con el Centro Nacional de Llamadas sobre el VIH/SIDA y las Enfermedades Relacionadas en Nigeria para elaborar un plan para la integración de las aplicaciones móviles de salud en los sistemas nacionales de divulgación, empoderamiento y recopilación de datos con relación al VIH. El centro de llamadas tiene como objetivo facilitar el acceso de todas las personas a información sobre el VIH/SIDA y otros problemas de salud. El centro actualmente proporciona respuestas asistidas por un operador a 46.000 personas que realizan llamadas al año. Las mejoras recomendadas en el plan ampliarían inmediatamente su alcance a 53 millones de personas, de las cuales 11 millones serían adolescentes. Las nuevas actualizaciones propuestas ampliarían su alcance a 110 millones de personas, duplicando el número de adolescentes beneficiados a 23 millones y acelerando mejoras en el conocimiento, la demanda y la vinculación con los servicios.

29. En colaboración con el Southern African AIDS Trust, y con el apoyo de firmas de abogados afiliados a la Fundación Thomson Reuters, el UNICEF ha apoyado un examen jurídico de las leyes y políticas de consentimiento en 22 países⁸, que se complementó con un examen de los obstáculos éticos, sociales y culturales en 11 países⁹ para entender el contexto que sustenta sus leyes, políticas y prácticas. El examen jurídico analizó el consentimiento en relación con la actividad sexual; la anticoncepción; la terapia antirretroviral; la profilaxis post exposición; la profilaxis antes de la exposición; el aborto; la atención prenatal; la vacuna contra el virus del papiloma humano y el cribado y tratamiento del cáncer cervicouterino; y la prueba del VIH. La revisión ética, social y cultural utilizó tres marcos de referencia para entender el contexto de las disposiciones legales y las prácticas generales en torno al consentimiento de los adolescentes en relación con las cuestiones antes mencionadas: a) las contradicciones entre la ética (lo que debería hacerse sobre la base de las normas universales de derechos humanos) y la moral (lo que la gente generalmente piensa que debe hacerse sobre la base de valores y creencias individuales); b) los factores sociales (la forma en que las comunidades se organizan y adquieren identidad); y c) los factores culturales (las costumbres modernas y tradicionales, las tradiciones, las prácticas, las representaciones, las expresiones y los valores).

A lo largo del primer y el segundo decenio de la infancia

30. Los brotes de enfermedades, los conflictos, los desastres naturales, las crisis económicas y políticas y otros peligros pueden perturbar los servicios relacionados con el VIH. El UNICEF incluye los servicios de VIH en sus Compromisos básicos para la infancia en la acción humanitaria con el fin de mejorar el acceso a la prevención y el tratamiento del VIH para niños, adolescentes, mujeres embarazadas y madres en situaciones de riesgo y emergencia. El acceso y la disponibilidad de alimentos es crítico para el cumplimiento del tratamiento del VIH y el mantenimiento de la atención. La mortalidad es de dos a seis veces mayor entre los niños que viven con el VIH y que comienzan el tratamiento cuando sufren de desnutrición grave, que entre los niños que no sufren de

⁸ Botswana, Brasil, Canadá, Côte d'Ivoire, Francia, India, Indonesia, Jamaica, Kenya, Malawi, Marruecos, Nigeria, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Inglaterra y Gales), República Unida de Tanzania, Viet Nam, Zambia y Zimbabwe.

⁹ Brasil, Filipinas, India, Indonesia, Jamaica, Nigeria, Reino Unido, Sudáfrica, Tailandia, Ucrania y Uganda.

desnutrición. Un estudio realizado en 2014 entre 18 países del África subsahariana, incluidos Lesotho, Malawi, Mozambique, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe, entre los países afectados por El Niño en el África meridional, encontró que las tasas de infección en las zonas rurales endémicas aumentaron en un 11% por cada sequía reciente. Las crisis relacionadas con los ingresos explicaron además por qué existía una variación de hasta un 20% en la prevalencia del VIH en todos los países africanos. El UNICEF elaboró el estudio sobre el VIH y El Niño y apoyó a los países afectados en su aplicación.

31. Las secciones de nutrición y VIH del UNICEF, junto con la OMS y la Red de Nutrición de Emergencia, organizaron una consulta técnica en Ginebra con la participación de las Naciones Unidas, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la nutrición y el VIH, y otras partes interesadas, para clarificar los temas programáticos y las estrategias de implementación y para desarrollar un marco y una serie de principios clave en torno a la alimentación infantil y el VIH en situaciones de emergencia, en el contexto de la publicación de OMS y UNICEF de 2016 *Guideline: Updates on HIV and Infant Feeding* (Directriz: Actualización sobre el VIH y la alimentación infantil).

32. Se está ultimando una nota de orientación sobre el pedido de suministros para abordar la gestión clínica de las agresiones sexuales contra mujeres y niños.

33. Como respuesta a la situación de emergencia en Ucrania, el UNICEF ha estado trabajando con el Fondo Mundial para garantizar el suministro de medicamentos antirretrovirales sin interrupciones. En 2016, el UNICEF documentó los enfoques, las evaluaciones y las lecciones aprendidas sobre la programación que tiene en cuenta el riesgo, la resiliencia y el VIH en situaciones de emergencia.

34. Las regiones de África oriental y meridional son las que sufren la mayor carga de VIH y SIDA entre los niños, los adolescentes y sus familias. En 2014, en colaboración con los gobiernos de cuatro países de esas regiones, el UNICEF concibió la intervención “Cash Plus Care” para fortalecer los vínculos entre los servicios de VIH/SIDA y los programas nacionales de protección social. El proyecto, financiado por el Gobierno de los Países Bajos, se está ejecutando en Malawi, Mozambique, Zambia y Zimbabwe. A partir de 2016, los cuatro países han logrado avances considerables en la combinación de servicios de VIH con disposiciones de transferencia de efectivo¹⁰. En Zimbabwe, el proyecto se llevó a cabo en dos distritos y ha llegado a 23.000 niños. Se establecieron asociaciones con la comunidad entre el Departamento de Bienestar Infantil y Servicios Sociales y los voluntarios de la comunidad para mejorar la remisión de casos y el vínculo entre las familias que reciben transferencias de efectivo y estos servicios. Por medio de esta asociación, los voluntarios comunitarios proporcionan apoyo psicosocial a los adolescentes que viven con VIH y les prestaron asistencia mediante remisiones a los servicios de salud, mientras que el Departamento de Bienestar Infantil distribuye transferencias de efectivo a los adolescentes y sus hogares en puntos de pago. Existen planes para incorporar sistemas internos de ahorros y préstamos con el fin de ayudar a los hogares a superar los obstáculos económicos que les impiden acceder a los servicios de salud.

¹⁰ Véase <http://childrenandaid.org/publication/building-hiv-sensitive-social-protection-systems-through-%E2%80%98cash-plus-care%E2%80%99-model-findings>.