

OPORTUNIDADES **en**

tiempos de **CRISIS:** Evitar el VIH desde la primera
adolescencia hasta el
comienzo de la edad adulta



Oportunidades en tiempos de crisis: Evitar el VIH desde la primera adolescencia hasta el comienzo de la edad adulta

Copyright © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Junio de 2011

Para reproducir cualquier parte de esta publicación se debe solicitar autorización.

Enviar la solicitud a:

Division of Communication, UNICEF

3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, EEUU

Teléfono: (+1 212) 326-7434

Correo electrónico: nyhqdoc.permit@unicef.org

A las organizaciones educativas o sin fines de lucro se les otorgará la autorización en forma gratuita.

A otro tipo de organizaciones se le solicitará el pago de una pequeña tarifa.

ISBN: 978-92-806-4588-0

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

3 United Nations Plaza

Nueva York, NY 10017, EE.UU.

Correo electrónico: pubdoc@unicef.org

Sitio Web: www.unicef.org

© UNICEF. Derechos reservados para todas las fotografías.

Concepto de diseño y producción: Green Communication Design inc. www.greencom.ca

ONUSIDA, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, aúna los esfuerzos y recursos de diez organismos del sistema de las Naciones Unidas para dar respuesta a la problemática mundial del sida. Los organismos copatrocinadores son ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y el Banco Mundial. Desde su sede central en Ginebra, la Secretaría del ONUSIDA trabaja en el terreno en más de 75 países de todo el mundo.



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura



Organización
Internacional
del Trabajo



Organización
Mundial de la Salud



BANCO MUNDIAL

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Situación de la epidemia entre los jóvenes	4
3. Adolescentes muy jóvenes	9
4. Adolescentes mayores	13
5. Adultos jóvenes	20
6. Adolescentes y jóvenes que viven con el VIH	24
7. Oportunidades para tomar medidas	28
Referencias	30
Anexo: <i>Antes y ahora: Los Jóvenes y el VIH/sida: Una oportunidad en un momento crucial (2002)</i>	34
Tabla estadística 1: Indicadores demográficos, epidemiológicos y educativos correspondientes a adolescentes y jóvenes	36
Tabla estadística 2: Indicadores de conocimientos, comportamiento sexual, acceso y pruebas referidos a los jóvenes	44
Tabla estadística 3: Indicadores del VIH y sida para los jóvenes de mayor riesgo	52
Clasificaciones	60
Cartel: Panorama mundial de las infecciones por VIH en adolescentes y jóvenes	

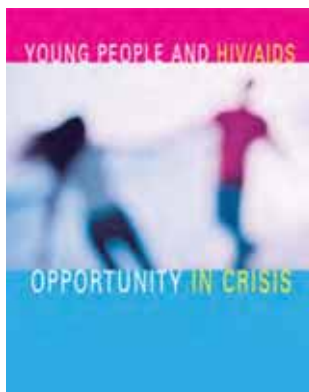


1. INTRODUCCIÓN



En el último decenio había grandes esperanzas de poder reducir la tasa de nuevas infecciones por VIH entre los jóvenes. En el año 2000, los líderes del mundo aprobaron la Declaración del Milenio, donde afirmaron su responsabilidad colectiva de garantizar en el siglo XXI el desarrollo equitativo de todos los pueblos, en especial la niñez y los grupos más vulnerables. La Declaración se llevó a la práctica por medio de ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el sexto de los cuales compromete a la comunidad mundial a utilizar todos los recursos posibles para detener y revertir la expansión del VIH.

Sobre la base de dicho compromiso, en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2001, el mundo asumió el compromiso de reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes del mundo para finales de 2010 y aumentar el acceso de los jóvenes



a información esencial sobre prevención, servicios y competencias, de modo de llegar a un 95% de quienes la necesiten para la misma fecha. En el primer informe, titulado *Una oportunidad en un momento crucial*, que se publicó en 2002, se proponían diez medidas para ayudar a que los países se acercaran a sus objetivos en materia de prevención (ver *Pasado y presente*, en la página 34).

Desde entonces, algunos países han registrado avances en los conocimientos y cambios positivos en el comportamiento sexual de los jóvenes, y en determinadas naciones se ha logrado una reducción de la prevalencia e incidencia del VIH. Muchos de estos logros se pueden atribuir a los esfuerzos de los jóvenes, sus escuelas y familias, los trabajadores de la salud y las comunidades, así como de algunos líderes políticos. No obstante, ni los esfuerzos ni los avances logrados hasta el momento han sido suficientes.

A nivel mundial, se ha estimado que en 2009 había 5 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años que vivían con el VIH [estimación mínima: 4,3 millones – estimación máxima: 5,9 millones], lo que representa una reducción de un 12% desde 2001, cuando había 5,7 millones [entre 5,0 y 6,7 millones¹]. Sin embargo, no es probable que para el año 2010 se alcance el objetivo de lograr una reducción de un 25%. Las mujeres y hombres jóvenes que en la actualidad viven con el VIH son la prueba más visible de que el mundo no ha

podido cumplir su promesa de evitar la infección por VIH en los jóvenes y empoderarlos para que se protejan y tengan una vida saludable, sin sida.

La prevención permanente puede reducir la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH

Las causas de la transmisión del VIH entre los jóvenes no son ningún misterio: relaciones sexuales sin protección con personas seropositivas, o contacto con sangre u otros fluidos infectados a través del uso compartido de jeringas no esterilizadas.

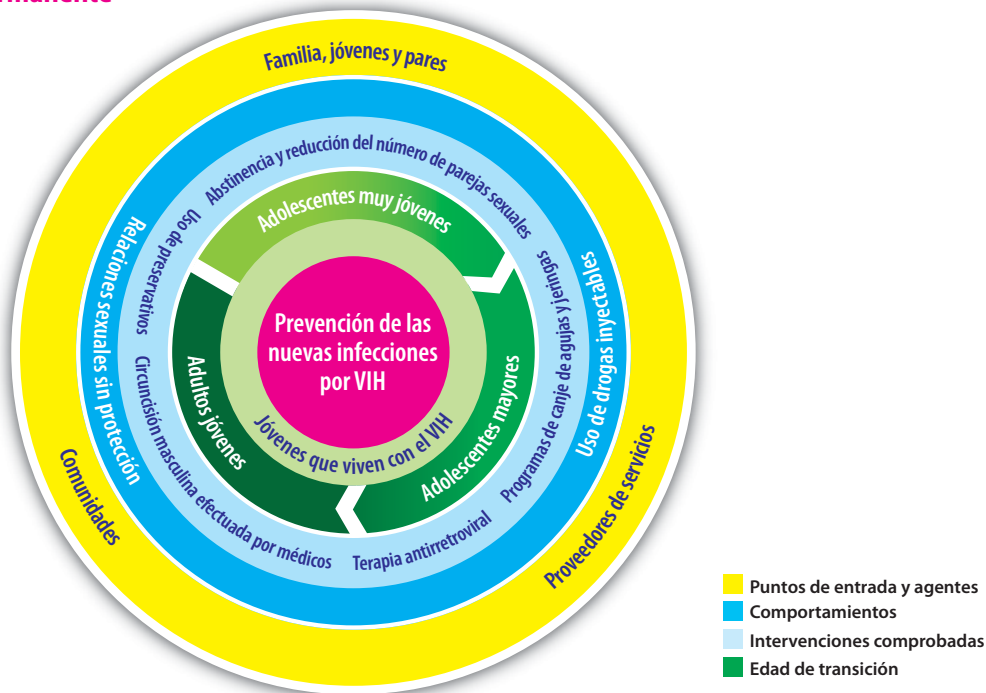
Los medios eficaces para prevenir la transmisión del VIH en los jóvenes tampoco son ningún misterio:

- Abstenerse de tener relaciones sexuales y no inyectarse drogas
- Usar correcta y sistemáticamente preservativos masculinos y femeninos
- Solicitar la circuncisión masculina practicada por médicos
- Incluir programas de canje de agujas y jeringas en los programas integrales para la reducción de los daños
- Usar medicamentos antirretrovirales como tratamiento (para reducir la posibilidad de transmisión) o como prevención posterior a la exposición
- Instrumentar comunicaciones que favorezcan un cambio en la sociedad y en los comportamientos

En 2009, los jóvenes de entre 15 y 24 años representaban un 41% de las nuevas infecciones por VIH en personas de 15 años de edad o más². Para reducir este nivel de incidencia se requiere no ya una intervención única, sino un proceso permanente de prevención del VIH que brinde información, apoyo y servicios a los adolescentes y jóvenes durante todo el ciclo que va desde los adolescentes muy jóvenes (de 10 a 14 años de edad), pasando por los adolescentes mayores (de 15 a 19 años), hasta los adultos jóvenes (de 20 a 24 años) (ver Gráfico 1).

Aplicar un proceso permanente de prevención no solo ayuda a proteger a los adolescentes y jóvenes, sino que además asegura que puedan acceder a controles del VIH y a atención sanitaria materno-infantil en respuesta a sus necesidades, incluyendo servicios para evitar la transmisión vertical del VIH. En última instancia, la prevención permanente del VIH hará que el ciclo negativo de transmisión del VIH de los jóvenes a sus parejas y a la siguiente generación sea reemplazado por un ciclo positivo de vida sin el VIH.

GRÁFICO 1: Prevención permanente



Junto con la prevención permanente del VIH, es necesario abordar los problemas subyacentes que generan riesgos para los jóvenes: falta de oportunidades, desigualdad de género y pobreza. Por tal razón, los ODM son tan esenciales para el éxito de la respuesta al sida, porque si bien el objetivo es evitar nuevas infecciones por VIH en los jóvenes, también lo es ayudar a las mujeres y hombres jóvenes que ya viven con el VIH a manejar su enfermedad crónica de modo tal que tengan las mismas posibilidades de éxito que quienes son seronegativos.

En todos los contextos epidémicos existen oportunidades para utilizar estrategias de prevención comprobadas

En los países que sufren epidemias generalizadas (varios países del África subsahariana, Haití y Papua Nueva Guinea), existen oportunidades para promover un entorno que fomente actitudes y comportamientos saludables, garantice una mayor igualdad de género y permita instituir como norma generalizada la protección contra la vulnerabilidad. Esto es particularmente importante para las jóvenes y niñas, ya que, en estos países, tienen mayor riesgo de infección por VIH que los jóvenes y niños. En tal sentido, las mismas normas sociales que toleran la violencia doméstica también impiden que las mujeres rechacen insinuaciones sexuales no deseadas, negocien relaciones sexuales seguras o censuren la infidelidad de su pareja masculina. El silencio y la complicidad que

rodean esta desigualdad deben y pueden erradicarse. En el contexto de las epidemias de bajo nivel y alta concentración (Europa central, Europa oriental, la Comunidad de Estados Independientes, Asia oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe, Oriente Medio, África septentrional y Asia meridional³), donde proliferan las infecciones por VIH entre los jóvenes por uso de drogas inyectables, trabajo sexual o relaciones sexuales de hombres con hombres, existen oportunidades para reformular los estamentos jurídicos y sociales que agravan la vulnerabilidad y la marginación, y lograr un medio sostenido y eficaz para concienciar a los jóvenes respecto de los factores de riesgo y facilitarles el acceso a medidas de protección y atención médica.

En todas partes, los propios jóvenes son cruciales para el éxito de las iniciativas en favor de la prevención. En la provincia sudafricana de KwaZulu-Natal y en Kenya, los varones adolescentes y jóvenes están participando en programas que ofrecen circuncisión masculina llevada a cabo por médicos⁴. En Malawi, un estudio de reducido alcance ha indicado que las niñas que reciben asignaciones sociales para seguir asistiendo a la escuela también están en vías de reducir su riesgo de infección por VIH, porque están comenzando a elegir menos parejas sexuales, generalmente más jóvenes, en lugar de parejas de mayor edad⁵. En Rumania, solicitaron la prueba del VIH cerca de un 20% de los jóvenes que usan drogas inyectables y de los trabajadores sexuales que acceden a servicios en centros de acogida⁶.



Las comunidades son una parte esencial del éxito en la prevención del VIH

Las familias, pares, mayores, maestros y compañeros de trabajo de los jóvenes están llamados a cumplir una función crucial en la promoción de los servicios que necesitan los jóvenes para estar sanos y prosperar. Esta comunidad también establece normas respecto al comportamiento aceptable y al tono de los debates en torno a las problemáticas de la sexualidad. En África meridional, por ejemplo, las relaciones sexuales con varias parejas o entre personas de edades dispares están aumentando la transmisión del VIH en los jóvenes; por lo tanto, se requerirán cambios en las normas culturales relacionadas con la formación de parejas sexuales para dar sostén a la protección contra el VIH⁷. Los esfuerzos por cambiar las normas de la comunidad han sido eficaces a pequeña escala en la República Unida de Tanzania, donde se logró ridiculizar la imagen de los hombres que buscan relaciones con mujeres más jóvenes y niñas⁸, así como en Zimbabwe, donde la percepción de la mortalidad relacionada con el sida parece haber sido un factor decisivo en el cambio social y de comportamiento que se ha dado en gran escala respecto de tener parejas múltiples⁹.

No obstante, muchas comunidades hacen caso omiso de prácticas establecidas, tales como tener múltiples parejas sexuales o relaciones sexuales con parejas de edades dispares, y también llegan a hacer caso omiso de la violencia perpetrada en la intimidad de la pareja, que limita la capacidad de decisión de las mujeres para prevenir la infección por VIH. Un estudio realizado recientemente en Swazilandia documenta la amenaza que sufren las jóvenes y niñas respecto de la violencia sexual, que es una práctica difundida: aproximadamente una tercera parte de las adolescentes menores de 18 años había sido víctima de violencia sexual, así como de violencia generalizada contra las mujeres jóvenes perpetrada por novios, maridos y familiares masculinos, en su casa, su vecindario y su escuela¹⁰.

El apoyo de la comunidad es particularmente importante en épocas de emergencias, donde la fractura de las estructuras sociales y la adopción de comportamientos determinados como medio para enfrentarlas, combinadas con distorsiones en la prestación de servicios de prevención del VIH, pueden aumentar el riesgo de infección por VIH entre los jóvenes. En los casos de emergencias, en particular, la inseguridad alimentaria y la precariedad de las fuentes de sustento pueden fomentar la práctica de relaciones sexuales a cambio de alimentos, refugio y otras necesidades.

Los gobiernos moldean el escenario jurídico y de políticas que puede ayudar a evitar el VIH

Los gobiernos y parlamentos son actores fundamentales para la modificación de las leyes sobre la edad mínima de libre acceso a pruebas y cuidados relacionados con el VIH. La Ley del Menor de Sudáfrica, aprobada en 2005, disminuyó a 12 años la edad de consentimiento para hacerse las pruebas del VIH y usar anticonceptivos, con lo cual se abrió eficazmente el acceso de las adolescentes

a una asistencia completa en el área de salud sexual y reproductiva, en un país donde se estima que un 11% de los hombres jóvenes y un 6% de las mujeres jóvenes se inician sexualmente antes de los 15 años¹¹. Recientemente, varios países de Europa oriental y el centro de Asia aprobaron leyes que reducen la edad de consentimiento para pruebas y tratamientos, en respuesta a una amplia campaña por parte de UNICEF y sus asociados.

La forma en que los encargados de dictar políticas y los gobiernos abordan las necesidades de educación, capacitación y empleo de sus países influye en la capacidad de los jóvenes para sortear los riesgos del VIH en su entorno y moldea la forma en que perciben su futuro. No obstante, en muchos lugares las medidas del gobierno no son suficientes. Se han creado estrategias y planes, pero no se asignan recursos o, cuando se asignan, no se coordinan eficazmente las gestiones, o bien no se realizan en escala suficiente o no son de la calidad necesaria para garantizar el máximo impacto de la inversión¹².

También los donantes deben ponerse a la altura de este desafío. Deben trabajar con los gobiernos para asegurarse de que el dinero se canalice hacia el lugar del problema y se gaste en forma eficaz. Se requerirán años de esfuerzo para que las inversiones en el cambio de la sociedad y los comportamientos, el mejoramiento de los sistemas y el empoderamiento de la comunidad muestren resultados en cuanto a la prevención de las infecciones. Con todo, los donantes y los gobiernos no deben escatimar estas inversiones.

Es hora de revitalizar los esfuerzos de prevención en adolescentes y jóvenes

La estrategia "Llegar a cero" del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) destaca la necesidad de revolucionar la prevención, debido a que los progresos logrados hasta la fecha han sido insuficientes para detener y revertir la epidemia. Con el fin de contribuir a reducir en un 30% las nuevas infecciones entre los jóvenes para el año 2015, la moción para prevenir el VIH entre los jóvenes elaborada en 2010 por las Naciones Unidas convoca a sus asociados a trabajar para lograr tres resultados cuantificables: en los países prioritarios, al menos un 80% de los jóvenes deberá tener conocimientos amplios sobre el VIH; se deberá duplicar el número de jóvenes que usó preservativo en su última relación sexual; y también se deberá duplicar el número de jóvenes que conocen su situación serológica, a través de servicios de asesoramiento y de laboratorio.

Las dificultades para lograr estos resultados surgen tanto del lado de la oferta como del lado de la demanda: poner a disposición de los jóvenes servicios y productos para la prevención del VIH y motivar a los jóvenes en mayor riesgo para que utilicen aquellos que necesitan. Usar la igualdad como guía ayudará a garantizar que aquellos a quienes resulta más difícil llegar no sean los últimos de la fila, que haya servicios a su disposición y que los utilicen. Avanzar en la prevención entre los jóvenes y sostener los avances será crucial para lograr: *Cero nuevas infecciones por el VIH. Cero discriminación. Cero muertes relacionadas con el sida*¹³.

2. SITUACIÓN de la EPIDEMIA entre los JÓVENES

Se estima que en el año 2009 había en el mundo 5 millones de jóvenes con VIH (de 15 a 24 años de edad) [entre 4,3 y 5,9 millones] y 2 millones de adolescentes (de entre 10 y 19 años) [de 1,8 a 2,4 millones] con el VIH¹⁴. Si bien estos jóvenes y adolescentes estaban esparcidos por todos los continentes, la mayoría vivía en el África subsahariana (ver Tabla 1).

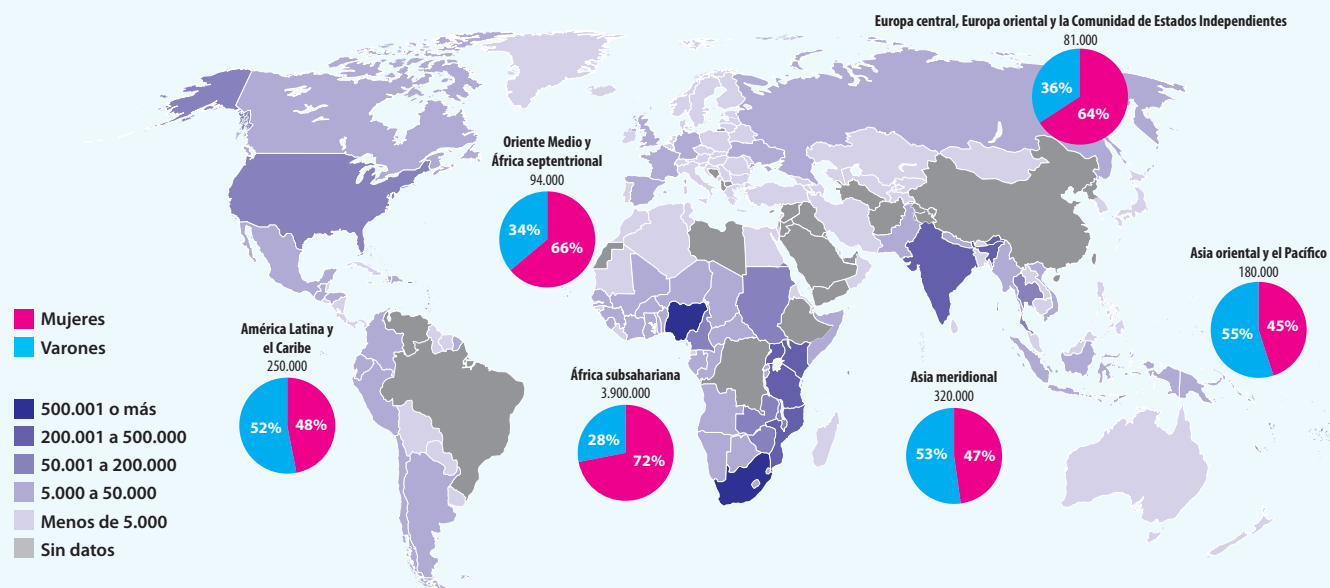
En términos mundiales, las mujeres representan más de un 60% de todas las personas jóvenes que viven con el VIH; pero en el África subsahariana la cifra se dispara a un 72% (ver Gráfico 2). Así pues, en términos generales, la mayoría de los jóvenes que viven con el VIH son predominantemente africanos y predominantemente mujeres. Más allá de estas características, la epidemia es muy variada.

En muchos países, el paso de la infancia a la edad adulta es una transición peligrosa para los jóvenes, y en particular para las mujeres jóvenes, con un elevado riesgo de contraer el VIH.

En Swazilandia, donde en 2009 la prevalencia del VIH en las personas de 15 a 49 años fue de aproximadamente un 26% [25 a 27%] –la más elevada del mundo–, la probabilidad de que una mujer joven de entre 15 y 19 años contraiga una infección por VIH es de un 10%, según la Encuesta Demográfica y de Salud de 2006–2007; y salta a un 38% para la franja de 20 a 24 años y a un 49% para la franja de 25 a 29 años¹⁵.

En el África subsahariana, cuanto menor sea el ingreso de la familia, menor será la probabilidad de que los hombres y las mujeres jóvenes tengan conocimientos precisos sobre el VIH y el SIDA¹⁶. En las zonas rurales es más probable que los jóvenes tengan menos conocimientos precisos que en las zonas urbanas¹⁷. Según indican los datos disponibles de tres países, cuanto mayor sea la diferencia de edad entre los integrantes de una pareja sexual, mayor será la probabilidad de una infección por VIH (Swazilandia, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe)¹⁸.

GRÁFICO 2: Número estimado de jóvenes de 15 a 24 años de edad que viven con el VIH, 2009



Fuente: ONUSIDA, estimaciones no publicadas, 2010.

Nota: El mapa es un modelo estilizado que no se realizó a escala. No refleja ninguna toma de posición por parte de UNICEF con relación a la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera. La línea punteada representa en forma aproximada la Línea de Control de Jammu y Cachemira que fue acordada por la India y el Pakistán. Las Partes aún no han acordado la situación definitiva de Jammu y Cachemira.



TABLA 1: Jóvenes de 15 a 24 años de edad que viven con el VIH, 2009

Región	Mujeres		Varones		Total	
	Número estimado	[estimación mínima - estimación máxima]	Número estimado	[estimación mínima - estimación máxima]	Número estimado	[estimación mínima - estimación máxima]
África oriental y meridional	1.900.000	[1.700.000 - 2.300.000]	780.000	[670.000 - 930.000]	2.700.000	[2.400.000 - 3.200.000]
África occidental y central	800.000	[640.000 - 1.100.000]	340.000	[260.000 - 450.000]	1.100.000	[900.000 - 1.500.000]
Oriente Medio y África septentrional	62.000	[48.000 - 84.000]	32.000	[26.000 - 41.000]	94.000	[73.000 - 120.000]
Asia meridional	150.000	[130.000 - 170.000]	170.000	[150.000 - 210.000]	320.000	[280.000 - 380.000]
Asia oriental y el Pacífico	83.000	[49.000 - 107.000]	100.000	[56.000 - 128.000]	180.000	[100.000 - 230.000]
América Latina y el Caribe	120.000	[94.000 - 150.000]	130.000	[91.000 - 240.000]	250.000	[190.000 - 390.000]
Europa central, Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes	52.000	[44.000 - 59.000]	29.000	[25.000 - 33.000]	81.000	[69.000 - 92.000]
Todo el mundo	3.200.000	[2.900.000 - 3.900.000]	1.700.000	[1.400.000 - 1.900.000]	5.000.000	[4.300.000 - 5.900.000]

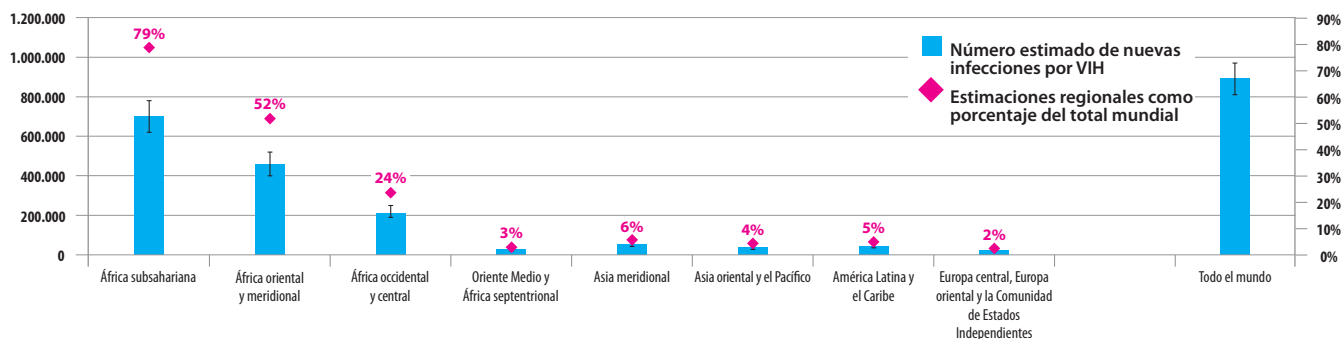
Fuente: ONUSIDA, estimaciones no publicadas, 2010.

La prevalencia e incidencia del VIH entre los jóvenes ha disminuido en muchos países gravemente afectados; pero las reducciones han sido muy pequeñas

En términos mundiales se considera que el número de nuevas infecciones alcanzó su mayor intensidad en 1997¹⁹. El número absoluto de jóvenes que viven con el VIH ha caído de 5,7 millones

[de 5,0 a 6,7 millones] en 2001 a 5 millones [de 4,3 a 5,9 millones] en 2009, como también la prevalencia e incidencia entre los jóvenes de muchos países²⁰. Sin embargo, se estima que en 2009 hubo 890.000 nuevas infecciones por VIH [de 810.000 a 970.000] en jóvenes de 15 a 24 años –cerca de 2.500 por día– de los cuales un 79% se registró en el África subsahariana (ver Gráfico 3). En todo el mundo, los jóvenes de 15 a 24 años representaron un 41% de las nuevas infecciones en adultos de más de 15 años²¹.

GRÁFICO 3: Nuevas infecciones por VIH en jóvenes de 15 a 24 años: cifras estimadas por región y como porcentaje del total mundial de nuevas infecciones en este grupo de edad, 2009



Fuente: ONUSIDA, estimaciones no publicadas, 2010.



En el año 2009, en 20 países del África subsahariana se registró un porcentaje estimado de un 69% de todas las nuevas infecciones por VIH entre jóvenes del mundo. En 2009, aproximadamente una de cada tres nuevas infecciones entre jóvenes se produjo en Sudáfrica o Nigeria (ver Tabla 2).

TABLA 2: Los 20 países del África subsahariana con mayor número de nuevas infecciones por VIH en jóvenes de 15 a 24 años de edad, 2009

País	Total	
	Número estimado	[Estimación mínima – estimación máxima]
Sudáfrica	160.000	[140.000 - 190.000]
Nigeria	120.000	[110.000 - 140.000]
Mozambique	49.000	[41.000 - 56.000]
Uganda	46.000	[38.000 - 53.000]
Kenya	42.000	[27.000 - 56.000]
República Unida de Tanzania	40.000	[31.000 - 52.000]
Zambia	27.000	[22.000 - 32.000]
Malawi	26.000	[18.000 - 33.000]
Camerún	22.000	[18.000 - 25.000]
Zimbabwe	22.000	[14.000 - 31.000]
Lesotho	9.400	[7.900 - 11.000]
Ghana	8.300	[6.300 - 10.000]
Ángola	8.000	[5.400 - 11.000]
Botswana	6.000	[4.300 - 8.800]
Chad	5.900	[3.700 - 21.000]
Swazilandia	5.600	[4.600 - 6.600]
Côte d'Ivoire	5.200	[2.600 - 9.100]
Burundi	4.300	[3.200 - 5.100]
Togo	4.000	[2.300 - 5.800]
Rwanda	3.700	[1.400 - 6.600]
Todo el mundo	890.000	[810.000 - 970.000]

Fuente: ONUSIDA, estimaciones no publicadas, 2010.

La estigmatización y la discriminación incrementan la epidemia del VIH y reducen la eficacia de la respuesta

En la mayoría de los países con epidemia de bajo nivel y elevada concentración, la infección se propaga primordialmente a través de las personas (muchas de ellas jóvenes) que adoptan comportamientos contrarios a las normas culturales aceptadas y que pueden ser incluso ilegales. Con frecuencia, estos grupos sufren un alto grado de discriminación, lo que impide su acceso a los servicios que necesitan, que son también de calidad más incierta y ofrecen menor disponibilidad.

Con frecuencia, los jóvenes con alto riesgo de infección incurrir en más de un comportamiento de alto riesgo, lo que resulta en una rápida propagación del VIH en este grupo. Un estudio realizado en Viet Nam determinó que en la ciudad de Ho Chi Minh, donde un 48% de los usuarios de drogas inyectables tenía menos de 25 años de edad, el 24% de ellos había comenzado a inyectarse en los 12 meses anteriores y que, dentro de ese grupo, un 28% había contraído una infección por VIH. En todas las ciudades y provincias donde se llevó a cabo la investigación, entre un 20% y un 40% del total de usuarios de drogas inyectables también manifestó haber pagado por tener relaciones sexuales durante el mismo período²².

Los resultados de estudios realizados en zonas urbanas del África subsahariana en hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros hombres ilustran la gran probabilidad de que estos jóvenes se infecten, así como la necesidad urgente de eliminar los obstáculos que limitan los programas de prevención y mejorar el acceso de este grupo a los servicios. Los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros hombres de los suburbios de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, o Lilongüe, Malawi, tienen cerca de un 20% de riesgo de infectarse por VIH antes de los 24 años, mientras que el nivel de riesgo de la población en general en cualquiera de estos países es mucho más bajo: un 4,5% en Sudáfrica y un 3,1% en Malawi (ver Tabla 3).

En Europa central, Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes, la prevalencia del VIH está aumentando, en gran medida debido al vertiginoso aumento del número de usuarios de drogas inyectables²³. Muchas de las personas afectadas son jóvenes: cuatro de cada cinco personas que viven con el VIH en países de esta región son menores de 30 años, y una de cada tres nuevas infecciones por VIH se da en jóvenes de 15 a 24 años²⁴.

En algunos países de la región, los usuarios de drogas inyectables son cada vez más jóvenes. En una encuesta realizada en diversos países sobre el uso de drogas inyectables en jóvenes de 15 a 24 años, hasta un 30% de los entrevistados manifestó que cuando se inyectó por primera vez tenía menos de 15 años. La encuesta reveló que la edad media inicial fue 15,6 años en Albania; 17,5 en la República de Moldova; 16,0 en Rumania; y 18,7 en Serbia²⁵. Los estudios determinaron que una proporción significativa de las personas que se inyectan drogas se infectan por VIH y/o hepatitis C durante los 12 meses siguientes a la primera inyección²⁶. Por ese motivo, es crucial poder llegar a las personas jóvenes de estos contextos para evitar el inicio del uso de drogas inyectables y brindarles apoyo para reducir los daños.



TABLA 3: Necesidades de prevención insatisfechas: elevados niveles de infección por VIH entre los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, de 2009 a 2010

Lugar	Prevalencia del VIH entre hombres jóvenes (15–24) como porcentaje de la población	Número de hombres jóvenes (18–24) participantes en el estudio que tienen relaciones sexuales con hombres	Número de hombres jóvenes (18–24) con VIH	Porcentaje de prevalencia del VIH entre los hombres jóvenes (18–24) participantes en el estudio que tienen relaciones sexuales con hombres
Gaborone, Botswana	5,2	67	8	11,9
Blantire y Lilongüe, Malawi	3,1	98	19	19,4
Windhoek, Namibia	2,3	124	5	4,0
Ciudad del Cabo, Sudáfrica	4,5	107	22	20,6

Fuente: ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010*; S. Baral, Comunicación personal basada en el trabajo citado en S. Baral y otros, *Bisexual Practices and Bisexual Concurrency among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Peri-Urban Cape Town, South Africa*, V Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH, 19 al 22 de julio de 2009, Resumen N° MOPEC031; y H. Fay, y otros, *Stigma, Health Care Access, and HIV Knowledge among Men Who Have Sex with Men in Malawi, Namibia, and Botswana*, en *AIDS and Behavior*, diciembre de 2010.

En los países de Asia meridional y de Asia oriental y el Pacífico, donde se registra una gran proporción de infecciones transmitidas por vía heterosexual, factores tales como la alta movilidad y la difusión del comercio sexual generan una concentración de la epidemia. En la India, la epidemia es propagada primordialmente por el trabajo sexual: un 4,9% de los trabajadores sexuales tienen VIH²⁷. Sin embargo, entre la población en general, la prevalencia del VIH en jóvenes de ambos sexos fue de un 0,1% [de 0,1 a 0,2%] en 2009.

En América Latina, las personas con riesgo de contraer el VIH son primordialmente hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, transexuales, trabajadores sexuales, jóvenes en situaciones difíciles, usuarios de drogas inyectables, sus parejas y la población penitenciaria. La mayoría de estos grupos afectados sufren “negligencia institucional, social y financiera²⁸”.

Muchos adolescentes que viven con el VIH contrajeron el virus por transmisión perinatal y son parte de una “epidemia oculta²⁹”. En Sudáfrica, por ejemplo, los modelos sugieren que se espera que el número de niños de 10 años que viven con el VIH llegue a un 3,3% para 2020 (contra un 0,2% en 2000), pero no se aceleran significativamente los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil³⁰. A la larga, la cobertura universal de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil disminuirá el número de niños infectados en el parto.

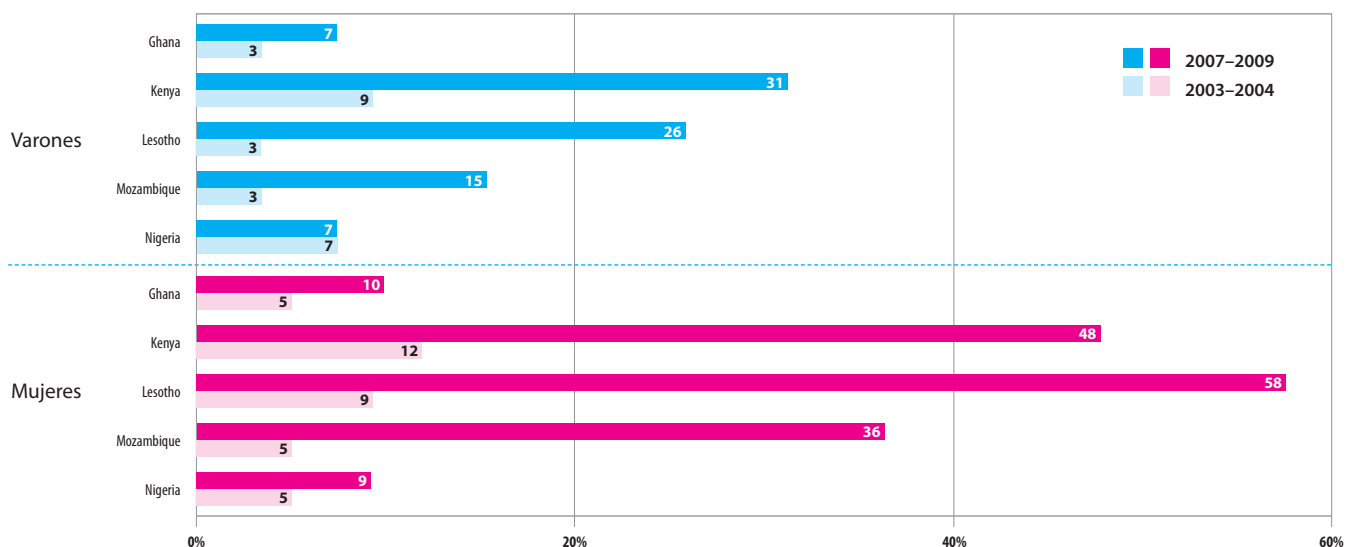
Las intervenciones básicas son eficaces cuando forman parte de un enfoque combinado de prevención

Datos de países seleccionados del África subsahariana muestran que la mayoría de los jóvenes que viven con el VIH no conocen su condición serológica³¹, si bien algunos la conocen más que otros. Tal como se puede ver en el Gráfico 4, las mujeres jóvenes con mayor riesgo tienen más probabilidades de saber que están infectadas que los hombres jóvenes, en parte debido a que tienen acceso a servicios prenatales que ofrecen pruebas y asesoramiento sobre el VIH de manera más sistemática³². En algunos países de los que hay datos disponibles, hay más probabilidades de que los trabajadores sexuales (y, en algunos casos, otras poblaciones clave con alto riesgo de exposición) conozcan su situación que la población en general.

Existen pruebas de que las intervenciones básicas para prevenir infecciones entre adolescentes y jóvenes pueden ser eficaces cuando se utilizan como parte de un enfoque de prevención combinada que incluya componentes conductuales, biomédicos y estructurales (ver Tabla 4).

Las respuestas descritas en los próximos tres capítulos son prometedoras o han demostrado su eficacia mediante evaluaciones y otras pruebas. En conjunto, contribuyen a una prevención permanente del VIH que satisface las necesidades de los adolescentes y jóvenes en diferentes etapas de desarrollo y en diferentes contextos sociales y epidemiológicos. No obstante, los tipos de intervenciones señalados en cada capítulo no son exclusivos de cada grupo de edad.

GRÁFICO 4: Jóvenes de 15 a 24 años que se sometieron a la prueba del VIH y recibieron los resultados en los países subsaharianos seleccionados que presentan el número más elevado de nuevas infecciones



Fuente: Encuestas sobre Indicadores del sida y Encuestas Demográficas y de Salud, 2003-2009.

Nota: Los datos de Ghana y Nigeria corresponden a 2003 y 2008; los de Kenia a 2003 y 2008 a 2009; los de Mozambique a 2003 y 2009; y los de Lesotho a 2004 y 2009.

TABLA 4: Intervenciones básicas para la prevención del VIH

Intervención	Evidencia
Abstenerse del sexo y de drogas inyectables	Eficaz para prevenir la transmisión. Los programas que promueven la abstinencia sexual son eficaces cuando se presenta la abstinencia junto con otras opciones, tales como el suministro de preservativos y estrategias de sexo más seguro. Aumentar la edad de la iniciación sexual y evitar el uso de drogas son objetivos de importancia de estos programas.
Usar preservativos	Reduce la transmisión en un 90% si se utilizan en forma correcta y sistemática.
Solicitar la circuncisión masculina practicada por un médico	Reduce el riesgo de infección por VIH en los varones en aproximadamente un 60% si es realizada por un profesional capacitado.
Reducir los daños	Los programas de canje de agujas y jeringas reducen el riesgo de transmisión del VIH entre un 33% y un 42%. La integración de terapias de sustitución de opiáceos en los programas de reducción de los daños disminuye el uso de drogas inyectables, mejora el cumplimiento de las terapias antirretrovirales y reduce la mortalidad.
Ofrecer tratamiento con medicamentos antirretrovirales	Reduce significativamente el riesgo de la transmisión del VIH por exposición. Reduce entre un 50% y un 90% la transmisión en parejas serodiscordantes. Se utiliza ampliamente para prevenir la transmisión vertical a los recién nacidos y como profilaxis posterior a la exposición en el caso de víctimas de violación y lesiones por punción de agujas. Las evidencias incluyen un limitado número de ensayos exitosos (con microbicidas y profilaxis previo a la exposición).
Instrumentar estrategias de comunicación que promuevan el cambio social y de comportamiento	Los programas escolares mejoran los conocimientos y la eficacia personal, que son una importante base para la prevención. La propaganda social y el uso de los medios de comunicación masiva influyen en las actitudes y aumentan la utilización de servicios relacionados con el VIH. Sin embargo, muchos esfuerzos por cambiar los comportamientos Demuestran tener poco o ningún impacto si no se canalizan hacia las personas expuestas a un mayor riesgo y no se implementan junto con medidas destinadas a modificar las normas y las influencias estructurales en el comportamiento, así como el acceso a productos y servicios de prevención.

Fuentes: **Abstinencia:** Kirsten Underhill, Paul Montgomery y Don Operio, *Sexual Abstinence Only Programmes to Prevent HIV Infections in High Income Countries: Systematic review*, *BMJ*, Tomo 335, Nº 7613, 4 de agosto de 2007, p. 1. **Uso de preservativos:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Making Condoms Work for HIV Prevention: Cutting-edge perspectives*, ONUSIDA, Ginebra, junio de 2004. **Circuncisión masculina realizada por médicos:** Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and programme implications*, Consulta Técnica de OMS/ONUSIDA, Montreux, 6 al 8 de marzo de 2007. **Reducción de los daños:** Organización Mundial de la Salud, *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users*, OMS, Ginebra, 2004; Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Interventions to Address HIV in Prisons: HIV care, treatment and support*, OMS, Ginebra, 2007. **Tratamiento antirretroviral:** M.S. Cohen y C.L. Gay, *Treatment to Prevent Transmission of HIV-1*, en *Clinical Infectious Diseases*, 15 de mayo de 2010, Tomo 50, Suplemento 3, págs. S85-S95; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Llegar a cero: Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida* (ONUSIDA) para 2011-2015, ONUSIDA, Ginebra, 2010, p. 39; Organización Mundial de la Salud, *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2010, p. 11; Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, *Joint WHO/ILO Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection*, OMS, Ginebra, 2007. Q. Abdool Karim y otros, *Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the Prevention of HIV Infection in Women*, en *Science*, Tomo 329, Nº 5996, 3 de septiembre de 2010, págs. 1168-1174; R.L. Grant y otros, *Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men*, en *New England Journal of Medicine*, Tomo 363, Nº 27, 30 de diciembre de 2010, págs. 2587-2599. **Comunicación sobre el cambio social y el cambio de comportamientos:** J. Shepherd y otros, *The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Behavioural Interventions for the Prevention of Sexually Transmitted Infections in Young People Aged 13-19: A systematic review and economic evaluation*, en *Health Technology Assessment*, Tomo 14, Nº 7, febrero de 2010, p. 107; J. Vidanapathirana y otros, "Mass Media Interventions for Promoting HIV Testing", en *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Número 3, Artículo Nº CD004775. *Interventions for the Prevention of Sexually Transmitted Infections in Young People Aged 13-19: A systematic review and economic evaluation*, en *Health Technology Assessment*, Tomo 14, Nº 7, febrero de 2010, p. 107; J. Vidanapathirana y otros, "Mass Media Interventions for Promoting HIV Testing", en *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Número 3, Artículo Nº CD004775.

3. ADOLESCENTES muy JÓVENES



De 10 a 14 años: la protección es crucial; existen oportunidades para desarrollar comportamientos saludables

El inicio sexual temprano, el embarazo precoz y las primeras experiencias de uso de drogas son todos factores que aumentan el riesgo de infección por VIH. Estas situaciones también indican que en el entorno de los adolescentes hay cosas que no están bien, y son resultado de múltiples fallas en la protección y los cuidados, posiblemente asociadas a casos de violencia, explotación, abuso y negligencia. Las familias y comunidades pueden cambiar esta situación, a través de un ambiente que proteja a los niños.

Desafíos

En términos mundiales (excluida China), un 11% de las adolescentes se inician sexualmente antes de los 15 años (ver Tabla 5). Uno de los resultados de esta actividad sexual precoz son los 16 millones de partos de madres adolescentes que ocurren cada año³³. En algunos países de alta prevalencia, entre un 30% y un 50% de las mujeres dan a luz a su primer hijo antes de cumplir 19 años³⁴.

TABLA 5: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que manifestaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

América Latina	22%
África occidental y central	16%
África oriental y meridional	12%
Asia meridional	8%
Todo el mundo (excluida China)	11%

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas de hogares representativas a escala nacional, período 2005 a 2010.

El análisis de los datos de Ucrania muestra que cerca de un 45% de usuarios de drogas inyectables iniciaron este hábito antes de los 15 años³⁵. El riesgo de que los adolescentes que usan drogas inyectables contraigan el HIV se relaciona con las circunstancias de su primera inyección, pues pueden haber recibido las drogas de otros usuarios y compartido sus instrumentos de inyección. Durante los primeros años de uso de drogas inyectables, el riesgo de infección es elevado³⁶.

Una encuesta realizada en 2009 entre adolescentes de 10 a 19 años de cuatro ciudades de Ucrania que vivían en la calle mostró niveles muy elevados de comportamientos de riesgo. Más de un 15%

manifestó que consumía drogas inyectables (casi la mitad de los cuales había compartido jeringas y agujas); cerca de un 75% ya había iniciado su vida sexual activa, la mayoría, antes de los 15 años; un 17% de los varones y un 57% de las mujeres habían recibido pagos u obsequios a cambio de servicios sexuales; un 11% de los varones y un 52% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales por obligación³⁷.

Los adolescentes muy jóvenes que tienen relaciones sexuales o se inyectan drogas hacen frente a un elevado riesgo de exposición al VIH porque carecen de conocimientos y servicios, y no se consideran vulnerables³⁸. Las adolescentes jóvenes son biológicamente más susceptibles a la infección por VIH; como esto se suma al hecho de que es más probable que tengan parejas sexuales de mayor edad y que se inyecten drogas, su exposición potencial al VIH es aún mayor³⁹.

Los niveles de conocimientos sobre el VIH de los adolescentes muy jóvenes siguen siendo bajos. En un estudio realizado en el África subsahariana para examinar el nivel de conocimientos de los alumnos de sexto grado (escuela primaria superior; alumnos de 13 y 14 años), las dos terceras partes no tenían los conocimientos básicos que cabía esperar en este grupo de edad⁴⁰.

Es posible que algunos padres y madres no brinden información y apoyo precisos y apropiados a los niños de 10 a 14 años, por no tener conciencia de los beneficios que esto les brindaría. Pese a esto, los datos de cuatro países del África meridional muestran que cerca de un 60% de los padres y madres cree que los niños de 12 a 14 años deberían tener información sobre el uso de preservativos para prevenir el VIH⁴¹.

A causa de su edad, es posible que los programas que plantean la abstinencia como única estrategia sean vistos como la mejor opción para los adolescentes muy jóvenes. Sin embargo, las evidencias muestran que los programas que se limitan a la abstinencia no son eficaces para prevenir el VIH, ni otras infecciones de transmisión sexual o el embarazo, ni tampoco para cambiar los comportamientos de riesgo a largo plazo⁴². No obstante, en América del Norte se comprobó que los programas abstinencia “plus” (que promueven la opción de la abstinencia junto al uso de preservativos y estrategias de sexo seguro) son más eficaces para reducir los comportamientos de riesgo a largo y corto plazo⁴³.

La adolescencia temprana ofrece una oportunidad para intervenir antes de que los jóvenes en su mayoría sean sexualmente activos y antes de que se arraiguen las funciones y normas de género que tendrán consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva



en años posteriores. La socialización y las consecuentes actitudes y comportamientos en torno a la sexualidad, incluidas las normas de género, surgen en el ámbito de la familia, la escuela, los pares y los medios de comunicación masiva, con frecuencia a partir de una edad muy temprana. Como en casi todos los países la mayoría de las niñas y varones adolescentes de 10 a 14 años asisten a la escuela, asegurarse de que los contextos escolares sean seguros y saludables puede ser crucial para mantener un entorno que proteja a los jóvenes de esta edad.

Soluciones basadas en la información que proveen las pruebas empíricas

Educación sexual

Una educación sexual apropiada para la edad de los alumnos puede aumentar sus conocimientos y contribuir a un comportamiento sexual más responsable⁴⁴. Un estudio realizado en 2006 sobre la base de 83 evaluaciones mostró que en cerca de un 50% de los programas evaluados de este tipo había disminuido la exposición al riesgo sexual entre los participantes⁴⁵. Otras pruebas muestran que la educación sexual no provoca daños ni lleva a los jóvenes a iniciarse más prematuramente en las actividades sexuales⁴⁶.

En 2007, 88 de los 137 países que presentaron información incluían educación sobre el VIH en el programa de la escuela primaria y 120 lo hacían en la educación secundaria⁴⁷. Entre 2007 y 2009, también aumentó el porcentaje de escuelas que ofrecen educación acerca del VIH sobre la base de aptitudes básicas para la vida⁴⁸.

Sin embargo, la enseñanza de contenidos relativos a prácticas de comportamiento sexual y prevención del VIH (incluido el uso de preservativos) depende de la existencia de una política de apoyo, capacitación apropiada para los maestros, y difusión de programas y materiales didácticos claros.

Para desarrollar la eficacia personal de los adolescentes, es importante que se imparta educación sexual y sobre el VIH apropiada para su edad y en un entorno de apoyo, pues esto cumplirá una función crucial para ayudarles a reconocer sus riesgos respecto del VIH y reducirá su vulnerabilidad ante insinuaciones sexuales no deseadas o presiones negativas de sus pares⁴⁹. Pese a ello, es frecuente que los jóvenes con discapacidades queden al margen de dichos programas.

Es posible que los jóvenes con discapacidades intelectuales, visuales o auditivas no tengan acceso a información por la inexistencia de materiales, el diseño inapropiado de los contenidos o las limitadas competencias de los maestros; y también es posible que se les excluya de estos programas porque se considera que son asexuados y, por tanto, no están en riesgo. Como la escuela es el lugar donde se desarrolla la mayoría de los programas sobre el VIH y educación sexual, los jóvenes discapacitados que no asisten a la escuela simplemente no tienen acceso a estos servicios⁵⁰.

CONTRAJO EL VIH PORQUE FUE VÍCTIMA DE ABUSO

Rosina (nombre ficticio) es una niña de 13 años que vive con su papá en una aldea de la provincia de Manica, Mozambique. Su mamá murió cuando era pequeña, y la joven asiste a una escuela primaria a 10 kilómetros de su aldea. Como es sorda y no puede comunicarse verbalmente, suele aislarse de los demás niños.

Rosina había ido a una fiesta de la escuela; pero no volvió a su casa. Según su padre: "Pensamos que había ido a la casa de su tía, que está más cerca de la escuela –explica su padre–. [...] Muchas veces se queda a dormir para jugar con su prima y vuelve al día siguiente. [...] A los dos días comencé a sospechar que algo había pasado, porque sus materiales escolares estaban en casa y su prima no tiene ropa suficiente para prestarle".

Cuando vio que su hija no estaba en casa de su hermana, el padre pensó que Rosina se había perdido, de modo que interrogó a sus compañeros de clase: "El día de la fiesta la habían visto con una mujer anciana y dos hombres tomando bebidas alcohólicas. Con la policía local, investigamos las pistas que nos habían dado", continúa. "La encontramos oculta en el dormitorio de un hombre [de 27 años]. Había sufrido abuso sexual y estaba en estado de choque". Rosina recibió tratamiento para sus heridas y se le hizo la prueba del VIH en un hospital local. Inicialmente, el resultado fue negativo; pero "a los tres meses, la segunda prueba dio positiva", dice su padre, muy enojado. Es probable que el aislamiento de Rosina y su imposibilidad de gritar para pedir ayuda hayan contribuido a facilitar el abuso. El hombre que retenía a Rosina en su habitación nunca volvió a ser visto en la aldea. ■

Los jóvenes discapacitados no son asexuados y, si no cuentan con información y apoyo suficientes en términos de prevención, pueden ser muy vulnerables a la explotación sexual y, por tanto, a la infección por VIH, en especial en los contextos con alta prevalencia del VIH.

En algunas partes del mundo, los esfuerzos regionales han dado impulso a la educación sexual. En 2008, durante la XVII Conferencia de la Sociedad Internacional de Sida realizada en la Ciudad de México, los ministros de educación y salud de los países de América Latina y el Caribe suscribieron la declaración "Prevenir con Educación", en la cual se comprometieron a impartir educación sexual de calidad en sus países⁵¹. Colombia puso en marcha un programa de educación sexual a gran escala que se evaluará en 2011; hasta ahora, la evaluación cualitativa del programa piloto realizada durante la primera etapa del proyecto ha dado resultados positivos⁵².



Una evaluación de 2010 del Programa de Educación para la Salud y la Vida Familiar de Jamaica concluyó que los alumnos de sexto grado de las escuelas que participaron en el programa tienen muchos más conocimientos sobre el VIH que aquellos que no participaron. Al llegar a noveno grado, estas diferencias de los niveles de conocimientos desaparecían; pero los alumnos del programa presentaban menos probabilidades de incurrir en comportamientos riesgosos y más probabilidad de negarse a tener relaciones sexuales⁵³.

En la India, las gestiones para brindar educación sobre la sexualidad a los adolescentes han superado recientemente una fuerte oposición sociocultural y política, con lo que se ha dado inicio a la puesta en marcha de un programa de educación sexual basado en las escuelas que cubre todo el estado de Orissa. Se ha planificado que, para el año 2014, el programa haya llegado a cerca de un millón de estudiantes de Orissa⁵⁴.

En Kenya, el programa de Medidas de la Escuela Primaria para Mejorar la Salud ha mostrado resultados positivos. Desde sus inicios en 2002, el programa ha intentado influir en el comportamiento de los adolescentes de 12 a 14 años de las provincias de Nyanja y el valle de Rif mediante cursos de educación relacionados con el VIH y el sida por parte de maestros capacitados. La primera etapa de una evaluación rigurosa indica que hay menos alumnos que tengan relaciones sexuales y más que retrasan su iniciación sexual, y que hay más jovencitas que informan que utilizan preservativos⁵⁵. Un modelo modificado de este programa se ha desarrollado en todas las escuelas primarias de Kenya.

En Europa, un programa nacional adoptado en Estonia, que combina educación sexual de base escolar con servicios de salud sexual y reproductiva destinados a los jóvenes, ha llevado a una drástica mejora en los indicadores de la salud reproductiva de los jóvenes durante los dos últimos decenios. En el país, entre 1992 y 2009 se redujeron un 59% los embarazos y un 61% los abortos entre las adolescentes de 15 a 19. Por su parte, el número de nuevas infecciones por VIH registradas en el mismo grupo de edad se redujo en un 95%, de 560 casos en 2001 a tan solo 25 en 2009⁵⁶.

Un examen completo de la educación sexual realizado recientemente para una amplia franja de edad, perteneciente a diversos contextos de todo el mundo, concluyó que los programas que lograron aumentar satisfactoriamente los conocimientos y mejorar las conductas resultan atractivos en términos de su relación entre el costo y el beneficio. Los programas que se ofrecieron como parte integral de los programas escolares fueron más eficaces en el uso de los recursos, y ofrecieron un mayor potencial para su ulterior intensificación, precisamente porque su diseño permitía una participación máxima y una mayor cobertura geográfica⁵⁷. Entre los “factores de éxito” que contribuyeron al triunfo de dichos programas en diferentes países, cabe destacar el compromiso de impartir educación sobre el VIH y el sida así como educación sobre la sexualidad, la tradición didáctica de abordar la

sexualidad en las escuelas, mayor conciencia de los maestros y las comunidades, participación activa de “aliados” entre las autoridades que toman las decisiones y disponibilidad de apoyo técnico apropiado⁵⁸. También es importante la selección de temas que se enseña: abordar los valores y enseñar técnicas de razonamiento crítico, por ejemplo, ayuda a los adolescentes a cuestionar las actitudes y comportamientos que socavan su salud.

En los países afectados por el VIH donde hay una elevada población infantil que no asiste a la escuela, es crucial llegar tanto a las niñas como a los varones –ya sea a través de las escuelas, las comunidades u otros foros– y ofrecerles por lo menos un mínimo de información y aptitudes para la vida que les ayuden a manejar su riesgo de exposición al VIH.

Los programas sobre sexualidad deben combinar un aumento de la concienciación y el desarrollo de técnicas con el acceso a los servicios, con frecuencia en asociación con los propios proveedores. Las evaluaciones de dichos programas han mostrado que, cuando se implementan apropiadamente, son eficaces para mejorar los conocimientos, las actitudes y la eficacia personal⁵⁹. Pero en algunos países, incluidos aquellos en los que hay elevada prevalencia del VIH, hay resistencia a incluir información sobre la anticoncepción y el uso de preservativos en los programas ya existentes de habilidades para la vida y educación sexual⁶⁰.

Los niños que viven con el VIH también necesitan tener acceso a educación sexual, así como apoyo sanitario y psicosocial, cuando ingresan a la adolescencia. (Ver en el Capítulo 6 mayores detalles sobre los enfoques apropiados para los jóvenes que viven con el VIH.)

Medios de comunicación de masas:

Soul Buddyz, empresa multimédios de Sudáfrica dedicada a actividades de educación y entretenimiento destinada a jóvenes de ambos sexos, que produce incluso una serie de televisión, ha contribuido a mejorar los conocimientos del público sobre el VIH. Un estudio determinó que un 42% de todos los niños de 8 a 15 años del país había visto la mayoría de los episodios de la serie y que, en comparación con un grupo de control equivalente, estos niños estaban más dispuestos a hablar libremente sobre sus familiares con VIH y a presentarse voluntariamente a pruebas y consultas de asesoramiento, y tenían una actitud más positiva hacia las personas que viven con el VIH.⁶¹

En 1998, la Fundación Straight Talk [Hablemos claro] de Uganda, especializada en el cambio social mediado por la prensa, la radio y las comunicaciones personales, lanzó al mercado *Young Talk* [Hablan los jóvenes], periódico destinado a los niños de la escuela primaria superior con el propósito de ayudarles a “comprender mejor sus cambios corporales, resistirse a toqueteos desagradables, exigir sus derechos y seguir asistiendo a la escuela”. En el año 2007, una evaluación de *Young Talk* y *Straight Talk*, publicación que data del año 1994 y está destinada a los jóvenes de 15 a 24 años,



detectó entre los lectores adolescentes mayores conocimientos de la salud sexual y reproductiva –incluido el VIH–, una actitud más favorable hacia los preservativos y una mayor probabilidad de que se sometieran a las pruebas del VIH. Las jóvenes que conocían el programa tenían cuatro veces más probabilidades de mantener la abstinencia sexual con sus novios, y también era menos probable que los varones tuvieran relaciones sexuales⁶².

Comunicación entre padres e hijos

Los estudios han mostrado que el aumento de la comunicación entre los adolescentes muy jóvenes y los adultos cercanos retrasa la edad de la iniciación sexual y aumenta el uso de preservativos una vez que esta se produce⁶³. *Families Matter!* [La familia es importante] es un programa desarrollado por los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos con el fin de mejorar los conocimientos sobre la prevención del VIH y las técnicas de comunicación de los padres y madres estadounidenses, que luego fue adaptado culturalmente para su implementación en adolescentes muy jóvenes (de 9 a 12 años) de Kenya y sus educadores. Una evaluación de los resultados de este programa en la provincia de Nyanza identificó un aumento de comportamientos “parentales positivos”, mejor comunicación entre progenitores e hijos en torno a la sexualidad y una reducción de los riesgos sexuales, así como un efecto positivo en las actitudes de los padres y madres hacia la educación sexual⁶⁴. *Families Matter!* ha llegado a más de 100.000 familias de Kenya, se ha extendido a otros siete países africanos (Botswana, Côte d’Ivoire, Mozambique, Namibia, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica y Zambia) y se ha traducido a 11 idiomas⁶⁵.

En Nicaragua, el proyecto *Entre Amigas* procura empoderar a las niñas de 10 a 14 años y reducir las barreras que las privan de servicios de salud sexual y reproductiva, mediante la creación de lazos de amistad entre ellas, y la disposición de un entorno seguro en el que puedan hablar sobre sus problemas. Las actividades del proyecto incluyen una comedia donde una niña de 12 años desempeña el papel protagónico, un equipo de fútbol de mujeres, y reuniones periódicas en centros e iglesias de la comunidad para realizar debates con las madres, los maestros y las propias jóvenes. Una evaluación del proyecto determinó mayores conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en las niñas y sus madres, así como cambios en el comportamiento de muchas jovencitas⁶⁶.

En la República Democrática Federal de Nepal, el programa *Choices* [Opciones], centrado en las relaciones de género, refleja otro enfoque innovador para los niños y niñas de 10 a 14 años.

Entorno más protector

La muerte de uno de los progenitores –y, en particular, de la madre– puede exponer a un niño a un mayor riesgo de contraer el VIH, especialmente en el caso de las niñas pequeñas⁶⁷. Un estudio realizado en Zimbabwe concluyó que los niños que han

perdido a sus madres tienen menos probabilidades de terminar la escuela y mayores probabilidades de tener relaciones sexuales o casarse de forma prematura, lo que resulta en embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH⁶⁸. Mejorar los sistemas de protección infantil puede prevenir el abuso y la negligencia que vuelven a los niños más vulnerables a tales resultados negativos, y ofrecer una red de seguridad más eficaz a los niños más desprotegidos.

Los sistemas de protección social sensibles al VIH pueden contribuir a brindar mayor seguridad financiera a las familias afectadas (mediante asignaciones en efectivo o bienes), mejorar el acceso a los servicios sanitarios y sociales, y garantizar que los más vulnerables accedan a los servicios. Las inversiones en protección social pueden tener un impacto protector inmediato en las mujeres jóvenes y las niñas, así como efectos positivos en las comunidades en su conjunto.

Es hora de aprovechar las oportunidades para:

- promover la educación sexual y conocimientos amplios sobre el VIH y otros asuntos sanitarios entre los adolescentes muy jóvenes, antes de que inicien una vida sexualmente activa;
- fortalecer los sistemas sociales de protección y las oportunidades para el empoderamiento económico, a efectos de reducir la exclusión y vulnerabilidad de las familias afectadas por el VIH, lo cual conduce a reducir los comportamientos de riesgo;
- fortalecer las medidas de protección de niños y jóvenes destinadas a prevenir la explotación y el abuso de los adolescentes vulnerables;
- promover fuertes comunicaciones entre los adolescentes jóvenes y sus padres, educadores y familiares;
- promulgar leyes y políticas que no impidan el acceso a los servicios esenciales para la prevención, las pruebas o el tratamiento del VIH por parte de los adolescentes muy jóvenes con elevado riesgo de exposición al VIH (o de adolescentes que no han llegado a la edad legal de consentimiento que rige en sus países);
- mejorar el diagnóstico precoz de la infección por VIH en adolescentes con VIH, mediante un aumento de las pruebas realizadas por iniciativa del proveedor de servicios y sesiones de asesoramiento para los adolescentes que reciben atención crónica;
- mejorar la presentación de informes sobre la prevalencia e incidencia del VIH y la utilización de servicios correspondientes por parte de los adolescentes de 10 a 14 años, incluidos los datos de los entornos humanitarios, con el fin de que sirvan de base informativa sobre las necesidades estimadas de prevención y protección para este grupo.

4. ADOLESCENTES MAYORES



De 15 a 19 años: al aumentar la vulnerabilidad, también aumenta el riesgo de contraer el VIH

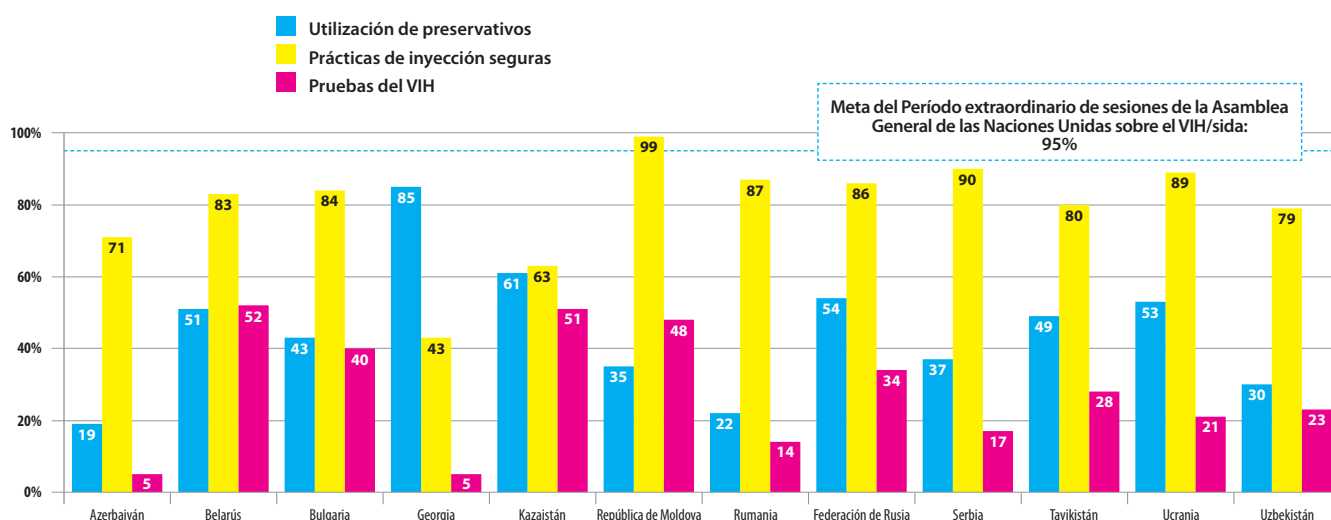
En el comportamiento de los adolescentes tienen gran influencia las familias, los pares y los proveedores de servicios, así como los valores sociales, las comunidades y las políticas. Cuando estas influencias no existen o envían un mensaje negativo, los comportamientos de riesgo pueden incluir el uso de drogas inyectables o de otro tipo, la práctica de relaciones sexuales sin protección con parejas de condición serológica desconocida, la oferta o la solicitud de servicios sexuales a cambio de dinero. Cuando las necesidades de los adolescentes en materia de salud y desarrollo se ven comprometidas, aumenta su vulnerabilidad a la infección por VIH, razón por la cual es necesario garantizar su acceso a información y servicios; que vivan, estudien y trabajen en un ambiente que les brinde seguridad y apoyo; y que tengan oportunidades para participar en las decisiones que afecten su vida. La adolescencia es la edad en que muchas personas inician su vida sexual activa y comienzan a tener relaciones múltiples; por tal motivo, es necesario intensificar las intervenciones destinadas a abordar estos comportamientos.

Desafíos

Los adolescentes que venden servicios sexuales o usan drogas tienen mayor riesgo de contraer una infección por VIH que los jóvenes que no desarrollan comportamientos de riesgo⁶⁹; sin embargo, puede resultarles difícil obtener información, instrumentos esterilizados de inyección, pruebas de detección del VIH y servicios de apoyo⁷⁰. Algunos de los adolescentes más vulnerables son los que viven y trabajan en la calle, muchos de los cuales usan drogas inyectables, lo que hace que su riesgo de contraer el VIH aumente más todavía. En la ciudad de San Petersburgo, en la Federación de Rusia, la prevalencia del VIH en jóvenes de 15 a 19 años que viven en la calle es de un 37%⁷¹.

La información nacional sobre la prestación y vigilancia de los servicios de tres regiones diferentes permite evaluar los avances hacia la meta fijada en 2001 de elevar al 95% el acceso a información, técnicas y servicios esenciales en los jóvenes con mayor riesgo de infección por VIH; es decir, quienes se inyectan drogas, quienes venden servicios sexuales y los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres (ver Gráficos 5 a 7).

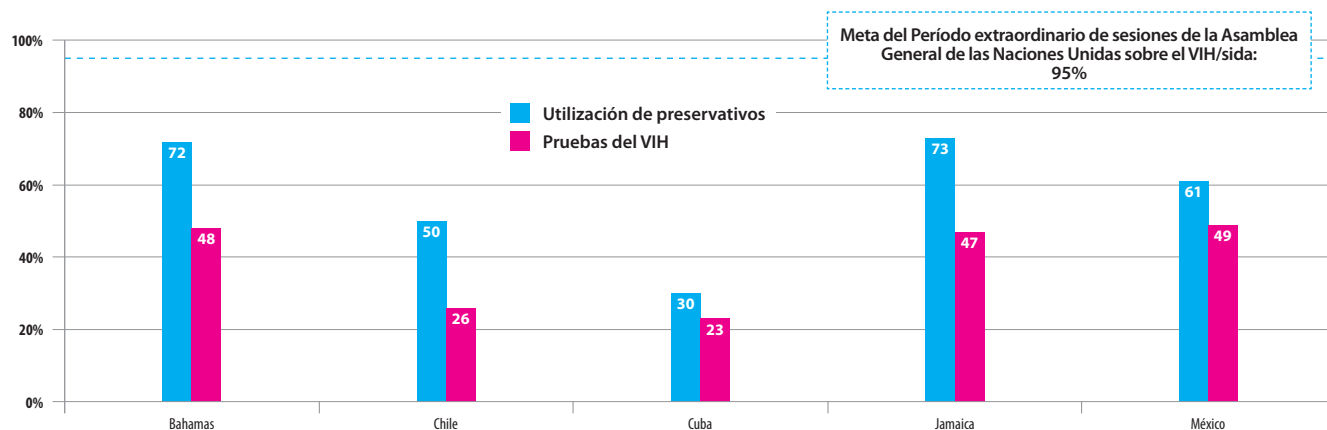
GRÁFICO 5: Utilización de preservativos, prácticas de inyección seguras y pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables de menos de 25 años en Europa central, Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes, 2009



Fuente: ONUSIDA, Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010 y base de datos de ONUSIDA en línea (www.aidsinfoonline.org).

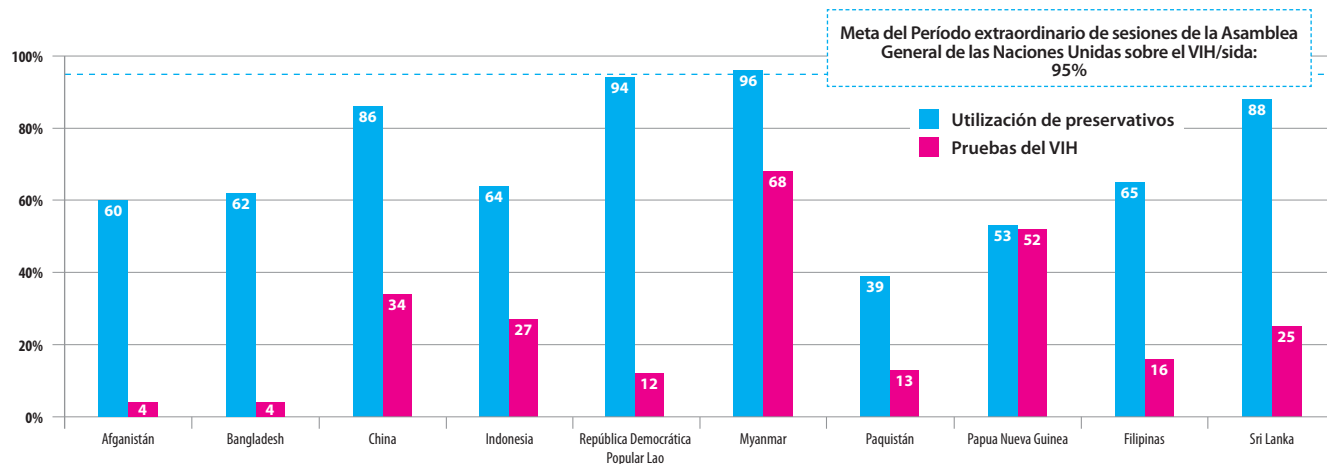


GRÁFICO 6: Utilización de preservativos y pruebas del VIH en hombres de menos de 25 años que tienen relaciones sexuales con hombres en América Latina y el Caribe, 2009



Fuente: ONUSIDA, Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de Sida 2010 y base de datos de ONUSIDA en línea (www.aidsinfoonline.org).

GRÁFICO 7: Utilización de preservativos y pruebas del VIH en trabajadoras sexuales de menos de 25 años en Asia, 2009



Fuente: ONUSIDA, Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de Sida 2010 y base de datos de ONUSIDA en línea (www.aidsinfoonline.org).

Especialmente en referencia a los países del África subsahariana, la vulnerabilidad de las adolescentes y mujeres jóvenes al VIH se agrava cuando acuerdan tener relaciones con parejas de mayor edad a cambio de dinero u otras ventajas materiales, situación que se ve favorecida por las leyes y políticas que limitan el acceso de las

adolescentes a preservativos, a pruebas del VIH y a información completa y precisa. Aun cuando haya preservativos disponibles, su uso y la realización de pruebas del VIH pueden ser muy poco frecuentes.



“DERECHO A NEGARSE”

Sifuni participó en la Iniciativa Rural Ishi, curso basado en un programa de estudios de 13 sesiones destinado a promover un cambio positivo en los conocimientos,

actitudes, técnicas y comportamientos relacionados con el VIH en hombres y mujeres jóvenes de la República Unida de Tanzania. Financiada por UNICEF y el ONUSIDA e implementada por Family Health International, la Iniciativa Rural Ishi recurre a pares voluntarios que se encargan de liderar una variedad de actividades relacionadas con la prevención del VIH en sus escuelas y comunidades; entre ellas, presentaciones de vídeos, debates en grupo con compañeros de clase y progenitores, conferencias, foros para personas de edad avanzada, festivales y otros eventos sobre temas que van desde la salud hasta el empoderamiento de las niñas. Sifuni, que todavía no había tenido relaciones sexuales cuando asistió al curso, nos dice:

“Aprendí que tengo derecho a negarme. Aprendí a explicar mis sentimientos y a mostrarles a los hombres que cuando digo que no, deben entender que dije que no. Si aceptamos algún obsequio, los varones creen que uno ha aceptado estar con ellos, y si uno rechaza los obsequios, creen que los estamos rechazando a ellos.

“Ahora tenemos más fortaleza”, agrega. “Podemos decirle a un hombre que no, sea quien sea”. ■

Sifuni, 18 años, distrito de Makete, República Unida de Tanzania

Soluciones basadas en la información que proveen las pruebas empíricas

Educación sexual y salud sexual y reproductiva

La educación sobre la sexualidad y las aptitudes para la vida, en especial con respecto a la transmisión del VIH, son una herramienta de prevención tan importante para los adolescentes muy jóvenes como para los adolescentes mayores, muchos de los cuales ya han comenzado a tener relaciones sexuales (ver Capítulo 3).

La maternidad precoz es un hecho real para muchas adolescentes mayores. El parto y la crianza de los hijos significan poner fin a sus planes de educación, trabajo o desarrollo de una carrera. Asimismo, como desventaja adicional, debido a su temprana edad y su falta de ingresos, las madres adolescentes y sus hijos son especialmente vulnerables, no solamente a situaciones de mala salud y pobreza, sino también a explotación, negligencia y abuso, lo que puede contribuir a aumentar su riesgo de contraer el VIH⁷². Prevenir el embarazo adolescente es una prioridad en América Latina y el Caribe, donde se registra la proporción de madres adolescentes más elevada del mundo: en 2007, las niñas de 15 a 19 años representaron un 18% de todos los nacimientos con vida de la región⁷³.

Es fundamental impartir un conocimiento amplio y correcto para que se utilicen los servicios relacionados con el VIH y se logre un cambio de comportamiento. Un examen más detallado de los indicadores sobre los conocimientos, el uso de preservativos y las pruebas del VIH en países con epidemia generalizada muestra que se necesitan más esfuerzos para incrementar el acceso a las pruebas.

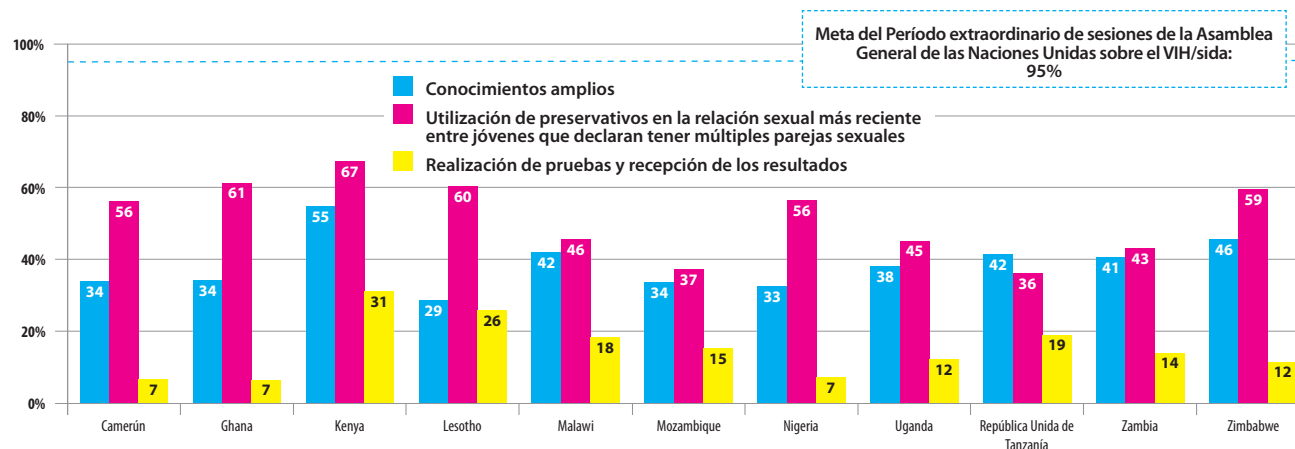
Según un análisis de los 11 países del África subsahariana que presentan mayor número de nuevas infecciones, en ocho se logró una tasa de utilización de preservativos de un 45% o más en los varones, pero, en el caso de las mujeres, esto solo se logró en tres países (ver Gráfico 8). Los niveles de conocimientos siguen siendo bajos entre los jóvenes, tanto varones como mujeres, como también lo son los niveles de acceso a las pruebas del VIH, en especial entre hombres jóvenes, que no tienen un punto de entrada comparable a los programas de salud materna, que ofrecen pruebas y servicios para la prevención de la transmisión materno-infantil a las mujeres jóvenes. Ninguno de los países analizados está cerca de alcanzar la meta del 95% que se fijó en 2001.

En el Capítulo 5 se analizan las barreras que deben superar con frecuencia los adolescentes para acceder a servicios y productos de salud sexual y reproductiva.

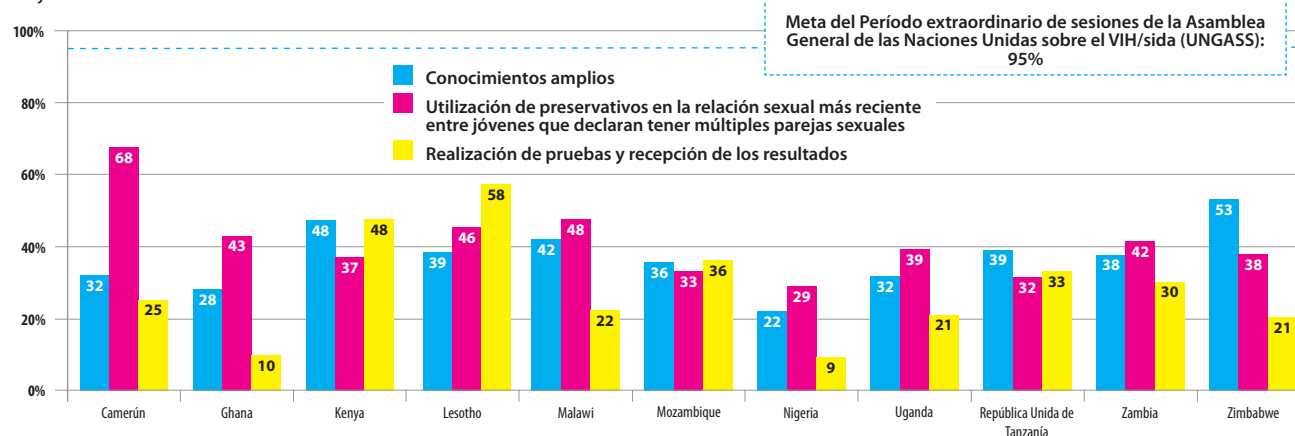


GRÁFICO 8: Niveles de conocimiento amplio, utilización de preservativos en la relación sexual más reciente entre jóvenes que manifiestan tener múltiples parejas sexuales, y acceso a las pruebas del VIH en hombres y mujeres jóvenes de 15 a 24 años de los países subsaharianos seleccionados que registran el mayor número de nuevas infecciones, 2004–2010

Varones de 15 a 24 años



Mujeres de 15 a 24 años



Fuente: Encuestas sobre indicadores del sida, Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas de hogares representativas a escala nacional, período 2004 a 2010.

Nota: Respecto a Sudáfrica no había datos disponibles sobre los tres indicadores. Los datos de la utilización de preservativos masculinos y femeninos en Ghana y preservativos femeninos en Zambia y Zimbabwe se basan en denominadores de pequeña magnitud (por lo general de entre 25 y 49 casos).

Reducción de los daños

Los programas de reducción de los daños se centran en reducir el riesgo de transmisión del VIH en las personas que se inyectan drogas, y giran en torno a dos propuestas centrales: programas de canje de agujas y jeringas, y terapias de sustitución de los opiáceos. Debido a las restricciones de edad que limitan el acceso a tratamiento médico y a otros servicios, por lo general los adolescentes que se inyectan drogas no pueden recurrir a los servicios de reducción de los daños.

Algunos modelos de reducción de los daños procuran evitar el uso de drogas inyectables incluso antes de que comience dicha práctica. En Albania, por ejemplo, la epidemia se ha propagado primordialmente debido a las prácticas sexuales no seguras, seguidas del uso de drogas inyectables; para intentar “romper el ciclo” de la generación de nuevos jóvenes usuarios de drogas inyectables se está trabajando con los usuarios ya existentes. Además de enseñarles técnicas específicas, a los participantes del programa se les pide que no ayuden a otras personas a iniciarse en el uso de drogas inyectables, que no se inyecten frente a personas que no son usuarias de drogas inyectables y que no hablen sobre



los “beneficios” de inyectarse drogas frente a personas que no lo hacen. Las conclusiones preliminares de este proyecto muestran que los adolescentes a quienes les gustaría intentar inyectarse drogas comienzan a ser rechazados por los usuarios mayores⁷⁴. Estas intervenciones destinadas a “romper el ciclo” se originaron en el Reino Unido y han sido instrumentadas en Australia, Estados Unidos, Kirguistán, Uzbekistán y Viet Nam.

Aproximarse a los usuarios de drogas inyectables en su propio terreno, mediante máquinas expendedoras o camionetas destinadas a proveer agujas esterilizadas, puede ser de gran ayuda para llegar a los usuarios de drogas inyectables “ocultos” o “inaccesibles”, muchos de los cuales son jóvenes. En algunos países de Europa central, Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes, hay clínicas rodantes que atienden a las mujeres jóvenes dedicadas al trabajo sexual y a los usuarios jóvenes de drogas inyectables en las propias comunidades en las que viven. Los operadores de los programas les entregan preservativos, agujas y jeringas y les ofrecen asesoramiento y ayuda para propiciar un cambio en su comportamiento.

Los servicios de canje de agujas, atención médica, alimentación y otros servicios de la organización Korsang, de Phnom Penh, Camboya, benefician a miles de personas, incluidos los usuarios de drogas inyectables. Su programa Kormix fomenta la participación de los hombres jóvenes que viven y trabajan en las calles por medio de actividades escénicas y artísticas, como forma de expresarse y de desarrollar un sentimiento de identidad positivo. Muchos de los hombres jóvenes del programa han reducido o discontinuado sus comportamientos de riesgo⁷⁵.

Medios y nuevas tecnologías de comunicación masiva

Varias campañas recientes llevadas a cabo en los medios de comunicación han mostrado su potencial para llegar a la población adolescente con mensajes sobre la prevención del VIH con el fin de aumentar sus conocimientos y provocar un cambio en sus comportamientos, especialmente cuando los mensajes destinados a los adolescentes se complementan con educación sobre la sexualidad y otros contenidos. En Kenya y Zambia, la miniserie dramática *Shuga*, ambientada en una universidad de Nairobi, narra la historia de varios amigos que navegaban las turbulentas aguas de la vida, el amor y el VIH. Una evaluación del programa determinó que un 60% de los jóvenes de Nairobi habían visto la miniserie y un 90% de los espectadores manifestaron que habían cambiado sus ideas con respecto a las pruebas del VIH, las relaciones múltiples y la estigmatización. Del mismo modo, la difusión de *Tribes* en Trinidad y Tabago también produjo efectos positivos⁷⁶. En Ucrania, un millón de personas vieron, en diciembre de 2009, el estreno en televisión de la película *Embrace Me*, centrada en los jóvenes y su futuro en un contexto de comportamiento de riesgo y uso de drogas. Una evaluación mostró que un 42% de los espectadores se mostraron proclives a analizar el guión con sus amigos y opinaron que los mensajes sobre el sexo no seguro se habían transmitido muy claramente⁷⁷.

Las innovaciones tecnológicas destinadas a mejorar los servicios relacionados con el VIH y transmitir información son especialmente apropiadas para los jóvenes, muchos de ellos conectados a través de teléfonos celulares, Internet y la televisión. En el Brasil, la “prueba de hacerse la prueba” es un test en línea que ayuda a los jóvenes a reconocer los factores de riesgo y decidir hacerse la prueba del VIH. En otras partes de América Latina, *Pasión por la Vida* hace uso de medios y tecnología de las comunicaciones para difundir información sobre la prevención, el tratamiento y los cuidados relacionados con el VIH, al alcance de millones de jóvenes, empoderándolos para controlar su vida y liderar cambios en sus comunidades. En Uganda, el programa *Text to Change* [Mensajes de texto para el cambio] recompensa a los adolescentes que llaman por teléfono celular y responden correctamente preguntas sobre el VIH y el sida.

La Juventud Opina es un foro en línea de intercambio de información y experiencias que permite a los jóvenes explorar y tomar decisiones sobre cuestiones que afectan sus derechos, tales como el VIH y el sida. En 2001 se creó la red *Y-Peer* para contrarrestar la propagación del VIH. En la actualidad, congrega a jóvenes de 50 países de los cinco continentes que buscan información y educación entre pares.

Modificación de las normas sociales

Participación de las comunidades

Hay pruebas que indican que la modificación de las normas sociales ha contribuido a reducir la prevalencia del VIH en algunos países del África subsahariana, donde la epidemia de VIH se propaga primordialmente a través de las relaciones heterosexuales. Así, por ejemplo, según sugieren ciertas investigaciones, el factor clave para la reducción de la prevalencia del VIH en los adultos lograda durante el último decenio en Zimbabwe fue un cambio generalizado de comportamiento como resultado del temor a la infección⁷⁸. En Uganda, por su parte, las investigaciones han destacado la “intensidad, profundidad, amplitud y extensión” de los programas relacionados con un cambio de comportamiento y la importante participación de las comunidades, iglesias y mezquitas locales⁷⁹. (Cabe señalar que en algunas zonas de Uganda la prevalencia del VIH ha aumentado.⁸⁰)

Dos intervenciones clave en las zonas rurales parecen haber servido para promover un cambio de las actitudes, si bien no se tradujeron en una significativa reducción de los niveles de prevalencia del VIH en dichas comunidades. El programa *Mema kwa Vijana* [Algo bueno para los jóvenes], que se inició en Mwanza, República Unida de Tanzania, combinaba varias intervenciones: educación sobre salud sexual y reproductiva, y servicios especialmente dirigidos a los jóvenes, promoción y distribución de preservativos de base comunitaria, y actividades comunitarias destinadas a crear un ambiente de apoyo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.



Las evaluaciones de 2002 y 2008 detectaron mejoras en los conocimientos y las actitudes de los jóvenes, pero no identificaron ningún cambio en los niveles de prevalencia del VIH⁸¹. Un programa posterior que está siendo evaluado en estos momentos, Mema kwa Jamii [Algo bueno para las comunidades], aborda más explícitamente los “patrones subyacentes a los sistemas sociales que trascienden el control individual⁸²”.

Del mismo modo, en Zimbabwe, el proyecto Regai Dzive Shiri procuró modificar las normas sociales de 30 comunidades mediante el trabajo de educadores de pares que, tanto en la escuela como fuera del ámbito escolar, ayudan a los adolescentes a adquirir conocimientos y competencias; pero esta intervención tampoco logró influir en los niveles de prevalencia del VIH. Sin embargo, sí se logró algún impacto positivo en términos de las actitudes vinculadas a las relaciones y el género⁸³.

Las relaciones sexuales entre personas de edades dispares en las que no se utilizan sistemáticamente preservativos han sido un factor preponderante en la propagación del VIH entre las mujeres jóvenes del África subsahariana, razón por la cual esta norma social fue abordada por una campaña llevada a cabo de manera piloto en 2008 en la República Unida de Tanzania. La campaña se centra en un personaje animado llamado Fataki, que logra convertir la imagen de un hombre mayor que busca relaciones sexuales con mujeres jóvenes en un estereotipo cultural negativo. Al igual que la campaña en favor de la fidelidad de la pareja llamada *Zero-Grazing* [No pastar fuera de los límites] implementada en Uganda en las décadas de 1980 y 1990, la campaña de la República Unida de Tanzania ridiculizó eficazmente la práctica de tener parejas múltiples. Las encuestas realizadas con posterioridad a la campaña mostraron un cambio positivo en las actitudes y los comportamientos⁸⁴. En noviembre de 2008, la iniciativa se amplió a todo el territorio del país.

La Red de Justicia de Género Sonke de Sudáfrica promueve formas de ayudar a los varones, adultos y menores, a trabajar en favor de la igualdad de género y reducir la violencia sexual y la violencia de género. Su campaña insignia, *One Man Can* [Un hombre puede], ofrece herramientas para que los hombres ayuden a las sobrevivientes de episodios de violencia de género, usen el sistema jurídico para exigir justicia, eduquen a sus hijos (“de manera precoz y con frecuencia”) y reten a otros hombres a compartir sus esfuerzos. La iniciativa *Brothers for Life* [Hermanos de por vida] de la Red de Justicia de Género Sonke, el Consejo Nacional del sida de Sudáfrica y Johns Hopkins Health and Education in South Africa, está dirigida a hombres de más de 30 años, aborda los riesgos de las parejas sexuales simultáneas y promueve comportamientos en favor de la salud, así como la realización de pruebas del VIH. El programa también intenta influir en la cohesión social y en los conceptos tradicionales sobre la hombría.

En 2009, una encuesta realizada por el Instituto Ubuntu entre los líderes tradicionales de Botswana, Lesotho, Sudáfrica y Swazilandia determinó que podían asumir un papel relacionado con la configuración de las respuestas al VIH y el sida de sus respectivas comunidades, pero con frecuencia sentían que los esfuerzos de los gobiernos y los donantes les marginaban. La encuesta también determinó que era frecuente que las campañas de los medios de comunicación masiva no llegaran a las zonas rurales. Sobre la base de estas conclusiones, el Instituto creó e implementó una campaña plurianual de mensajes dirigida por los líderes tradicionales con el fin de influir en un cambio de los comportamientos⁸⁵.

En el asentamiento informal de Kibera, en Nairobi, los jóvenes han establecido una cartografía del suburbio para identificar las “zonas rojas” en términos del riesgo de contraer el VIH, así como espacios seguros e instalaciones para la atención de la salud. Los grupos comunitarios están utilizando esta información para promover medidas destinadas a eliminar los puntos de peligro y crear un ambiente de mayor protección.

Transferencias de efectivo para cambiar los comportamientos

Hay programas de protección social, incluidos los programas de transferencias moderadas de efectivo, que han tenido un impacto en las relaciones intergeneracionales. En Zomba, Malawi, las transferencias condicionadas y no condicionadas a las adolescentes aumentaron la asistencia a la escuela y redujeron los niveles de matrimonio infantil, los embarazos precoces y las actividades sexuales declaradas, incluida la elección de un menor número de parejas sexuales que eran además más jóvenes, en vez de mayores. También se ha reducido la incidencia del VIH. Entre las niñas matriculadas en las escuelas al comienzo del estudio que habían recibido el subsidio en efectivo, la incidencia fue un 60% menor que en el grupo de control, reducción que se atribuyó a la menor necesidad de depender de relaciones con parejas de edades dispares para obtener apoyo económico⁸⁶.

Leyes y políticas

El estigma del VIH y el sida, unido a las restricciones reglamentarias aplicables a los servicios, puede hacer que los adolescentes no consigan obtener pruebas de VIH, ni servicios de prevención o tratamiento.

Algunos países de las regiones más afectadas han promulgado disposiciones que permiten a los menores tener acceso a anticonceptivos, pruebas del VIH o servicios de reducción de los daños sin el consentimiento de sus progenitores. En África, solamente 4 de los 22 países que respondieron a una reciente encuesta de la OMS contaban con disposiciones de ese tipo; en Europa las había en solamente 5 países de 15, y en el sudeste de Asia, solamente 1 de 7.



A escala mundial, son más los países que les ofrecen a los menores acceso a anticonceptivos y pruebas de VIH (más de un 40% en cada caso) que los que les ofrecen servicios para reducir los daños (23%)⁸⁷. Las actividades de promoción han logrado que, en Albania, Bosnia y Herzegovina, la República de Moldova, Serbia y Ucrania, se dicten leyes que reducen la edad en se necesita el consentimiento de los progenitores para poder utilizar los servicios relacionados con la salud.

Para que se reduzca la vulnerabilidad al VIH también se requieren protecciones especiales para los niños forzados a trabajar o que son víctimas de la trata de personas debido a la muerte o enfermedad de sus familiares por VIH, sida o cualquier otro motivo. En África, las familias ampliadas han demostrado tener compasión y flexibilidad en la atención de los niños que han perdido a sus progenitores por causa del sida. Con todo, si no se cuenta con apoyo o supervisión, estos acuerdos pueden también llevar a que se abuse de los niños y se les explote. Todas las sociedades deberían establecer mecanismos que impidan el trabajo infantil y protejan a las personas vulnerables, incluidas las mujeres jóvenes y las niñas, contra la explotación por parte de familiares, educadores y otros.

Es hora de aprovechar las oportunidades para:

- promover responsabilidad por la prevención del VIH entre los jóvenes en las comunidades y entre los propios adolescentes;
- examinar qué cambios puede provocar el empoderamiento económico de las poblaciones en riesgo en cuanto a la adopción de comportamientos riesgosos;
- garantizar que los jóvenes tengan acceso a servicios de salud reproductiva, incluidos los preservativos;
- cambiar las normas sociales que alientan o condonan un comportamiento de riesgo entre los jóvenes y adultos;
- promover una intensificación de las intervenciones comprobadas que se canalizan hacia los conocimientos, las actitudes y los comportamientos individuales;
- ampliar el uso de las vías y tecnologías de comunicación que usan los adolescentes y los jóvenes para que aborden la temática de la prevención del VIH;
- modificar las leyes y las normas de cumplimiento para que brinden mayor protección a la salud y los derechos de los jóvenes, incluidos los jóvenes marginados y quienes incurren en comportamientos ilícitos que aumentan su riesgo de contraer una infección por VIH;
- utilizar prácticas de cartografía y diálogos en la comunidad para ayudar a los adolescentes a identificar los riesgos y trabajar con líderes que se encarguen de las “zonas rojas”.

5. ADULTOS JÓVENES

De 20 a 24 años: realización de la capacidad plena de los adultos jóvenes para prevenir la infección

Cuando ya han cumplido 20 años, los jóvenes comienzan a asumir su papel de adultos. En muchas culturas, pasan a ser más independientes, buscan y obtienen oportunidades de avance económico, se pueden casar y formar una familia o empiezan a hacer planes para casarse y tener hijos en el futuro. La situación que enfrentan y las opciones de planificación familiar que están a su alcance son determinantes con respecto al riesgo que corren de contraer el VIH. Existe una multiplicidad de oportunidades para fortalecer la prevención del VIH en los adultos jóvenes, sus parejas y sus hijos.

Desafíos

Los jóvenes de 15 a 24 años de edad conforman un 40% de los desempleados del mundo⁸⁸. Las fuerzas laborales de jóvenes continúan creciendo en las regiones más pobres y, en los últimos años, fuera de los países industriales, a las mujeres jóvenes les está resultando más difícil encontrar trabajo que a los hombres jóvenes⁸⁹. Tal escasez de fuentes de trabajo decente genera exclusión social e incluso lleva al uso de drogas, lo que puede incrementar la propagación del VIH. En todas las regiones se informa que el desempleo y la pobreza son los principales motivos por los que los jóvenes se vuelcan hacia el comercio sexual⁹⁰.

En 2009, la tasa general de desempleo de Europa central, Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes fue la más alta de todas las regiones del mundo, ya que alcanzó un 10,4%⁹¹. Las epidemias de VIH de los países de esta región se concentran en las poblaciones que se inyectan drogas, cuyos comportamientos son el combustible de la propagación de la epidemia en la región.

Vivir en un país con una epidemia generalizada de VIH genera una dinámica propia en el empleo. Un estudio del año 2005 sugiere que en los países con elevada carga en términos de VIH los jóvenes tienen mayor participación en las fuerzas laborales que en los países menos afectados⁹².

En muchos países de elevada prevalencia del VIH, la disponibilidad y utilización de preservativos entre los jóvenes de 15 a 24 años están mejorando, pero la aceptación generalizada del preservativo es todavía baja⁹³. En el África subsahariana, el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que tienen parejas sexuales múltiples e informaron haber utilizado preservativos en su última relación fue de un 47% entre los varones jóvenes y un 32% entre las mujeres jóvenes. En Asia (excluida China), un 34% de los varones jóvenes y un 17% de las mujeres jóvenes con parejas múltiples utilizaron preservativos en su última relación sexual⁹⁴.

La baja utilización de los preservativos puede relacionarse con su escasa disponibilidad y, según los datos de los países que recopilan ese tipo de información, quizás su utilización no sea proporcional a las necesidades. Así, por ejemplo, en Namibia, cuya población no llega a los dos millones de habitantes, en 2008-2009 se distribuyeron 33 millones de preservativos⁹⁵, mientras que en Malawi, con una población de 13 millones de habitantes, se distribuyeron algo más de 22 millones de preservativos⁹⁶. En el África subsahariana, el promedio de disponibilidad fue de solamente ocho preservativos por varón adulto por año⁹⁷.

Por lo tanto, en los países en desarrollo aproximadamente 215 millones de mujeres en edad reproductiva que desean evitar o retrasar un embarazo deben confiar exclusivamente en métodos de anticoncepción tradicionales, que registran una elevada tasa de fallas en términos de prevención del embarazo y no ofrecen protección contra el VIH⁹⁸.

En el año 2009, en los países de ingreso bajo o medio, solamente un 26% de las 125 millones de mujeres embarazadas se sometió a una prueba del VIH⁹⁹. En África subsahariana hay aproximadamente 1.260.000 mujeres embarazadas que viven con el VIH [de 810.000 a 1.700.000], mientras que en el sur de Asia hay aproximadamente 47.000 [de 23.000 a 78.000], en América Latina y el Caribe aproximadamente 30.000 [de 19.000 a 41.000], y en Europa oriental, Europa central y la Comunidad de Estados Independientes aproximadamente 15.000 [de 7.600 a 22.000]¹⁰⁰.

Se estima que en el África subsahariana, solamente en 2009 un 53% [de un 40% a un 83%] de las mujeres embarazadas con VIH recibió medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno-infantil. En el sur de Asia este porcentaje fue del 24% [de un 15% a un 50%]; en Asia oriental y el Pacífico, un 47% [de un 31% a un 68%]; y en América Latina y el Caribe, un 54% [de un 39% a un 83%]¹⁰¹.



“LLEVO UNA VIDA NORMAL”

Lo que nos cuenta Maricarmen ilustra las promesas –y los fracasos– de los esfuerzos en favor de la prevención del VIH. Habiéndose infectado en la etapa perinatal,

cuando llegó a la adolescencia descubrió que vivía con el VIH y comenzó a sufrir estigma y rechazo. Desde entonces ha recibido tratamiento y apoyo, y se ha convertido en una joven mujer que considera que el futuro es promisorio. Esto fue lo que nos dijo:

“Vivo en los suburbios de la Ciudad de México con mi esposo y mi hijo de tres años, y ya tenía el VIH cuando nací. Debido a la infección, mi padre murió cuando yo tenía tres años, y seis años después también perdí a mi madre. Aunque ellos supieron que yo tenía el virus desde el momento en que nací, nunca recibí ningún tratamiento. Poco antes de cumplir 15 años, cuando estaba viviendo con una tía, me enteré de mi enfermedad y comencé a tratarme. En ese momento empecé a sufrir rechazo de parte de mis propios familiares, por lo que a partir de entonces decidí ir a vivir a un hostel y a una residencia para mujeres. Fue allí donde comencé a tener consultas médicas regulares.

“Unos tres años después conocí al hombre que hoy es mi esposo y el padre de mi hijo. Él estuvo al tanto de mi situación desde el principio de nuestra relación. Durante el embarazo, los médicos me ayudaron a tomar todas las medidas necesarias para evitar que mi hijo naciera con el virus.

“Mi hijo nació por cesárea, no lo amamanté, y se le administró un tratamiento con medicamentos antirretrovirales durante los primeros días de vida. En la actualidad, mi hijo está totalmente sano, tal como mi esposo. Llevamos una vida normal, como la de cualquier otro matrimonio. La única diferencia es que nos cercioramos de tener relaciones sexuales seguras.

Llevo una vida normal... y tan pronto como mi hijo comience a ir a la escuela, yo también lo haré, para poder comenzar a trabajar en el futuro.” ■

Maricarmen, 23 años, Ciudad de México

Soluciones basadas en la información que proveen las evidencias

Intervenciones biomédicas

En los lugares donde el sexo heterosexual es el modo clave de transmisión del VIH, la circuncisión masculina realizada por médicos reduce significativamente –aproximadamente en un 60%– el riesgo de infección del hombre¹⁰². En un análisis reciente de los costos e impactos que supondría intensificar la circuncisión masculina entre los adultos de 14 países del África oriental y meridional para abarcar a un 80% de los recién nacidos y los varones de 15 a 59 años antes del año 2015, se llegó a la conclusión de que el proyecto tendría un costo de 4.000 millones de dólares, pero para el año 2025 se habrían evitado cuatro millones de infecciones por VIH y se habrían ahorrado más de 20.000 millones de dólares en costos de terapias antirretrovirales¹⁰³.

Kenya ha comenzado un programa a gran escala de circuncisión masculina y otros países prioritarios están planificando la ampliación de la circuncisión masculina a nivel nacional. Hasta la fecha, los varones de menos de 15 años representan un 45% de los participantes en la Iniciativa Resultados Rápidos de Nyanza, Kenya¹⁰⁴. En Sudáfrica, dentro del marco de un proyecto que se está llevando a cabo en el condado de Orange Farm, un 75% de los participantes circuncidados entre enero de 2008 y noviembre de 2009 tenían de 15 a 24 años, con una proporción especialmente elevada de adolescentes de 15 a 19 años¹⁰⁵. En este condado había una prevalencia elevada del VIH, por lo que la participación en el proyecto ha sido numerosa y continúa aumentando.

En Rwanda, recientes modelos de relación de costos y beneficios determinaron que la circuncisión masculina de recién nacidos y adolescentes generaría ahorros a lo largo del tiempo. Las conclusiones sugieren que la estrategia de circuncisión de los recién nacidos debería acompañarse con una campaña adicional de circuncisión masculina en adolescentes y adultos hasta que ya no sea necesaria¹⁰⁶. La prevalencia del VIH en los adultos de Rwanda es de un 2,9%.

Aquí, como en otras partes, los programas de circuncisión deben también destacar la importancia del uso correcto y sistemático de preservativos y la realización de pruebas del VIH como parte de un proceso permanente de prevención.

Suministro y utilización de preservativos

Los preservativos de látex masculinos son por sí mismos la tecnología más eficaz disponible para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones¹⁰⁷. Existen pruebas de que la promoción del uso del preservativo entre los jóvenes no aumenta su comportamiento sexual ni ningún otro comportamiento de alto riesgo¹⁰⁸. Con todo, hay actitudes sociales y culturales que plantean obstáculos considerables al uso de preservativos. Un estudio llevado a cabo por el Departamento de Salud de las provincias del oeste de Sudáfrica



mostró que, si se desea alcanzar el nivel de utilización necesario para que se logre un impacto determinante, las asociaciones con actores que no pertenecen al sector de la salud son un elemento clave para cambiar las actitudes negativas respecto del uso de preservativos¹⁰⁹.

Los preservativos femeninos no se promocionan tan ampliamente como los masculinos, si bien su distribución en todo el mundo ha aumentado, de 11,8 millones en 2004 a 50 millones en 2009¹¹⁰. No obstante, todavía es bajo el nivel de disponibilidad, de solamente 1 por cada 36 mujeres en todo el mundo¹¹¹. Una campaña iniciada a través de medios de comunicación y redes sociales en Zimbabwe, centrada en la comprensión de los comportamientos que generan riesgos, ayudó a aumentar la distribución pública de preservativos femeninos de 400.000 en 2005 a 2 millones en 2008, así como un aumento de las ventas de 900.000 a 3 millones en el mismo período¹¹².

Muchos de los éxitos de la prevención del VIH en Asia se deben a la combinación de modelos de prevención basados en la prestación de servicios y en el cambio social, acompañados de la movilización de las poblaciones clave en alto riesgo de exposición. En la India, el programa Avahan ha demostrado que los programas intensivos dirigidos a las poblaciones difíciles de alcanzar que combinan la promoción de los preservativos y la prestación de un paquete completo de servicios, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, pueden ser eficaces para aumentar el uso correcto y sistemático de preservativos¹¹³. En Camboya y Tailandia, la elevada disponibilidad y utilización de preservativos, junto a las políticas implementadas por el gobierno para un “ciento por ciento” de utilización de preservativos entre los trabajadores sexuales, fueron un elemento clave para reducir la prevalencia del VIH entre las poblaciones clave¹¹⁴.

Salud sexual y reproductiva, planificación familiar y prevención de la transmisión materno-infantil para las mujeres jóvenes

Administrar un breve tratamiento de medicamentos antirretrovirales a las víctimas de violación o a las personas que tuvieron relaciones sexuales sin preservativos es una forma eficaz de prevenir la infección por VIH¹¹⁵. Recientes investigaciones también han aumentado la esperanza de que los medicamentos antirretrovirales administrados en dosis profilácticas previas a la exposición o como ingrediente principal de un gel microbicida podrían proteger a las personas que insisten en no utilizar preservativos durante el sexo de riesgo o a las mujeres que desean quedar embarazadas¹¹⁶. Pruebas recientes de un gel a base de tenofovir generaron resultados prometedores como medio para ofrecer a las mujeres una opción de prevención que la propia mujer puede controlar¹¹⁷. De demostrarse su eficacia y difundirse su utilización, estas medidas de prevención específicas para el VIH constituirán un aporte de importancia al proceso de prevención permanente.

Los hombres y mujeres jóvenes en transición a la vida adulta que deseen ser padres cuentan con oportunidades que les ayudarán a garantizar que sus hijos comiencen una vida libre del VIH. Para las mujeres jóvenes, hay oportunidades cruciales en los servicios de planificación familiar y el acceso a servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Los hombres jóvenes también cuentan con grandes oportunidades para prevenir la transmisión del hombre a la mujer y de ésta al feto, y para alentar a sus esposas o parejas sexuales a aprovechar los servicios disponibles de prevención de la transmisión materno-infantil.

En algunos países de Europa oriental y el centro de Asia se están realizando esfuerzos para promover el acceso a terapias antirretrovirales dentro del contexto de la salud materno-infantil y los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil para las embarazadas seropositivas que se inyectan drogas, muchas de las cuales son jóvenes. Con un nivel del 94%, el acceso de las mujeres embarazadas de la región a la profilaxis antirretroviral ya es elevado¹¹⁸. La inclusión de este grupo extremadamente marginado en estos servicios podría hacer que Europa oriental y el centro de Asia se conviertan en la primera región que virtualmente elimine la transmisión vertical del VIH.

El efecto comprobado de la combinación de regímenes de medicamentos antirretrovirales para reducir la carga viral y, por tanto, el riesgo de la transmisión materno-infantil del VIH también tiene otras implicaciones respecto de la prevención del VIH a los jóvenes. Urgir a todas las personas a someterse a pruebas del VIH y hacer que las personas elegibles comiencen un tratamiento puede generar importantes dividendos para la prevención. De cumplirse en forma generalizada, dichas iniciativas de “tratamiento como prevención” pueden reducir el impacto del sida resultante de las parejas sexuales múltiples y otros comportamientos que exponen a los jóvenes a un nivel de riesgo elevado¹¹⁹.

Acceso a los jóvenes en su lugar de trabajo

La mayoría de los hombres y mujeres afectados por la epidemia de VIH están en edad de trabajar, por lo que el lugar de trabajo ofrece un punto de entrada ideal para promocionar el acceso a la prevención y tratamiento del VIH y a los servicios de atención y apoyo a los jóvenes, tanto cuando el trabajo es formal o informal, o simplemente una pasantía de formación profesional. Empoderar a las mujeres y hombres de todas las edades para que puedan desarrollar actividades productivas es una prioridad para reducir los estigmas y la discriminación relacionados con el VIH, apoyar los medios de subsistencia de los afectados por el sida y prevenir nuevas infecciones. Apoyar la creación de puestos de trabajo es un elemento crucial para corregir la falta de protección social que enfrentan muchos trabajadores jóvenes afectados por el VIH, especialmente en la economía informal¹²⁰.

Existen enfoques innovadores relacionados con el lugar de trabajo que pueden satisfacer las necesidades de los jóvenes. En Sudáfrica, el programa Techno Girls Career Mentorship [Tutoría para niñas tecnológicas] se centra en el desarrollo de competencias entre las adolescentes en sectores en los que predominan los varones, tales como matemáticas, ciencias y tecnología. El propósito del programa es identificar a niñas de los grados 10 a 12 con alto rendimiento o elevada motivación, procedentes de entornos desfavorecidos y, en especial, de zonas rurales, y conectarlas con empresas que operan en Sudáfrica. Las niñas trabajan períodos de una semana cada vez, tres veces al año, durante tres años. Desde la creación de Techno Girls con el apoyo de UNICEF en 2006, más de 2.000 adolescentes y mujeres jóvenes han sido contratadas por empresas de cuatro provincias, y ahora los esfuerzos han adquirido escala nacional¹²¹.

En Camerún, un esquema de microfinanzas creado por la Oficina Internacional del Trabajo ha ayudado a 112 familias a adquirir técnicas comerciales y facilitar su acceso a servicios de asesoramiento y apoyo respecto del VIH, así como a aumentar la concienciación sobre los estigmas y la discriminación entre los participantes del proyecto, incluidas las instituciones financieras participantes. Once meses después de la creación del esquema, un 98% de los participantes ya administraba exitosamente su propia pequeña empresa, un 86% ya había cancelado parte de su préstamo y un 65% había abierto una cuenta de ahorro. La mayoría de los participantes mencionó que habían aumentado sus ingresos y que tenían un sentimiento más fuerte de su propia valía y una sensación de empoderamiento¹²².

En Filipinas, el Congreso de Sindicatos ha promovido desde 1995 esfuerzos por aumentar el acceso de los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva en el lugar de trabajo y ha logrado que miles de jóvenes tuvieran acceso a información y servicios; también negoció una licencia con paga para que los trabajadores jóvenes pudieran asistir a eventos sobre salud sexual y reproductiva y ayudó a solidificar asociaciones para fortalecer redes de derivación, incluida la prestación de servicios sensibles al género y destinados específicamente a los jóvenes. El Congreso de Sindicatos usa un eslogan para promover la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes como parte de los demás derechos humanos: *Salud sexual y reproductiva: Buena salud... nuestro derecho*, y cuenta con la asistencia del proyecto del Fondo de Población de las Naciones Unidas sobre salud reproductiva para los jóvenes en el trabajo¹²³.

Numerosos estudios han llegado a la conclusión de que mejorar la estabilidad económica de la mujer puede ayudarle a insistir en tener relaciones sexuales más seguras¹²⁴. Un estudio realizado recientemente en Sudáfrica mostró que agregar un componente de salud bien definido a los programas de microfinanzas aumentaba el empoderamiento de la mujer, reducía las situaciones de violencia por parte de su pareja y aumentaba los comportamientos que la protegían del VIH, en comparación a las mujeres que solamente desarrollaban la actividad microfinanciera¹²⁵.

Es hora de aprovechar las oportunidades para:

- promover intervenciones biomédicas comprobadas, tales como la circuncisión masculina de los adultos, en los lugares con elevada prevalencia del VIH y baja prevalencia de la circuncisión masculina;
- desarrollar y promover intervenciones biomédicas que puedan ser controladas por la mayoría de las mujeres vulnerables como, por ejemplo, preservativos femeninos, microbicidas y profilaxis con posterioridad a la exposición;
- crear oportunidades y fuentes de sustento para ofrecer a los adultos jóvenes sostenibilidad económica, perspectivas para el futuro y una fuerte motivación para preservar su salud;
- cultivar políticas y culturas para el lugar de trabajo que respeten la salud sexual y reproductiva y los derechos de los jóvenes, reduzcan la estigmatización y faciliten el acceso a servicios de prevención y tratamiento del VIH y servicios de atención y apoyo;
- mejorar el acceso a servicios integrados de salud reproductiva y planificación familiar de conformidad con las políticas nacionales;
- reconocer y corregir las normas sociales que hacen que las mujeres jóvenes sean muy vulnerables debido a los roles de género y las realidades económicas.

6. ADOLESCENTES y JÓVENES que VIVEN con el VIH

De 10 a 24 años: la mayoría desconoce su condición serológica; las pruebas y los servicios de asesoramiento adquieren importancia crucial.

En 2009 había unos 5 millones [de 4,3 a 5,9 millones] de jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH, además de los 2,5 millones [de 1,6 a 3,4 millones] de niños menores de 15 años que también vivían con el virus. A estos adolescentes y jóvenes que llegan a la transición hacia la vida adulta no se les presta suficiente atención.

Desafíos

En términos globales, en 2009 había un total estimado de 2 millones [de 1,8 a 2,4 millones] de adolescentes de 10 a 19 años que vivían con VIH (ver Tabla 6). Un número estimado de 1,5 millones [de 1,4 a 1,7 millones] de estos adolescentes habitaban en el África subsahariana y 1,2 millones [de 1,0 a 1,4 millones], en el África oriental y meridional (ver Gráficos 9 y 10). La mayor concentración de niñas y varones adolescentes que viven con el VIH se encuentra en Sudáfrica y Nigeria, así como en la India, Kenya, Malawi, Mozambique, la República Unida de Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

En todas las regiones en desarrollo, con excepción del sur de Asia y la región de América Latina y el Caribe, los datos muestran claramente la profunda vulnerabilidad de las adolescentes a la infección por VIH. Al llegar a los 19 años, el impacto combinado de muchos factores –causas biológicas, pocos conocimientos sobre el VIH, escasa percepción de los riesgos, comportamientos tales como el inicio precoz de la actividad sexual y el uso poco frecuente de preservativos, barreras estructurales que impiden el acceso a servicios y protección, y normas sociales que perpetúan la desigualdad de género– ya ha hecho sentir sus efectos en las adolescentes, con consecuencias que acortarán la vida de millones de jóvenes o podrían inhibir gravemente el despliegue pleno de su potencial.

Los jóvenes que viven con el VIH contrajeron el virus o bien “verticalmente”, por transmisión materno-infantil, o bien “horizontalmente”, por practicar relaciones sexuales sin protección (incluida la violación o el abuso de menores) o por compartir con una persona infectada instrumentos para inyectarse drogas. Para los jóvenes que contrajeron el virus verticalmente, su situación es el corolario de un ciclo de dificultades no superadas: sus padres no contaban con servicios de prevención de la transmisión materno-infantil o no hicieron uso de ellos, y a ellos, en la niñez, no se les realizaron pruebas.

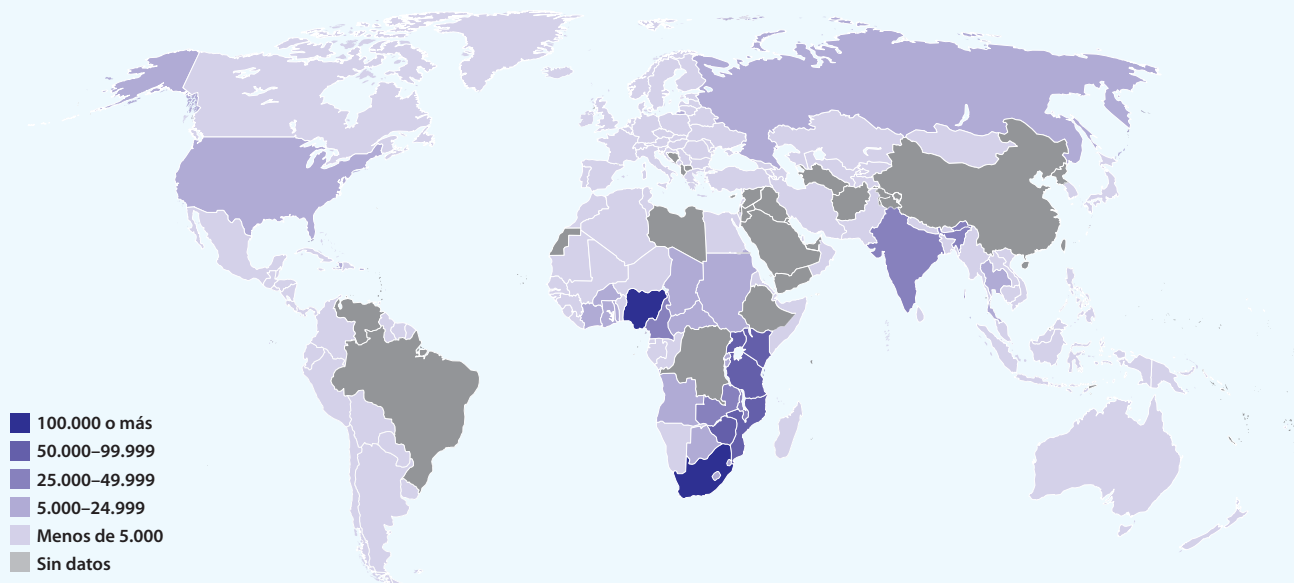
TABLA 6: Adolescentes de 10 a 19 años de edad que viven con el VIH, 2009

Región	Mujeres		Varones		Total	
	Número estimado	[Estimación mínima – estimación máxima]	Número estimado	[Estimación mínima – estimación máxima]	Número estimado	[Estimación mínima – estimación máxima]
África oriental y meridional	760.000	[670.000 - 910.000]	430.000	[370.000 - 510.000]	1.200.000	[1.000.000 - 1.400.000]
África occidental y central	330.000	[270.000 - 440.000]	190.000	[140.000 - 240.000]	520.000	[390.000 - 680.000]
Oriente Medio y África septentrional	22.000	[17.000 - 30.000]	9.700	[7.800 - 12.000]	32.000	[25.000 - 40.000]
Asia meridional	50.000	[44.000 - 57.000]	54.000	[47.000 - 66.000]	100.000	[90.000 - 130.000]
Asia oriental y el Pacífico	27.000	[15.000 - 30.000]	23.000	[14.000 - 34.000]	50.000	[29.000 - 73.000]
América Latina y el Caribe	44.000	[34.000 - 55.000]	44.000	[31.000 - 82.000]	88.000	[62.000 - 160.000]
Europa central, Europa oriental y Comunidad de Estados Independientes	9.000	[7.700 - 10.000]	3.900	[3.400 - 4.500]	13.000	[11.000 - 15.000]
Todo el mundo	1.300.000	[1.100.000 - 1.500.000]	780.000	[670.000 - 900.000]	2.000.000	[1.800.000 - 2.400.000]

Fuente: ONUSIDA, estimaciones no publicadas, 2010.



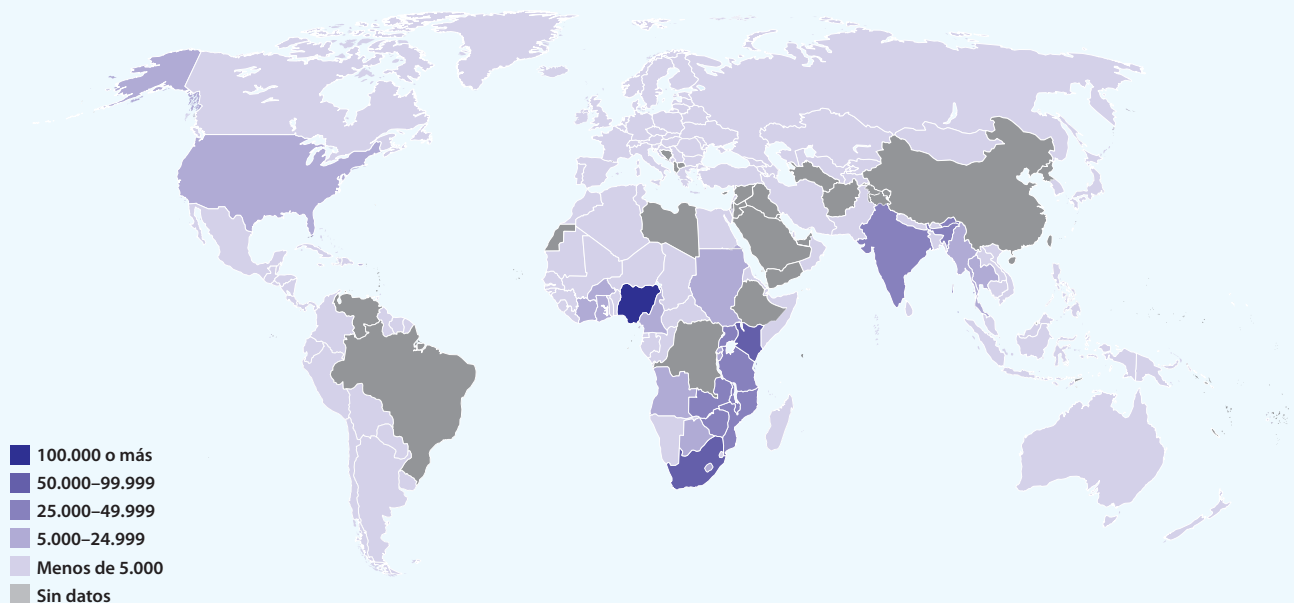
GRÁFICO 9: Número estimado de niñas adolescentes de 10 a 19 años de edad que viven con el VIH, 2009



Fuente: ONUSIDA, estimaciones no publicadas, 2010.

Nota: El mapa es un modelo estilizado que no se realizó a escala. No refleja ninguna toma de posición por parte de UNICEF con relación a la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera. La línea punteada representa en forma aproximada la Línea de Control de Jammu y Cachemira que fue acordada por la India y el Pakistán. Las Partes aún no han acordado la situación definitiva de Jammu y Cachemira.

GRÁFICO 10: Número estimado de varones adolescentes de 10 a 19 años de edad que viven con el VIH, 2009



Fuente: ONUSIDA, estimaciones no publicadas, 2010.

Nota: El mapa es un modelo estilizado que no se realizó a escala. No refleja ninguna toma de posición por parte de UNICEF con relación a la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera. La línea punteada representa en forma aproximada la Línea de Control de Jammu y Cachemira que fue acordada por la India y el Pakistán. Las Partes aún no han acordado la situación definitiva de Jammu y Cachemira.

Soluciones

Los adolescentes que viven con el VIH requieren acceso a servicios, desde el diagnóstico serológico inicial a los cuidados continuados que necesitarán a partir de entonces, para garantizar que cumplan su tratamiento, tengan un estado de salud positivo y mantengan la dignidad. Para cada contexto diferente se han desarrollado diversos enfoques diagnósticos, como, por ejemplo, el uso de mejores algoritmos como guía para recomendar o no la realización de las pruebas del VIH a los adolescentes que realizan una consulta en las instituciones de atención primaria de la salud de Sudáfrica y Zimbabwe¹²⁶.

En 2010, en una consulta general realizada en Kampala, Uganda, se alcanzó el consenso en cuanto al tipo de servicios y apoyo que requieren los adolescentes que viven con el VIH, que trascienden la mera atención médica: los adolescentes con VIH necesitan una familia que les brinde apoyo, y un ambiente escolar y comunitario que les permita alcanzar su pleno potencial y no fomente la estigmatización y la discriminación. Para lograr tales ambientes, es necesario que se aumente la concienciación y se logre el compromiso de participación de los líderes de la comunidad. Al nivel de las instalaciones, los adolescentes necesitan servicios que incluyan diagnóstico precoz; ayuda para transmitir la información a familiares, educadores y parejas; centros de remisión de casos de salud mental y psicosocial, si fuera necesario; información y servicios de salud sexual y reproductiva; servicios de prevención del VIH; y servicios de tratamiento y atención propiamente dichos. Según el grado de avance del VIH, pueden también necesitar atención en su domicilio y, en caso de embarazo, servicios de prevención de la transmisión materno-infantil¹²⁷.

Los programas de apoyo que ofrecen servicios deben tener en cuenta los demás factores que afectan el bienestar de estos adolescentes. Según un estudio realizado en el Brasil, la mayoría de los adolescentes que viven con el VIH asistía a la escuela cuando se inició su tratamiento; luego, un 29% abandonó los estudios y la mitad de los que siguieron asistiendo no logró aprobar los cursos¹²⁸. En Zimbabwe, una encuesta realizada al personal de los 131 centros de salud del país que brindan atención para el VIH reveló dos problemas que afectan especialmente a los adolescentes: problemas psicosociales y la observancia del tratamiento¹²⁹.

El Centro de Clínicas Infantiles de Botswana-Baylor atiende a muchos niños con VIH, incluidos muchos adolescentes, a quienes ofrece una amplia variedad de servicios y apoyo médicos, psicológicos y educativos. En Uganda, Mildmay International usa un enfoque integrado que reduce la estigmatización y la dependencia de los adolescentes, y contribuye a mejorar su autoconfianza. El Centro del Programa de Investigaciones sobre el sida (CAPRISA) de Sudáfrica ha logrado promisorios avances apoyando a los adolescentes con VIH para que revelen su situación, dado que se ha determinado que informar lo que les ocurre es extremadamente difícil para los adolescentes, así como para sus padres, madres y educadores.

Pese a los logros alcanzados por estos programas, algunos de ellos también revelan las limitaciones de los programas “pediátricos”, la necesidad de integrar mejor los servicios para adolescentes a los demás servicios existentes, y las necesidades insatisfechas de los adolescentes que no viven en las ciudades donde están ubicados los programas. También es menester idear formas de ayudar a los adolescentes a pasar de la atención pediátrica a la atención para adultos.



EL GRUPO DE LOS MIÉRCOLES: UN LUGAR DONDE COMPARTIR EXPERIENCIAS Y RECIBIR APOYO

El Grupo de los Miércoles, de Lusaka, Zambia, es un lugar donde los adolescentes con VIH pueden reunirse, compartir ideas y sentimientos, hablar con consejeros, y simplemente descansar y pasar un buen rato. La Red de personas de Zambia que viven con el VIH/sida ofrecía sesiones de orientación de grupo para todas las edades. En 2010, un grupo de jóvenes le pidió a un consejero que organizara una sesión solo para jóvenes, a fin de centrarse en temas de su interés: las relaciones, la sexualidad, la revelación de su situación y la discriminación de los pares. Las narraciones de algunos integrantes del grupo muestran las dificultades de los adolescentes que viven con el VIH.

Malama (nombre ficticio) vive con una tía que ha cuidado de ella desde que sus padres murieron, cuando todavía era muy pequeña. Se enfermaba con frecuencia, pero nunca le habían dicho por qué, y durante una hospitalización, a los 13 años, se enteró de que tenía el VIH. Le costaba entender por qué se había infectado, ya que nunca había tenido relaciones sexuales. La tía informó a la maestra, los demás niños de la escuela se enteraron, y pronto Malama fue aislada por sus compañeros. Su novio, con quien salía desde hacía poco, se apartó de ella. Durante los últimos seis meses Malama no ha ido a la escuela.

Simón, que ahora tiene 18 años y también vive con el VIH desde su nacimiento, no les contó su situación a sus amigos, por temor a sufrir el mismo tipo de discriminación. Sale con sus amigos, a veces bebe cerveza y ha tenido relaciones sexuales con mujeres, pero con preservativo.

Los temas que surgen con frecuencia en las conversaciones del Grupo de los Miércoles incluyen la falta de transparencia, incluso entre los familiares, la falta de apoyo e incluso la hostilidad manifiesta que sufren en la escuela, la falta de información sobre cómo y cuándo dar a conocer su situación, y la necesidad de mayor apoyo y orientación por parte de sus pares. ■

El programa *Salud, Dignidad y Prevención Positivas*, patrocinado por la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH, ha expresado en forma completa las amplias necesidades de las personas que viven con el VIH, que trascienden con creces la mera prevención de la transmisión: esta Red ha manifestado la necesidad de que se tengan en cuenta los derechos humanos de sus integrantes, así como problemas de igualdad de género, acceso a los servicios, atención de la salud sexual y reproductiva, y dificultades en otras esferas¹³⁰. Además, los adolescentes y jóvenes que viven con el VIH necesitan una visión amplia de su salud física y mental y su potencial, y la información que provea este grupo de edad será por cierto muy beneficiosa para la implementación del programa de la Red.

Es hora de aprovechar las oportunidades para:

- mejorar los sistemas de seguimiento y evaluación para garantizar que se sepa cuántos adolescentes y jóvenes viven con el VIH y se reconozcan y atiendan sus necesidades cambiantes;
- garantizar una mayor participación de los jóvenes que viven con el VIH en la elaboración de políticas y programas;
- ayudar a más adolescentes y jóvenes a tomar conocimiento de su situación y eliminar su posterior estigmatización cuando la den a conocer;
- ampliar la cobertura de los servicios destinados a los adolescentes que viven con el VIH para atender sus necesidades médicas, emocionales y psicológicas;
- tratar a los jóvenes que viven con el VIH como lo que son: jóvenes con vidas reales, dificultades reales y anhelos para el futuro.

“CREÍA QUE NO TENDRÍA NINGÚN FUTURO”

Marko nunca pensó que llegaría a cumplir los 23 años. Infectado por VIH a los dos años debido a la contaminación de una aguja de vacunación, se abrió camino a través de una adolescencia dificultosa, cada vez con más enfermedades, luego de haber descubierto su condición a los 12 años. Pudo acceder al tratamiento con medicamentos antirretrovirales y otros servicios de apoyo con la ayuda de la Asociación Nacional de Personas que Viven con el VIH. En sus propias palabras:

“Me quedé absolutamente, totalmente anonadado. No tenía ninguna información; sabía poco y nada. Me deprimí profundamente. Lloraba por cualquier cosa. Siempre había deseado ser jugador de fútbol profesional, pero el deterioro de mi salud significaba que ya no podría cumplir esa meta. Cada vez que veía un partido de fútbol, me deprimía... Creía que no tendría ningún futuro.

“En determinado momento, me enamoré. Le dije a la chica que tenía VIH. Ella me aceptó tal como soy, pero sus padres y su hermana no estuvieron de acuerdo... Me sentí muy, muy mal... Y pensaba que si yo me sentía así, ¿cómo se sentirán las personas que fueron echadas de su comunidad? Además, había escuchado todo tipo de historias; por ejemplo, que a una persona con VIH la habían echado de su comunidad a pedradas y no le permitían beber agua de sus pozos.

“Realmente nunca creí que llegaría a esta edad y me sentiría tan bien. Voy al gimnasio. Me siento bien... Trabajo, voy a la escuela, aprendo. Me esfuerzo por hacer la mayor cantidad posible de cosas ‘normales’. Creo que hago las mismas cosas que cualquier otra persona que no tiene problemas de salud.” ■

Marko, 23 años, Europa sudoriental

Luego de la entrevista, el estado de salud de Marko se deterioró significativamente como resultado de cambios frecuentes en el tratamiento con medicamentos antirretrovirales, motivados por interrupciones en su acceso al tratamiento. Esta es una grave dificultad en los países donde el acceso permanente a terapias eficaces requiere no solamente compromiso financiero y apoyo de parte de los gobiernos sino también medidas suficientes de planificación, adquisiciones y gestión de los medicamentos.



7. OPORTUNIDADES para TOMAR MEDIDAS

Existen grandes oportunidades para revitalizar la prevención del VIH en los adolescentes y jóvenes. Debemos intensificar las diversas opciones de intervención y enfoques innovadores basados en la información generada por las pruebas que tenemos a nuestra disposición. Es más, los jóvenes son la población con mayores probabilidades de adoptar un comportamiento más seguro, razón por la cual invertir en la prevención es una decisión acertada, pues produce dividendos a corto y largo plazo, desde menores tasas de embarazo en la adolescencia y enfermedades de transmisión sexual, hasta una reducción de la incidencia del VIH.

Los ejemplos de éxitos y fracasos en la prevención del VIH en la adolescencia y la juventud destacan la necesidad de crear un proceso de prevención permanente en su beneficio. Dicho proceso comienza con las necesidades de la persona a medida que transita por las diferentes etapas de la vida, desde el comienzo de la adolescencia, durante los últimos años de la adolescencia y hasta el principio de la juventud. Como en el caso de todas las poblaciones, la respuesta destinada a los jóvenes debe ajustarse según las características de la epidemia en este grupo poblacional, pues las comunidades afectadas deben “apropiarse” de dicha respuesta.

La prevención permanente debe reflejarse en los procesos de planificación e implementación nacionales, con una clara definición de las responsabilidades de cada sector. Las estrategias de prevención dependen de que cada uno “conozca su propia epidemia” y sepa quiénes se han infectado recientemente y por qué, para poder adaptar el proceso a los riesgos y tendencias identificados.

Para poder reducir la incidencia del VIH entre los jóvenes se debe implementar un conjunto de medidas combinadas. Estas deben iniciarse de manera precoz y aplicarse de forma apropiada a la edad de las poblaciones destinatarias, en la escala correcta y teniendo en cuenta la dimensión de su impacto en relación con sus costos.

Para lograr un proceso de prevención permanente que ayude a los niños a llevar una vida libre de VIH en su tránsito hacia a la edad adulta, *Oportunidades en tiempos de crisis* recomienda redoblar la atención en relación a las siguientes medidas clave:

1. Brindar a los jóvenes información y un programa completo de educación sexual

Las vías idóneas para comunicar información precisa y completa incluyen escuelas, servicios de atención de la salud, programas comunitarios e instituciones religiosas, así como los medios de comunicación que atraen a los jóvenes.

2. Fortalecer las medidas de protección del niño y protección social para prevenir la explotación de los niños y adolescentes vulnerables

Los adolescentes muy jóvenes están en riesgo de contraer el VIH debido a que no cuentan con la protección requerida. Los padres, educadores y familiares cercanos, con la ayuda de programas de protección social que incluyan el empoderamiento económico, pueden ayudar a reducir la exclusión económica y social de las niñas y las mujeres, lo cual reducirá sus comportamientos de riesgo. Se deben corregir las causas subyacentes de la vulnerabilidad: dificultades económicas, familias disfuncionales y explotación.

3. Lograr la participación de los jóvenes

Los propios jóvenes deben apropiarse de los riesgos y de las correspondientes estrategias de prevención. La tecnología puede fortalecer la conexión de los jóvenes entre sí y con el mundo que les rodea, y puede mejorar la demanda y la utilización de servicios y productos de prevención eficaces.

Continúa ►



◀ Continúa

4. Lograr que las comunidades participen en la conformación de un entorno social positivo que promueva un comportamiento saludable

Las comunidades deben escuchar a los jóvenes, apoyarles y permitirles contribuir. Las escuelas, grupos sociales, familias y líderes locales pueden reforzar la prevención del VIH mediante el fomento de actitudes y normas de comportamiento “más seguras” en los adultos. Los programas nacionales pueden mejorar la participación de los jóvenes mediante tecnología, innovaciones y el uso eficaz de las redes sociales y los medios de difusión.

5. Promulgar leyes y políticas que respeten los derechos de los jóvenes

Se deben promulgar leyes y políticas, y capacitar al personal que presta servicios a fin de asegurar que los jóvenes aprovechen plenamente los sistemas ya existentes. Es necesario eliminar las barreras que impiden el acceso y la utilización de productos y servicios mediante una promoción sostenida y bien definida en la que participen todas las partes interesadas. La información sobre las políticas y los derechos también se deben poner en conocimiento de los jóvenes y los proveedores de servicios.

6. Intensificar las intervenciones de eficacia comprobada en la prevención del VIH

Los gobiernos deben colaborar con las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado para garantizar mejores comunicaciones sobre los servicios relacionados con el VIH, tal como la circuncisión masculina efectuada e indicada por médicos, y crear una demanda efectiva de servicios y productos para los jóvenes sexualmente activos, como, por ejemplo, los preservativos. Los servicios deben adaptarse de modo que puedan llegar a los jóvenes marginados de la sociedad, prevenir la iniciación en el uso de sustancias y reducir los daños que provocan las agujas y jeringas sin esterilizar.

7. Aumentar el número de adolescentes y jóvenes que conocen su condición serológica.

Hay demasiados jóvenes que no conocen su condición serológica. Los países deben eliminar las barreras impuestas por políticas y leyes que desalientan o niegan el acceso a las pruebas del VIH. Los gobiernos deben invertir en terapias antirretrovirales para los jóvenes que viven con el VIH, en la reducción de la estigmatización y en mejores sistemas de protección social para las familias vulnerables.

8. Ampliar los servicios completos para los jóvenes que viven con el VIH, con especial atención a los adolescentes

En gran medida, los servicios dejan de lado a los adolescentes que viven con el VIH, incluso desde el momento del diagnóstico. Los servicios existentes que brindan atención a las personas que viven con el VIH y sida deben atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud, revelación de su situación y cumplimiento del tratamiento, y sus necesidades psicosociales.

9. Fortalecer la vigilancia, evaluación y presentación de los datos sobre los jóvenes y, en especial, los adolescentes

En general, los adolescentes y los jóvenes no cuentan. Es común que los espacios correspondientes a los datos de ciertos grupos de edad, en especial de 10 a 14 y de 15 a 19 años, queden en blanco. Incluir la información que falta ayudará a obtener bases claras para determinar las medidas prioritarias que necesitan los jóvenes. Los enfoques de las evaluaciones deben incluir las percepciones, opiniones y necesidades satisfechas o no de los jóvenes, en términos de su posibilidad de acceder a los servicios, así como la pertinencia y calidad de los servicios que se les ofrecen.

REFERENCIAS

- ¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *La infancia y el Sida: Quinto inventario de la situación*, UNICEF, Nueva York, 2010, p. 17.
- ² Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, *Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de Sida 2010*, ONUSIDA, Ginebra 2010, diapositivas principales.
- ³ Para obtener información sobre la clasificación regional, consultar la página 60.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Country implementation and research update*, OMS y ONUSIDA, 2010, págs. 2 y 8.
- ⁵ Baird, Sarah y otros, *The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behaviour of Young Women*, Documento de Trabajo de Investigaciones sobre Políticas 5089, Serie *Impact Evaluation* N° 40, Banco Mundial, Washington, D.C., octubre de 2009, págs. 16 a 19; Baird Sarah, Craig McIntosh y Berk Ozler, *Cash or Condition? Evidence from a Randomized Cash Transfer Program*, Documento de Trabajo de Investigaciones sobre Políticas 5259, Serie *Impact Evaluation* N° 45, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2010, págs. 34 a 36.
- ⁶ UNICEF, Oficina Regional para Europa central, Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes, *Final Report to Irish Aid: Prevention of HIV among most-at-risk adolescents in Ukraine and South-Eastern Europe, 2006–2010*, UNICEF, Ginebra, diciembre de 2010, págs. 66 y 67 (documento interno).
- ⁷ LeClerc-Madlala, Suzanne, *Cultural Scripts for Multiple and Concurrent Partnerships in Southern Africa: Why HIV prevention needs anthropology*, en *Sexual Health*, Tomo 6, N° 2, mayo de 2009, págs. 103 a 110.
- ⁸ Ng'Wananasabi, Deo. y otros, *Engaging Tanzanian Families and Communities in Prevention of Cross Generation Sex*, Resumen N° 764, *Abstract Book*, págs. 65 y 66, Reunión 2009 de los Encargados de Implementación para el VIH/sida, Windhoek, Namibia, 10 al 14 de junio de 2009.
- ⁹ Halperin, Daniel T. y otros, *A Surprising Prevention Success: Why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe?*, *PLoS Medicine*, Tomo 8, N° 2, febrero de 2011, e1000414, p. 3.
- ¹⁰ Reza, Avid y otros, *Sexual Violence and Its Health Consequences for Female Children in Swaziland: A cluster survey study*, *The Lancet*, Tomo 373, N° 9679, 6 de junio de 2009, págs. 1966 a 1972. En el estudio se define la "violencia sexual" como sexo forzado, sexo bajo coacción, intentos de relaciones sexuales no deseadas, toqueteos no deseados de quien responde o toqueteos forzados del perpetrador.
- ¹¹ Shisana, Olive. y otros, *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey 2008: A turning tide among teenagers?*, HSRC Press, Ciudad del Cabo, 2009, págs. 39 y 84.
- ¹² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Young People and HIV Prevention: Country briefs on HIV prevention response for young people*, Equipo de Trabajo Interinstitucional de ONUSIDA sobre el VIH y los Jóvenes y UNICEF, Nueva York (de próxima publicación).
- ¹³ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Llegar a cero: Estrategia 2011–2015*, ONUSIDA, Ginebra, 2010, págs. 32 y 34.
- ¹⁴ ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010 y estimaciones 2010 no publicadas de ONUSIDA*.
- ¹⁵ Encuesta Demográfica y de Salud de Swazilandia, 2006–2007, citada en *La infancia y el sida: Quinto inventario de la situación*, p. 25.
- ¹⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: Lograr los ODM con equidad*, UNICEF, Nueva York, 2010, p. 32.
- ¹⁷ Ibid.
- ¹⁸ Ibid.
- ¹⁹ ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010*, p. 16.
- ²⁰ ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010*, p. 16. Análisis recientes muestran que entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad la prevalencia del VIH se está reduciendo en muchos lugares con elevada carga de VIH. La prevalencia entre las mujeres jóvenes embarazadas de 15 a 24 años se redujo entre los años 2000 y 2008 en 17 de los 21 países evaluados en un importante análisis reciente. En 10 países del África subsahariana la prevalencia se redujo más de un 25% entre los años 2000 y 2008. ONUSIDA ha informado que, entre 2001 y 2009, la incidencia del VIH (tasa de nuevas infecciones) se redujo más de un 25% en 33 países. En siete países la incidencia entre los jóvenes se redujo al menos un 25%.
- ²¹ ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010*, diapositivas sobre epidemiología, diapositiva N° 11.
- ²² Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología y Family Health International, Vietnam, *Results from the HIV/STI Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) in Vietnam, 2005–2006*, NIHE and FHI/Vietnam, págs. 2 y 50.
- ²³ ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010*, p. 38.
- ²⁴ UNICEF, Oficina Regional para Europa central, Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes, *Blame and Banishment: The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*, UNICEF CEE/CIS, Ginebra, 2010, p. 2.
- ²⁵ *Final Report to Irish Aid: Prevention of HIV among most-at-risk adolescents in Ukraine and South-Eastern Europe, 2006–2010*, p. 16.
- ²⁶ *Results from the HIV/STI Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) in Vietnam, 2005–2006*, p. 2.
- ²⁷ Cifras estimadas provisionales de 2008–2009, HIV Sentinel Surveillance (HSS), citadas en el Informe de Progresos de País de India, p. 13.
- ²⁸ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Challenges Posed by the HIV Epidemic in Latin America and the Caribbean 2009*, OPS, Lima, Perú, octubre de 2009, p. 13.
- ²⁹ *La Infancia y el sida: Quinto inventario de la situación*, p. 15.
- ³⁰ Ferrand, Rashida, *AIDS among Older Children and Adolescents in Southern Africa: Projecting the time course and magnitude of the epidemic*, *AIDS*, Tomo 23, N° 15, 24 de septiembre de 2009, págs. 2039 a 2046.
- ³¹ Extrapolación de los datos de ONUSIDA por parte de la Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Informe de Avances 2009*, OMS, Ginebra, 2009. La mediana del número de adultos (de 15 a 49 años) que viven con el VIH que se habían sometido a pruebas y recibieron los resultados fue de un 15% en base a las encuestas nacionales llevadas a cabo entre 2005 y 2008 (12 países) y de un 39% en base a las encuestas llevadas a cabo en 2007 y 2008 (siete países).
- ³² Johnson, S. y otros, *Second National HIV Communication Survey 2009*, Johns Hopkins Health and Education in South Africa, Pretoria, 2010.
- ³³ Organización Mundial de la Salud, *Why Is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?*, Hoja de datos, OMS/MPS/08.14, 2008.
- ³⁴ Macro International Inc., Measure DHS Stat Compiler [Medición del compilador estadístico de las Encuestas Demográficas y de Salud], <www.measuredhs.com>, 28 de abril de 2011.

- ³⁵ Busza, Joanna y Megan Douthwaite, *Most at Risk Adolescents in Eastern Europe: Building the evidence base*, presentación en PowerPoint ante la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2 de septiembre de 2009.
- ³⁶ Roberts, Anna, Bradley Mathers y Louisa Degenhardt en nombre del Grupo de Referencia sobre el VIH y el Uso de Drogas Inyectables ante las Naciones Unidas, *Women Who Inject Drugs: A review of their risks, experiences and needs*, Centro Nacional de Investigaciones sobre Drogas y Alcohol (National Drug and Alcohol Research Centre, NDARC), Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney, Australia, 2010.
- ³⁷ Busza, Joanna y otros, *Street-Based Adolescents at High Risk of HIV in Ukraine*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010, doi.10/1136/JECH.2009.092469.
- ³⁸ Ball, Andrew y Nick Crofts, *HIV Risk Reduction in Injecting Drug Users*, Capítulo 22 en Lamprey, P.R. y H.D. Gayle, eds., *HIV Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A handbook for the design and management of programs*, Family Health International, Arlington, 2001, p. 523.
- ³⁹ Leclerc-Madlala, Suzanne, *Age-disparate and Intergenerational Sex in Southern Africa: The dynamics of hypervulnerability*, *AIDS*, Tomo 22, Suplemento 4, diciembre de 2008, págs. S17 a S25.
- ⁴⁰ Dolata, S. y K. Ross, *How Successful Are HIV-AIDS Prevention Education Programmes?*, *SACMEQ Policy Issue Series N° 3*, septiembre de 2010.
- ⁴¹ Olson, Rick, *Assessing Risk and Vulnerability of Young People in ESAR for "Improving" HIV Prevention Results*, presentación en PowerPoint ante la reunión de la Red ESARO para la Prevención del VIH, 5 a 7 de abril de 2011.
- ⁴² Underhill, Kristen, Paul Montgomery y Don Operario, *Sexual Abstinence Only Programmes to Prevent HIV Infections in High Income Countries: Systematic review*, *BMJ*, Tomo 335, N° 7613, 4 de agosto de 2007, p. 1.
- ⁴³ Underhill, Kristen, Don Operario y Paul Montgomery, *Systematic Review of Abstinence-Plus Programs in High-Income Countries*, *PLoS Medicine*, tomo 4, N° 9, septiembre de 2007, e275, p. 1471.
- ⁴⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*, Tomo 1, *The Rationale for Sexuality Education*, UNESCO, París, 2009, p. 8.
- ⁴⁵ Kirby, Douglas, B. A. Laris y Lori Roller, *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors among Young Adults*, Family Health International, Research Triangle Park, Carolina del Norte, 2006, p. 17.
- ⁴⁶ *International Technical Guidance on Sexuality Education*, p 8.
- ⁴⁷ Secretaría, Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la Educación, *Preliminary Analysis of Education Sector-relevant NCPI Data Taken from the NCPI Datasheets Provided by UNAIDS*, presentación en PowerPoint ante la 17ª Reunión del Equipo de Trabajo Interinstitucional de ONUSIDA sobre la Educación, Nueva York, 27 y 28 de mayo de 2010.
- ⁴⁸ ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010*, p. 294.
- ⁴⁹ Ross, D. y otros, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the evidence in developing countries*, Serie Technical Report 938, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006.
- ⁵⁰ Rohleder, P. y otros, *HIV/AIDS and Disability in Southern Africa: A review of relevant literature*, *Disability and Rehabilitation*, Tomo 31, N° 1, 2009, págs. 51 a 59.
- ⁵¹ La declaración *Prevenir con Educación* está publicada en línea en el sitio http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_ministerdeclaration_en.pdf, descargado el día 17 de abril de 2010.
- ⁵² Ministerio de Educación Nacional, República de Colombia, *Evaluación del Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía: Informe final*, 28 de octubre de 2008.
- ⁵³ Tindigarukayu, Jimmy K., *A Final Report on Evaluation of the Health and Family Life Education in Jamaica*, Kingston, 15 de noviembre de 2010, págs. 12 y 15.
- ⁵⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *School-based Sexuality Education Programmes: A cost and cost-effectiveness analysis in six countries*, UNESCO, París, 2011.
- ⁵⁵ Palmer, Louise, comp., *Advancing Promising Program and Research/ Evaluation Practices for Evidence-Based Programs Reaching Very Young Adolescents: A review of the literature*, USAID e Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad Georgetown, Washington, D.C., septiembre de 2010, p. 11.
- ⁵⁶ *School-based Sexuality Education Programmes*.
- ⁵⁷ *Ibid.*
- ⁵⁸ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Levers of Success: Case studies of national sexuality education programmes*, UNESCO, París, 2010, p. 9.
- ⁵⁹ *School-based Sexuality Education Programmes*.
- ⁶⁰ Clarke, David, *Sexuality Education in Asia: Are we delivering? An assessment from a rights-based perspective*, Plan Ltd., Bangkok y Surrey, 2010, p. 49.
- ⁶¹ Health and Development Africa, *Soul Buddyz Tomorrow is Ours: Evaluation report 2008*, Instituto Soul City para la Salud y la Comunicación del Desarrollo, Dunkeld West, Sudáfrica, 2008, p. 3.
- ⁶² Adamchak, Susan E. y otros, *The Straight Talk Campaign in Uganda: Impact of mass media initiatives – Summary Report*, Consejo de Población, Washington, D.C., 2007.
- ⁶³ Holtzman, Deborah y Richard Rubinson, *Parent and Peer Communication Effects on AIDS-Related Behavior among U.S. High School Students*, *Family Planning Perspectives*, Tomo 27, N° 6, noviembre/diciembre de 2005, págs. 235 a 240 y 268; Leland, Nancy Lee y Richard P. Barth, *Characteristics of Adolescents Who Have Attempted to Avoid HIV and Who Have Communicated with Parents about Sex*, *Journal of Adolescent Research*, Tomo 8, N° 1, enero de 1993, págs. 58 a 76; Romer, Daniel y otros, *Parental Influence on Adolescent Sexual Behavior in High-Poverty Settings*, *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, Tomo 153, octubre de 1999, págs. 1055 a 1062; Miller, Kim S. y otros, *Patterns of Condom Use among Adolescents: The impact of mother-adolescent communication*, en *American Journal of Public Health*, Tomo 88, N° 10, octubre de 1998, págs. 1542 a 1544.
- ⁶⁴ Vandenhoude, Hilde y otros, *Evaluation of a U.S. Evidence-Based Parenting Intervention in Rural Western Kenya: From Parents Matter! to Families Matter!*, en *AIDS Education and Prevention*, tomo 22, N° 4, agosto de 2010, págs. 328 a 343.
- ⁶⁵ Dr. Kim Miller, comunicación personal, 2 de mayo de 2011; *Families Matter! Program Overview*, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades y Plan de Emergencia de la Presidencia para el Alivio del sida, marzo de 2011.
- ⁶⁶ Palmer, Louise, comp., *Advancing Promising Program and Research/ Evaluation Practices for Evidence-Based Programs Reaching Very Young Adolescents: A review of the literature*, USAID e Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad Georgetown, Washington, D.C., septiembre de 2010, págs. 12, 35 y 36.
- ⁶⁷ Robertson, Laura, Simon Gregson y Geoff Garnett, *Sexual Risk among Orphaned Adolescents: Is country-level HIV prevalence an important factor?*, *AIDS Care*, Tomo 22, N° 8, agosto de 2010, págs. 927 a 938.
- ⁶⁸ Gregson, S. y otros, *HIV Infection and Reproductive Health in Teenage Women Orphaned and Made Vulnerable by AIDS in Zimbabwe*, *AIDS Care*, Tomo 17, N° 7, octubre de 2005, págs. 792 y 793.

- ⁶⁹ Monasch, Roeland y Mary Mahy, *Young People: The centre of the HIV epidemic*, en *Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the evidence in developing countries*, editado por D. Ross y otros, Organización Mundial de la Salud, Serie Technical Report 938, OMS, Ginebra, 2006; Uuskula, A. y otros, *Emergent Properties of HIV Risk among Injecting Drug Users in Tallinn, Estonia, Sexually Transmitted Infections*, Tomo 86, Suplemento 3, 2010, iii79 a iii84.
- ⁷⁰ Busza, Joanna, Nina Ferencic y Paul Nary, *Adolescents and Risk in Eastern Europe: Assessing harm reduction needs*, Resumen N° 380, Abstract Book, p. 66, *Harm Reduction 2009*, 20ª Conferencia Anual de la Asociación Internacional de Reducción de los Daños, Bangkok, Tailandia, 20 a 23 de abril de 2009; Ball, Andrew y Nick Crofts, *HIV Risk Reduction in Injecting Drug Users*, Capítulo 22 en *HIV Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A handbook for the design and management of programs*, Family Health International, Arlington, 2001, p. 523.
- ⁷¹ Kissin, Dmitri M. y otros, *HIV Seroprevalence in Street Youth, St. Petersburg, Russia, AIDS*, Tomo 21, N° 17, noviembre de 2007, págs. 2333 a 2340.
- ⁷² Gregson, S. y otros, *HIV Infection and Reproductive Health in Teenage Women Orphaned and Made Vulnerable by AIDS in Zimbabwe, AIDS Care*, Tomo 17, N° 7, octubre de 2005; OMS, *Why Is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?*, Hoja de Datos, OMS/MPS/08.14, 2008; Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Teenage Motherhood in Latin America and the Caribbean: Trends, problems and challenges*, Challenges, N° 4, enero de 2007.
- ⁷³ *Teenage Motherhood in Latin America and the Caribbean*, p. 5.
- ⁷⁴ *Final Report to Irish Aid: Prevention of HIV among most-at-risk adolescents in Ukraine and South-Eastern Europe, 2006–2010*, p. 33.
- ⁷⁵ Family Health International, *Young People Most at Risk of HIV: Acta de reunión y documento de trabajo del Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre los Jóvenes*, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, el Equipo de Trabajo Interinstitucional de ONUSIDA sobre el VIH y los Jóvenes y Family Health International, FHI, Research Triangle Park, N.C., 2010, p. 67.
- ⁷⁶ En este caso "efectos positivos" a una evaluación que mostró un aumento de la intención de hacerse una prueba del VIH y una reducción de la intención de tener parejas simultáneas. De: Borzekowski, Dina, L. G., *The Project Ignite Evaluation: Tribes in Trinidad and Tobago and Shuga in Kenya and Zambia*, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, 2010, p. 5.
- ⁷⁷ InMind Market Research & Consulting, *MTV Ukraine and UNICEF Production Research for Staying Alive Campaign*, presentación en PowerPoint, diciembre de 2009.
- ⁷⁸ Halperin, Daniel T. y otros, *A Surprising Prevention Success: Why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe?*, *PLoS Medicine*, Tomo 8, N° 2, febrero de 2011, e1000414, p. 2.
- ⁷⁹ The Synergy Project, *Project Lessons Learned Case Study: What happened in Uganda?*, USAID, Washington, D.C., 2002, p. 2; Slutkin, G. y otros, *How Uganda Reversed Its Epidemic, AIDS and Behavior*, Tomo 10, N° 4, julio de 2006, págs. 351 a 361.
- ⁸⁰ Escala de fuentes sobre el aumento de la prevalencia del VIH en Uganda citado en Marco, Michael y Edwin J. Bernard, *Is Uganda's HIV Prevention Success Story "Unraveling"?*, NAM, 22 de agosto de 2006, <www.aidsmap.com/Is-Ugandas-HIV-prevention-success-storyunravelling/page/1424728/>, descargado el 19 de abril de 2011; Ver Shafer, L. A. y otros, *HIV Prevalence and Incidence Are No Longer Falling in Uganda – A Case for Renewed Prevention Efforts: Evidence from a rural population cohort, 1989–2005, and from ANC surveillance*, Resumen THLB01018, 16ª Conferencia Internacional sobre el sida, Toronto, 2006.
- ⁸¹ MEMA kwa Vijana, *Long-term Evaluation of the MEMA kwa Vijana Adolescent Sexual Health Programme in Rural Mwanza, Tanzania: A randomised controlled trial*, Technical Briefing Paper N° 7, MEMA kwa Vijana, noviembre de 2008.
- ⁸² Wight, Daniel y Pieter Remes, *Addressing Parenting in HIV Prevention: Lessons from Mema kwa Jamii*, presentación ante la conferencia *Countdown to 2015: Challenging Orthodoxies Related to SRH and HIV conference*, Londres, 17 y 18 de mayo de 2010, diapositivas 1 a 4.
- ⁸³ Cowan, Frances M. y otros, *The Regai Dzive Shiri Project: Results of a randomized trial of an HIV prevention intervention for youth, AIDS*, Tomo 24, N° 16, 23 de octubre de 2010, págs. 2541 a 2552.
- ⁸⁴ Ng'Wananasabi, Deo y otros, *Engaging Tanzanian Families and Communities in Prevention of Cross Generation Sex*, Resumen N° 764, *Optimizing the Response: Partnerships for sustainability*, Reunión 2009 de los Encargados de Implementación para el VIH/sida, Windhoek, Namibia, 10 a 14 de junio de 2009, Abstract Book, págs. 65 y 66; Ogden, Jessica y Heather Bergmann, *Don't Let Your Loved One Get Involved with a Fataki!: Addressing intergenerational sex in Tanzania through the Fataki Campaign, AIDSStar-One Case Study Series*, diciembre de 2010, págs. 10 y 11.
- ⁸⁵ Campaña 2009-2014 contra el VIH/sida del Instituto Ubuntu: Estrategia de movilización social que hace uso de un enfoque basado en valores, Instituto Ubuntu, 2009, diapositivas 15 a 19.
- ⁸⁶ Baird, Sarah y otros, *The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behaviour of Young Women*. Documento de Trabajo de Investigaciones sobre Políticas 5089, Serie Impact Evaluation N° 40, Banco Mundial, Washington, D.C., octubre de 2009, págs. 16 a 19; Baird Sarah, Craig McIntosh y Berk Ozler, *Cash or Condition? Evidence from a Randomized Cash Transfer Program*, Documento de Trabajo de Investigaciones sobre Políticas 5259, Serie Impact Evaluation N° 45, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2010, págs. 34 a 36.
- ⁸⁷ Organización Mundial de la Salud, *Preliminary Results: Maternal, newborn, child and adolescent health (MNCAH) survey. Adolescent health indicators: Global results*. Departamento de Salud y Desarrollo de Niños y Adolescentes, OMS, Ginebra, 2010 (inédito).
- ⁸⁸ Oficina Internacional del Trabajo, *Global Employment Trends for Youth*, OIT, Ginebra, 2010, p. 20.
- ⁸⁹ *Ibid.*, págs. 3 y 5.
- ⁹⁰ Oficina Internacional del Trabajo, *Gender Equality at the Heart of Decent Work*, Informe VI, 98ª Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, 2009, p. 38.
- ⁹¹ Oficina Internacional del Trabajo, *Global Employment Trends 2011: The challenge of a jobs recovery*, OIT, Ginebra, 2011, p. 32.
- ⁹² Coulibahy, Ibrahima, *The Impact of the HIV/AIDS on the Labour Force in Sub-Saharan Africa: A preliminary assessment*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, octubre de 2005, p.12.
- ⁹³ *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010*, págs. 18 y 86 a 92.
- ⁹⁴ *La Infancia y el sida: Quinto inventario de la situación*, p. 45.
- ⁹⁵ *Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS), Informe de País correspondiente al período 2008–2009*, Ministerio de Salud y Servicios Sociales, Windhoek, Namibia, 2010, p. 25.
- ⁹⁶ *Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS), Informe de País correspondiente al período 2008–2009*, Oficina de la Presidencia y el Gabinete, Departamento de Nutrición, VIH y sida, Lilongüe, Malawi, 2010.
- ⁹⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Comprehensive Condom Programming*, Issues Brief, UNFPA, Nueva York, enero de 2011.

- ⁹⁸ Centro de Derechos Reproductivos y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*, Centro de Derechos Reproductivos y UNFPA, Nueva York, 2010, p. 9.
- ⁹⁹ Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Informe de Avances 2010*, OMS, Ginebra, septiembre de 2010, p. 83.
- ¹⁰⁰ *La Infancia y el sida: Quinto inventario de la situación*, p. 38.
- ¹⁰¹ *Ibid.*
- ¹⁰² Estudios clave hallados en el Centro de intercambio de información sobre la circuncisión masculina para la prevención del VIH, <www.malecircumcision.org/research/clinical_research.html>, descargado el día 19 de abril de 2011.
- ¹⁰³ *Towards Universal Access 2010*, págs. 37 y 38.
- ¹⁰⁴ Gobierno de Kenya, Ministerio de Salud y Sanidad Públicas, Programa Nacional de Control del sida y las enfermedades de transmisión sexual, *Progress Report on Kenya's Voluntary Medical Male Circumcision Programme, 2008–09: Summary*, Nairobi, julio de 2010, p. 10.
- ¹⁰⁵ Lissouba, Pascale y otros, *A Model for the Roll-Out of Comprehensive Adult Male Circumcision Services in African Low-Income Settings of High HIV Incidence: The ANRS 12126 Bophelo Pele Project*, *PLoS Medicine*, Tomo 7, Nº 7, julio de 2010, e1000309, págs. 1 a 3.
- ¹⁰⁶ Binagwaho, Agnes y otros, *Male Circumcision at Different Ages in Rwanda: A cost-effectiveness study*, *PLoS Medicine*, Tomo 7, Nº 1, enero de 2010, e1000211, p. 1.
- ¹⁰⁷ Declaración de posición de ONUSIDA, 2009.
- ¹⁰⁸ Micheilson, K. y otros, *Effectiveness of HIV Prevention for Youth in Sub-Saharan Africa: Systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials' AIDS*, Tomo 24, Nº 8, mayo de 2010, págs. 1193 a 1202.
- ¹⁰⁹ Versteeg, Marije y Montagu Murray, *Condom Use as Part of the Wider HIV Prevention Strategy: Experiences from communities in the North West Province, South Africa*, *Sahara J*, Tomo 5, Nº 2, julio de 2008, págs. 83 a 93.
- ¹¹⁰ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *HIV Prevention Gains Momentum: Successes in female condom marketing*, UNFPA, Nueva York, 2011, págs. 12 y 15.
- ¹¹¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Comprehensive Condom Programming*, Issues Brief, UNFPA, revisión de enero de 2011.
- ¹¹² *HIV Prevention Gains Momentum*, págs. 15 y 16.
- ¹¹³ Ramakrishnan, Lakshmi y otros, *Programme Coverage, Condom Use and STI Treatment among FSWs in a Large-scale HIV Prevention Programme: Results from cross-sectional surveys in 22 districts in southern India*, *Sexually Transmitted Infections*, Tomo 86, Suplemento 1, febrero de 2010, págs. i62 a i68.
- ¹¹⁴ Low-Beer, Daniel y Swarup Sarkar, *Catalyzing HIV Prevention in Asia: From individual to population-level impact*, *AIDS*, Tomo 24, Suplemento 3, septiembre de 2010, págs. S12 a S19.
- ¹¹⁵ Organización Mundial de la Salud, *Post-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection: Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*, OMS, Ginebra, 2007.
- ¹¹⁶ Grant, R. L. y otros, *Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men*, *NEJM*, Tomo 363, Nº 27, 30 de diciembre de 2010, págs. 2587 a 2599; Organización Mundial de la Salud, *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2010, p. 11.
- ¹¹⁷ *La Infancia y el sida: Quinto inventario de la situación*, p. 21.
- ¹¹⁸ *Blame and Banishment*, págs. 44 y 45.
- ¹¹⁹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *UNAIDS Factsheet on Treatment 2.0*, ONUSIDA, Ginebra 2010.
- ¹²⁰ Oficina Internacional del Trabajo, *Recommendation Concerning HIV and AIDS and the World of Work, 2010 (No. 200)*, OIT, Ginebra, 2010.
- ¹²¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Informe Anual de la Oficina en el País de Sudáfrica, UNICEF, Pretoria, 2010 (documento interno).
- ¹²² Kemmegne, Joseph, *Improving the Social and Economic Situation of Women Vulnerable to HIV or Living with the Virus through Microfinance in Cameroon*, Organización Internacional del Trabajo, s/p, 2010.
- ¹²³ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Kaakbay: Building better lives together – Success Stories in Reproductive Health*, Department of Health, Comisión de Población y UNFPA, Manila, 2004.
- ¹²⁴ Pronyk, Paul y otros, *Effect of a Structured Intervention for the Prevalence of Intimate-Partner Violence and HIV in Rural South Africa: A cluster randomised trial*, *The Lancet*, Tomo 368, Nº 9551, 2 de diciembre de 2006, págs. 1973 a 1983; Phinney, Harriet, *Rice is Essential but Tiresome; You Should Get Some Noodles: Doi Moi and the political economy of men's extramarital sexual relations and marital HIV risk in Hanoi, Vietnam*, *American Journal of Public Health*, Tomo 98, Nº 4, abril de 2008, págs. 650 a 660.
- ¹²⁵ Kim, Julia y otros, *Assessing the Incremental Effects of Combining Economic and Health Interventions: The IMAGE study in South Africa*, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Tomo 87, Nº 11, noviembre de 2009, págs. 824 a 832.
- ¹²⁶ Horwood, C. y otros, *Diagnosis of Paediatric HIV Infection in a Primary Health Care Setting with a Clinical Algorithm*, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Tomo 81, Nº 12, 2003, págs. 858 a 866; Ferrand, R. A. y otros, *A Primary Care-Level Algorithm for Identifying HIV-infected Adolescents in Populations at High Risk through Mother-to-Child Transmission*, *Tropical Medicine and International Health*, Tomo 16, Nº 3, marzo de 2011, págs. 349 a 355.
- ¹²⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Second Global Consultation on Service Provision for Adolescents Living with HIV: Meeting report*, UNICEF, Nueva York, 2010.
- ¹²⁸ Souza, Edvaldo y otros, *Long-term Follow-up Outcomes of Perinatally HIV-infected Adolescents: Infection control but school failure*, *Journal of Tropical Pediatrics*, Tomo 56, Nº 6, diciembre de 2010, págs. 421 a 426.
- ¹²⁹ Ferrand, Rashida y otros, *Survey of Children Accessing HIV Services in a High Prevalence Setting: Time for adolescents to count?*, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Tomo 88, Nº 6, 1º de junio de 2010, págs. 428 a 434.
- ¹³⁰ Red Mundial de Personas que Viven con el VIH (GNP+), *Salud, Dignidad y Prevención Positivas: Informe de Consulta Técnica, 27 y 28 de abril de 2009*, Hammamet, Túnez, GNP+, Ámsterdam, septiembre de 2009.

ANTES Y AHORA: La estrategia en diez pasos de Los Jóvenes y el VIH/sida: Una oportunidad en un momento crucial (2002)

ESTRATEGIA EN 10 PASOS (2002)	AVANCES RESPECTO DE LA LÍNEA DE REFERENCIA ANTERIOR
1. Poner fin al silencio, el estigma y la vergüenza	Indicador de los avances: % de países con estrategias multisectoriales para abordar la estigmatización¹
	Situación [primer año disponible] En 2006, 39 de 85 países (46%) informaron que contaban con programas en marcha para reducir la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH ² .
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles) En 2010, 78 de 85 países (92%) informaron que contaban con programas en marcha para reducir la estigmatización y la discriminación ² .
2. Dar información y conocimientos a los jóvenes	Indicador de los avances: % de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identificaron correctamente formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazaron las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH⁴.
	Situación [primer año disponible] Según los datos de población disponibles respecto de 20 países, entre los años 2000 y 2004 (con excepción de Congo y Zambia, 2005), una media de un 22% de los varones y un 21% de las mujeres de 15 a 24 años tenían conocimientos amplios sobre el VIH ⁴ .
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles) Según los datos de población disponibles respecto de 20 países, entre los años 2005 y 2009, una media de un 35% de los varones y un 30% de las mujeres de 15 a 24 años de edad tenían conocimientos amplios sobre el VIH ⁴ .
3. Preparar a los jóvenes con habilidades para la vida, a fin de poner en práctica los conocimientos adquiridos.	Indicador de los avances: % de escuelas que, en el último año académico, ofrecieron educación sobre el VIH basada en habilidades para la vida⁷.
	Situación [primer año disponible] 76 países presentaron información sobre este indicador en 2008 (no se dispone de una cifra mundial) ⁵ .
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles) 99 países presentaron información sobre este indicador en 2010 (no se dispone de una cifra mundial) ³ .
4. Facilitar servicios de salud respetuosos con la juventud	Indicador de los avances: % de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvieron más de una pareja sexual durante los últimos 12 meses e informaron que habían usado preservativos en su última relación sexual⁶.
	Situación [primer año disponible] No se dispone de cifras mundiales consolidadas.
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles) No se dispone de cifras mundiales consolidadas porque no todas las regiones presentan información sobre estos datos referida a los jóvenes. Según los datos de población disponibles, entre los años 2005 y 2010, los siguientes porcentajes de jóvenes de 15 a 24 años que tenían parejas múltiples informaron que habían usado preservativos en la última relación sexual ¹⁰ : 47% de los varones y 32% de las mujeres en el África subsahariana. 33% de los varones y 17% de las mujeres en Asia meridional.
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles) Según los datos de población disponibles, entre los años 2005 y 2010, los siguientes porcentajes de jóvenes de 15 a 24 años que tenían parejas múltiples informaron que habían usado preservativos en la última relación sexual ¹⁰ : 8% de las mujeres jóvenes de los países en desarrollo (excepto China). 14% de los varones y 22% de las mujeres en África oriental y meridional. 6% de los varones y 9% de las mujeres en África occidental y central. 1% de los varones y 3% de las mujeres en Asia meridional.
5. Promover asesoramiento y pruebas de VIH de carácter voluntario y confidencial.	Indicador de los avances: % de mujeres y hombres de 15 a 24 años de edad que solicitaron la prueba del VIH y recibieron los resultados⁹.
	Situación [primer año disponible] No se dispone de cifras mundiales consolidadas.
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles) Según los datos de población disponibles, entre los años 2005 y 2010, los siguientes porcentajes de jóvenes de 15 a 24 años se hicieron la prueba del VIH y recibieron los resultados ⁹ : 8% de las mujeres jóvenes de los países en desarrollo (excepto China). 14% de los varones y 22% de las mujeres en África oriental y meridional. 6% de los varones y 9% de las mujeres en África occidental y central. 1% de los varones y 3% de las mujeres en Asia meridional.
6. Trabajar con los jóvenes y promover su participación.	Indicador de los avances: Participación de los jóvenes en los programas y la planificación.
	Situación [primer año disponible] En el año 2000 se creó la red Y-Peer liderada por jóvenes para que los educadores entre pares de Europa central tomaran contacto con fuentes de información que sustenten sus actividades de extensión ²⁰ En 2002 se hizo un nuevo lanzamiento de <i>La Juventud Opina</i> , un foro en línea de intercambio de información y experiencias que permite a los jóvenes de todo el mundo explorar los problemas que afectan sus derechos y desarrollo, y tomar decisiones para corregirlos
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles) En la actualidad, jóvenes de 50 países de los cinco continentes están conectados a través de la red Y-Peer, a información destinada a procesos de educación entre pares. En 2011 se rediseñó <i>La Juventud Opina</i> para llegar a los jóvenes a través de las redes sociales (Facebook, Twitter) y los teléfonos celulares, a fin de lograr un intercambio mundial de ideas más rápido e inclusivo ²¹ .
7. Comprometer a los jóvenes que viven con el VIH/sida	Indicador de los avances: Participación de los jóvenes que viven con sida en los programas y mecanismos de coordinación.
	Situación [primer año disponible] No había mecanismos estructurados para brindar apoyo a una participación eficaz y significativa de los jóvenes con VIH en las redes nacionales o las gestiones mundiales.
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles) En 2010, la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH puso en marcha el Programa Y+, con un grupo asesor de jóvenes con VIH de seis regiones, que conecta a los participantes de redes de más de 65 países para brindar apoyo a los jóvenes en sus comunicaciones, participación, promoción y acceso a herramientas, a fin de que tengan un papel más significativo en las respuestas nacionales ¹⁹ .

Continúa ►

ESTRATEGIA EN 10 PASOS (2002)	AVANCES RESPECTO DE LA LÍNEA DE REFERENCIA ANTERIOR
8. Crear entornos seguros y favorables.	Indicador de los avances: Número de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH.
	Situación [primer año disponible]
	Número de jóvenes que viven con el VIH: 5,7 millones [de 5,0 a 6,7 millones] en 2001 ¹⁰ .
	Porcentaje de mujeres que sufrieron abuso sexual antes de cumplir los 15 años: Entre un 1% y un 21% ¹¹ .
	Porcentaje de mujeres que sufren violencia física o sexual: Entre un 15% y un 71% ¹² .
	Porcentaje de varones adolescentes que manifestó haber sufrido agresiones sexuales: Entre un 3,6% y un 20% ¹³ .
Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles)	Lugar más frecuente donde las mujeres jóvenes sufren coerción y acoso sexuales: En la escuela ¹⁴
	Porcentaje de las víctimas de agresiones sexuales menores de 16 años registradas en los bancos de datos judiciales y en las bases de datos de denuncias por violaciones: Entre un 33% y un 66% ^{15, 16} .
9. Llegar a los jóvenes más expuestos al riesgo.	Indicador de los avances: % de trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que tuvieron acceso los programas de prevención del VIH¹⁷
	Situación [primer año disponible]
	2008 – Trabajadores sexuales: Para los 37 países que presentaron información, la mediana fue de un 58% ⁵ . 2008 – Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: Para los 31 países que presentaron información, la mediana fue de un 41% ⁵ . 2008 – Usuarios de drogas inyectables: Para los 19 países que presentaron información, la mediana fue de un 37% ⁵ .
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles)
	2010 – Trabajadores sexuales: Para los 48 países que presentaron información, la mediana fue de un 42% ³ . 2010 – Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: Para los 37 países que presentaron información, la mediana fue de un 61% ³ . 2010 – Usuarios de drogas inyectables: Para los 27 países que presentaron información, la mediana fue de un 19% ³ .
	Indicador de los avances: % de trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, menores de 25 años de edad, que se sometieron a pruebas del VIH en los últimos 12 meses y recibieron los resultados¹⁸.
Situación [primer año disponible]	
No se dispone de cifras mundiales consolidadas.	
Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles)	
2007-2010 – Trabajadores sexuales: Para los 78 países que presentaron información, la mediana fue de un 41% ³ . 2005-2010 – Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: Para los 63 países que presentaron información, la mediana fue de un 36% ³ . 2005-2010 – Usuarios de drogas inyectables: Para los 51 países que presentaron información, la mediana fue de un 24% ³ .	
10. Fortalecer las asociaciones y vigilar los progresos realizados.	Indicador de los avances: % de países con planes de vigilancia y evaluación.
	Situación [primer año disponible]
	En conjunto, 39 de 95 países informaron que contaban con un plan nacional de vigilancia y evaluación, en sus informes sobre el Índice Nacional Compuesto de Políticas (NCPI) correspondiente a 2006 ² . De los 85 países que presentaron información sistemáticamente al NCPI entre 2006 y 2010, 34 informaron que en 2006 contaban con un plan nacional de vigilancia y evaluación.
	Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles)
	En conjunto, 112 de 172 países informaron que contaban con un plan nacional de vigilancia y evaluación, en sus informes sobre el NCPI correspondientes a 2010 ³ . De los 85 países que presentaron información sistemáticamente al NCPI entre 2006 y 2010, 64 informaron que en 2010 contaban con un plan nacional de vigilancia y evaluación.
	Indicador de los avances: % de países que incluye a la sociedad civil en la elaboración de las estrategias multisectoriales.
Situación [primer año disponible]	
En conjunto, 71 de 95 países informaron que la sociedad civil participaba activamente en la elaboración de estrategias multisectoriales, en sus informes NCPI correspondientes a 2006 ² . De los 85 países que presentaron su NCPI sistemáticamente entre 2006 y 2010, 64 informaron que la sociedad civil participaba activamente en la elaboración de la estrategia multisectorial en sus informes NCPI correspondientes a 2006.	
Situación actual (datos de 2010 o los más recientes disponibles)	
En conjunto, 129 de 172 países informaron que la sociedad civil participaba activamente en la elaboración de estrategias multisectoriales, en sus informes NCPI correspondientes a 2010 ³ . De los 85 países que presentaron su NCPI sistemáticamente entre 2006 y 2010, 70 informaron que la sociedad civil participaba activamente en la elaboración de estrategias multisectoriales en sus informes NCPI correspondientes a 2010.	

¹ Ochenta y cinco países presentaron información sistemáticamente entre 2006 y 2010.

² Fuente: UNGASS – Informe de Progresos de los Países correspondientes a 2006.

³ Fuente: UNGASS – Informe de Progresos de los Países correspondientes a 2010.

⁴ Fuente: UNICEF, bases de datos mundiales, 2010.

⁵ Fuente: UNGASS – Informe de Progresos de los Países correspondientes a 2008.

⁶ Los agregados mundiales de los indicadores de comportamiento son difíciles de calcular y comparar. Las cifras de este indicador reflejan los promedios ajustados por población de los países que contaban con información disponible proveniente de las Encuestas Demográficas y de Población a la fecha de la publicación del Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010.

⁷ No existe una cifra consolidada mundial para este indicador, pues los datos no son metodológicamente comparables en los diferentes países, y la definición del indicador ha cambiado a lo largo del tiempo. La definición se mantuvo sin cambios entre 2008 y 2010.

⁸ Fuente: UNICEF, bases de datos mundiales, 2010.

⁹ Fuente: Encuestas sobre indicadores del sida, Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales representativas, período 2003 a 2009.

¹⁰ UNICEF, *La infancia y el sida: Quinto inventario de la situación*, diciembre de 2010.

¹¹ García-Moreno, Claudia y otros, *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2005, p. 13.

¹² García-Moreno, Claudia y otros, *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2005, p. 5.

¹³ Krug, Etienne G. y otros, eds., *World Report on Violence and Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002, p. 154.

¹⁴ Krug, Etienne G. y otros, eds., *World Report on Violence and Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002, p. 155.

¹⁵ Greenfeld, Lawrence A., *Sex Offenses and Offenders: An analysis of data on rape and sexual assault*, Dirección de Estadísticas Judiciales, Oficina de Programas de Justicia, Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Washington, D.C., 1997, NCJ-163392.

¹⁶ Heise, Lori L. con Jacqueline Pitangy y Adrienne Germain, *Violence Against Women: The hidden health burden*, Documento de trabajo del Banco Mundial N° 255, Banco Mundial, Washington, D.C., 1994.

¹⁷ Los datos incluidos son medianas y entornos intercuartiles. Los datos no son necesariamente comparables, pues puede haber diferencias en los métodos usados a lo largo del tiempo y en los diferentes países. Las cifras consolidadas son solamente descriptivas; no reflejan una tendencia. Como la definición ha cambiado a lo largo del tiempo, solamente se puede comparar las cifras entre 2008 y 2010.

¹⁸ Mediana y entorno intercuartil. Los datos no son necesariamente comparables, pues puede haber diferencias en los métodos usados a lo largo del tiempo y en los diferentes países. Las cifras consolidadas son solamente descriptivas; no reflejan una tendencia.

¹⁹ Red Mundial de Personas que Viven con el VIH, *What is the Y+ Programme?*, GNP+, 2010, <http://www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/youth/2010_Y_Eng.pdf>, descargado el 15 de abril de 2011.

²⁰ Y-Peer, <<http://38.121.140.176/web/guest/about-ypeer>>, descargado el 15 de abril de 2011.

²¹ La Juventud Opina, <<http://voicesofyouth.org/en>>, descargado el 15 de abril de 2011.

TABLA 1: Indicadores demográficos, epidemiológicos y educativos correspondientes a adolescentes y jóvenes

	DEMOGRÁFICOS					EPIDEMIOLÓGICOS							
	Población (miles), 2009			Jóvenes de 10-24 años como % de la población total	Tipo de epidemia	Número estimado de jóvenes que viven con el VIH, 2009							
	Total	Edad 10-19	Edad 15-24			Mujeres 10-19	Estimación máxima-mínima	Varones 10-19	Estimación máxima-mínima	Mujeres 15-24	Estimación máxima-mínima	Varones 15-24	Estimación máxima-mínima
Afganistán	28.150	6.767	5.626	33	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Albania	3.155	604	604	28	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Alemania	82.167	8.378	9.328	16	-	<500	[<500 - <500]	1.200	[<1.000 - 1500]	1.300	[1.000 - 1.700]	4.300	[3.400 - 5.200]
Andorra	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	18.498	4.411	3.787	33	G	11.000	[8.000 - 15.000]	5.400	[3.800 - 7.500]	29.000	[21.000 - 40.000]	12.000	[8.200 - 16.000]
Antigua y Barbuda	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	25.721	5.191	4.842	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	34.895	6.698	7.341	30	L	<500	[<500 - <1.000]	<1.000	[<500 - 1.900]	1.400	[<1.000 - 2.600]	2.200	[<1.000 - 6.500]
Argentina	40.276	6.828	6.692	25	C	1.800	[<1.000 - 3.100]	2.500	[<1.000 - 8.000]	5.900	[2.600 - 10.000]	9.000	[3.400 - 29.000]
Armenia	3.083	482	587	26	C	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]
Australia	21.293	2.826	2.904	20	-	<500	[<200 - <500]	<500	[<200 - 1.100]	<1.000	[<500 - 1.400]	1.200	[<1.000 - 4.000]
Austria	8.364	955	1.031	18	-	<500	[<200 - <1.000]	<500	[<200 - 1.300]	<1.000	[<500 - 1.800]	1.600	[<1.000 - 5.000]
Azerbaiyán	8.832	1.629	1.811	29	L	<500	[<200 - <500]	<100	[<100 - <200]	<1.000	[<500 - 1.300]	<500	[<200 - <500]
Bahamas	342	61	59	26	-	<500	[<100 - <1.000]	<200	[<100 - <500]	<1.000	[<500 - 1.900]	<500	[<200 - <1.000]
Bahrein	791	139	141	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	162.221	33.907	33.013	31	L	<500	[<200 - <500]	<500	[<200 - <1.000]	<1.000	[<500 - 1.100]	1.000	[<500 - 2.900]
Barbados	256	34	37	21	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<500	[<200 - <500]	<200	[<200 - <500]
Belarús	9.634	1.139	1.466	20	C	<200	[<100 - <200]	<100	[<100 - <100]	<1.000	[<1.000 - <1.000]	<500	[<500 - <500]
Bélgica	10.647	1.248	1.285	18	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <500]	<200	[<100 - <500]	<500	[<200 - <1.000]
Belize	307	70	64	32	C	<500	[<200 - <500]	<200	[<100 - <200]	<1.000	[<500 - <1.000]	<500	[<200 - <500]
Benin	8.935	2.041	1.747	32	G	2.500	[1.700 - 3.500]	1.300	[<1.000 - 1.900]	6.500	[4.600 - 9.200]	2.700	[1.800 - 4.000]
Bhután	697	150	155	32	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]
Bolivia (Estado Plurinacional de)	9.863	2.188	1.962	31	L	<500	[<200 - <1.000]	<500	[<200 - 1.200]	<1.000	[<500 - 1.200]	1.000	[<500 - 3.100]
Bosnia y Herzegovina	3.767	459	535	20	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	1.950	432	434	33	G	9.200	[7.100 - 12.000]	5.400	[3.800 - 7.600]	26.000	[20.000 - 35.000]	12.000	[8.300 - 16.000]
Brasil	193.734	33.724	34.005	26	C	-	[8.000 - 23.000]	-	[7.000 - 19.000]	-	[23.000 - 62.000]	-	[20.000 - 54.000]
Brunei Darussalam	400	70	72	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	7.545	756	938	17	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]	<200	[<100 - <200]
Burkina Faso	15.757	3.634	3.111	32	G	7.600	[5.300 - 11.000]	6.300	[4.600 - 8.500]	12.000	[8.300 - 17.000]	6.900	[5.100 - 9.400]
Burundi	8.303	1.955	1.912	35	G	10.000	[8.100 - 14.000]	7.300	[5.800 - 9.200]	20.000	[15.000 - 26.000]	9.200	[7.300 - 12.000]
Cabo Verde	506	123	115	35	G	-	-	-	-	-	-	-	-
Camboya	14.805	3.570	3.511	35	C	2.300	[1.000 - 5.500]	2.200	[1.100 - 4.700]	2.200	[<1.000 - 5.200]	1.400	[<1.000 - 2.900]
Camerún	19.522	4.459	4.075	33	G	29.000	[23.000 - 40.000]	14.000	[11.000 - 19.000]	79.000	[63.000 - 110.000]	32.000	[24.000 - 43.000]
Canadá	33.573	4.221	4.503	19	-	<500	[<200 - <1.000]	<1.000	[<500 - 1.300]	2.000	[<1.000 - 3.700]	3.200	[1.000 - 11.000]
Chad	11.206	2.621	2.213	32	G	9.400	[6.400 - 20.000]	4.700	[3.200 - 9.600]	27.000	[19.000 - 57.000]	11.000	[7.400 - 22.000]
Chile	16.970	2.861	2.941	25	C	<1.000	[<500 - 1.100]	<1.000	[<500 - 2.700]	2.100	[1.000 - 3.700]	3.200	[1.300 - 10.000]
China	1.345.751	206.753	230.945	24	C	-	[8.000 - 5.000]	-	[1.700 - 4.200]	-	[9.000 - 23.000]	-	[14.000 - 35.000]
Chipre	871	122	133	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	45.660	8.740	8.409	28	C	2.500	[1.100 - 5.800]	3.200	[1.100 - 11.000]	6.000	[2.600 - 14.000]	9.000	[3.200 - 30.000]
Comoras	676	142	133	31	C	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]
Congo	3.683	846	766	33	G	4.200	[3.300 - 5.700]	2.600	[2.000 - 3.400]	10.000	[8.100 - 14.000]	4.800	[3.700 - 6.300]
Costa Rica	4.579	850	883	28	C	<200	[<100 - <500]	<500	[<200 - <500]	<1.000	[<500 - <1.000]	<1.000	[<1.000 - 1.200]
Côte d'Ivoire	21.075	4.784	4.203	32	G	20.000	[13.000 - 29.000]	15.000	[10.000 - 24.000]	33.000	[23.000 - 49.000]	16.000	[10.000 - 24.000]
Croacia	4.416	507	544	18	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]
Cuba	11.204	1.500	1.610	21	L	<500	[<200 - <500]	<500	[<200 - <1.000]	<1.000	[<500 - <1.000]	<1.000	[<500 - 2.300]
Dinamarca	5.470	696	655	18	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]	<200	[<200 - <500]	<500	[<500 - <500]
Djibouti	864	199	187	33	G	<1.000	[<500 - 1.000]	<500	[<200 - <1.000]	1.800	[<1.000 - 2.700]	<1.000	[<500 - 1.200]
Dominica	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	13.625	2.762	2.554	29	C	<1.000	[<500 - 1.400]	1.100	[<500 - 3.700]	2.200	[1.000 - 3.700]	3.400	[1.400 - 11.000]
Egipto	82.999	16.603	17.148	31	L	<500	[<500 - <1.000]	<1.000	[<500 - <1.000]	<1.000	[<1.000 - 1.500]	1.600	[1.000 - 2.400]
El Salvador	6.163	1.431	1.238	32	C	<1.000	[<500 - 1.400]	<1.000	[<500 - 3.000]	2.100	[1.000 - 3.800]	2.600	[1.000 - 8.800]
Emiratos Árabes Unidos	4.599	501	570	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	5.073	1.113	1.038	32	G	<1.000	[<1.000 - 1.600]	<1.000	[<500 - 1.200]	2.100	[1.200 - 3.600]	<1.000	[<1.000 - 1.500]
Eslovaquia	5.406	674	796	20	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]
Eslovenia	2.020	203	240	17	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]
España	44.904	4.259	4.803	15	-	<1.000	[<500 - <1.000]	1.300	[1.000 - 1.600]	1.800	[1.400 - 2.200]	4.400	[3.500 - 5.500]
Estados Unidos	314.659	43.532	44.620	21	-	11.000	[6.500 - 21.000]	17.000	[9.700 - 31.000]	40.000	[23.000 - 73.000]	66.000	[37.000 - 120.000]

	EPIDEMIOLÓGICOS						EDUCATIVOS					
	Prevalencia del VIH (%) entre jóvenes de 15–24 años, 2009				Jóvenes (15–24 años) que viven con el VIH como % de los adultos (15+) que viven con el VIH, 2009	Número de nuevas infecciones en jóvenes de 15–24 años, 2009		Tasa neta de matriculación en la escuela primaria 2005–2009*		Tasa neta de matriculación en la escuela secundaria 2005–2009*		
	Mujeres 15–24	Estimación máxima-mínima	Varones 15–24	Estimación máxima-mínima		Número estimado	Estimación máxima-mínima	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	46	74	15	38	
Albania	-	-	-	-	-	-	-	91 x	91 x	73 x	75 x	
Alemania	<0,1	[<0,1 - <0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]	8	-	-	98	98	-	-	
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	79	81	75	69	
Angola	1,6	[1,1 - 2,2]	0,6	[0,4 - 0,9]	22	8.000	[5.400 - 11.000]	48 x	55 x	-	-	
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	86	90	-	-	
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	84	85	76	70	
Argelia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]	21	-	-	94	96	68 x	65 x	
Argentina	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,1 - 0,8]	14	-	-	-	-	84	75	
Armenia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	86	83	88	83	
Australia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]	11	-	-	97	96	89	87	
Austria	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,1 - 0,9]	17	-	-	98 x	97 x	-	-	
Azerbaiyán	0,1	[0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	29	-	-	95	97	97	99	
Bahamas	3,1	[0,8 - 6,6]	1,4	[0,5 - 2,8]	21	-	-	92	90	87	83	
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	97	98	92	87	
Bangladesh	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	26	-	-	86	85	43	40	
Barbados	1,1	[0,8 - 1,4]	0,9	[0,7 - 1,1]	-	-	-	-	-	-	-	
Belarús	0,1	[0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	96	93	-	-	
Bélgica	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	99	98	85	89	
Belize	1,8	[1,4 - 2,7]	0,7	[0,5 - 1,1]	-	-	-	98	98	66	61	
Benin	0,7	[0,5 - 1,1]	0,3	[0,2 - 0,4]	17	1.900	[1.200 - 2.500]	86	99	13 x	26 x	
Bhután	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	88	86	49	46	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]	15	-	-	94	93	70	70	
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Botswana	11,8	[9,0 - 15,9]	5,2	[3,7 - 7,3]	13	6.000	[4.300 - 8.800]	88	86	67	62	
Brasil	-	[0,1 - 0,4]	-	[0,1 - 0,3]	-	-	-	93	95	85	78	
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	93	93	90	87	
Bulgaria	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	96	96	82	85	
Burkina Faso	0,8	[0,6 - 1,2]	0,5	[0,3 - 0,6]	20	2.300	[1.300 - 3.600]	59	67	13	18	
Burundi	2,1	[1,6 - 2,7]	1,0	[0,8 - 1,2]	19	4.300	[3.200 - 5.100]	99	100	-	-	
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	84	85	60 x	54 x	
Camboya	0,1	[0,1 - 0,3]	0,1	[<0,1 - 0,2]	6	-	-	87	90	32	36	
Camerún	3,9	[3,1 - 5,4]	1,6	[1,2 - 2,1]	20	22.000	[18.000 - 25.000]	82	94	-	-	
Canadá	0,1	[<0,1 - 0,2]	0,1	[<0,1 - 0,5]	8	-	-	100 x	99 x	94 x	95 x	
Chad	2,5	[1,7 - 5,2]	1,0	[0,7 - 2,0]	21	5.900	[3.700 - 21.000]	50 x	72 x	5 x	16 x	
Chile	0,1	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,7]	14	-	-	94	95	87	84	
China	-	[<0,1 - <0,1]	-	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	100	100	-	-	
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	98	99	97	95	
Colombia	0,1	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,7]	10	-	-	90	90	75	68	
Comoras	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	<100	[<100 - <100]	67 x	79 x	15	15	
Congo	2,6	[2,1 - 3,6]	1,2	[0,9 - 1,6]	22	2.400	[1.900 - 2.900]	56	62	-	-	
Costa Rica	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,3]	15	-	-	93	91	-	-	
Côte d'Ivoire	1,5	[1,1 - 2,3]	0,7	[0,5 - 1,1]	13	5.200	[2.600 - 9.100]	50 x	62 x	15 x	27 x	
Croacia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	90	91	89	87	
Cuba	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]	21	-	-	99	99	83	82	
Dinamarca	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]	-	-	-	96	95	91	88	
Djibouti	1,9	[1,0 - 2,9]	0,8	[0,4 - 1,3]	19	-	-	39	44	18	25	
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	76	69	74	62	
Ecuador	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,8]	16	-	-	97	96	62	61	
Egipto	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	23	-	-	92	95	69 x	73 x	
El Salvador	0,3	[0,1 - 0,5]	0,4	[0,2 - 1,3]	15	-	-	95	93	56	54	
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	91	92	85	83	
Eritrea	0,4	[0,2 - 0,7]	0,2	[0,1 - 0,3]	14	<500	[<200 - <1.000]	36	42	22	30	
Eslovaquia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	-	-	-	-	
Eslovenia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	97	97	92	91	
España	0,1	[0,1 - 0,1]	0,2	[0,1 - 0,2]	5	-	-	100	100	97	93	
Estados Unidos	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,2 - 0,5]	9	-	-	93	91	89	88	

TABLA 1: Indicadores demográficos, epidemiológicos y educativos correspondientes a adolescentes y jóvenes

	DEMOGRÁFICOS					EPIDEMIOLÓGICOS							
	Población (miles), 2009			Jóvenes de 10-24 años como % de la población total	Tipo de epidemia	Número estimado de jóvenes que viven con el VIH, 2009							
	Total	Edad 10-19	Edad 15-24			Mujeres 10-19	Estimación máxima-mínima	Varones 10-19	Estimación máxima-mínima	Mujeres 15-24	Estimación máxima-mínima	Varones 15-24	Estimación máxima-mínima
Estonia	1.340	146	192	19	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<500	[<200 - <500]	<500	[<200 - <500]
Etiopía	82.825	19.998	16.936	33	G	-	-	-	-	-	-	-	-
Ex Rep. Yugoslava de Macedonia	2.042	292	314	22	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Federación de Rusia	140.874	15.491	21.401	20	C	5.200	[4.200 - 6.200]	1.900	[1.500 - 2.300]	33.000	[27.000 - 40.000]	17.000	[14.000 - 21.000]
Fiji	849	176	163	30	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <500]
Filipinas	91.983	19.735	18.433	31	L	<500	[<200 - <1.000]	<500	[<200 - 1.400]	<1.000	[<500 - 1.700]	1.400	[<500 - 4.100]
Finlandia	5.326	641	659	18	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]	<200	[<100 - <200]	<200	[<100 - <1.000]
Francia	62.343	7.456	7.706	18	-	1.400	[<1.000 - 2.500]	2.000	[<1.000 - 6.300]	4.800	[2.200 - 8.500]	7.300	[3.000 - 23.000]
Gabón	1.475	342	310	33	G	1.900	[1.100 - 2.700]	<1.000	[<1.000 - 1.300]	5.400	[3.200 - 8.000]	2.200	[1.300 - 3.200]
Gambia	1.705	386	321	31	C	1.300	[<1.000 - 2.300]	<500	[<500 - <1.000]	3.600	[2.100 - 6.200]	1.500	[<1.000 - 2.500]
Georgia	4.260	602	705	22	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<200	[<200 - <500]	<100	[<100 - <200]
Ghana	23.837	5.347	4.852	32	G	12.000	[9.100 - 17.000]	6.800	[4.900 - 9.600]	30.000	[23.000 - 42.000]	13.000	[8.900 - 18.000]
Granada	104	22	24	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	11.161	1.092	1.211	16	-	<100	[<100 - <200]	<200	[<100 - <500]	<500	[<200 - <500]	<500	[<500 - 1.600]
Guatemala	14.027	3.310	2.835	33	C	1.600	[<1.000 - 2.800]	2.000	[<1.000 - 6.400]	4.800	[2.300 - 8.400]	6.700	[2.700 - 21.000]
Guinea	10.069	2.305	1.992	32	G	4.000	[2.600 - 5.600]	2.500	[1.700 - 3.800]	9.400	[6.100 - 13.000]	4.200	[2.700 - 6.200]
Guinea-Bissau	1.611	354	296	30	G	<1.000	[<1.000 - 1.400]	<500	[<500 - <1.000]	3.000	[2.200 - 4.300]	1.200	[<1.000 - 1.700]
Guinea Ecuatorial	676	156	137	32	G	1.100	[<1.000 - 1.800]	<500	[<500 - <1.000]	3.600	[1.900 - 5.700]	1.400	[<1.000 - 2.300]
Guyana	762	151	129	28	C	<500	[<100 - <1.000]	<500	[<100 - <500]	<1.000	[<200 - <1.000]	<500	[<200 - <1.000]
Haití	10.033	2.282	2.131	33	G	6.500	[4.800 - 8.900]	4.100	[3.000 - 5.600]	14.000	[11.000 - 20.000]	6.200	[4.600 - 8.300]
Honduras	7.466	1.751	1.591	33	C	1.000	[<500 - 1.700]	1.200	[<500 - 3.800]	2.100	[<1.000 - 3.500]	3.000	[1.100 - 9.100]
Hungría	9.993	1.123	1.254	18	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <500]	<200	[<100 - <500]	<500	[<100 - <1.000]
India	1.198.003	243.387	231.362	30	C	46.000	[41.000 - 53.000]	49.000	[43.000 - 56.000]	140.000	[120.000 - 160.000]	150.000	[130.000 - 180.000]
Indonesia	229.965	40.926	41.076	27	C	1.600	[<1.000 - 2.700]	1.300	[<1.000 - 2.100]	9.800	[5.700 - 17.000]	13.000	[7.800 - 21.000]
Irán (República Islámica del)	74.196	13.301	17.048	30	L	<500	[<500 - <1.000]	<500	[<500 - <500]	1.700	[1.200 - 2.500]	2.300	[1.500 - 2.800]
Iraq	30.747	7.199	6.099	33	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	4.515	565	608	20	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <500]	<200	[<100 - <500]	<500	[<200 - <1.000]
Islandia	323	46	47	21	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]
Islas Cook	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	523	119	105	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	7.170	1.184	1.112	24	-	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <500]	<500	[<100 - <500]	<500	[<200 - 1.200]
Italia	59.870	5.676	5.903	14	-	<500	[<200 - <500]	<500	[<200 - <500]	<1.000	[<500 - 1.400]	1.000	[<1.000 - 1.600]
Jamahiriya Árabe Libia	6.420	1.122	1.157	27	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	2.719	568	516	30	C	<1.000	[<500 - 1.500]	<1.000	[<500 - 2.900]	1.900	[<1.000 - 3.900]	2.700	[1.000 - 8.500]
Japón	127.156	12.020	12.866	15	-	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <500]	<500	[<200 - <500]	<500	[<200 - <1.000]
Jordania	6.316	1.368	1.305	32	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	15.637	2.561	2.983	26	C	<1.000	[<1.000 - 1.400]	<500	[<200 - <500]	2.800	[1.800 - 4.600]	1.000	[<1.000 - 1.700]
Kenya	39.802	9.058	8.381	33	G	82.000	[61.000 - 110.000]	54.000	[39.000 - 71.000]	160.000	[120.000 - 220.000]	73.000	[54.000 - 97.000]
Kirguistán	5.482	1.134	1.155	31	L	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <200]	<500	[<500 - <1.000]	<1.000	[<500 - <1.000]
Kiribati	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	2.985	415	440	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	2.067	515	483	36	G	13.000	[11.000 - 18.000]	6.800	[5.100 - 9.300]	35.000	[28.000 - 48.000]	13.000	[9.800 - 18.000]
Letonia	2.249	246	335	19	C	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<200	[<200 - <500]	<500	[<200 - <500]
Líbano	4.224	788	764	28	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]	<200	[<200 - <500]	<500	[<200 - <500]
Liberia	3.955	912	782	32	G	1.600	[<1.000 - 2.900]	1.200	[<500 - 2.200]	2.700	[<1.000 - 5.000]	1.100	[<500 - 2.100]
Liechtenstein	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	3.287	427	503	21	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]
Luxemburgo	486	61	60	19	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]
Madagascar	19.625	4.674	3.902	33	C	<1.000	[<500 - 1.100]	<1.000	[<500 - 2.600]	1.800	[<1.000 - 2.800]	2.700	[1.200 - 7.600]
Malasia	27.468	5.305	5.170	28	C	<200	[<100 - <500]	<500	[<500 - <500]	<1.000	[<1.000 - 1.200]	3.500	[2.800 - 4.300]
Malawi	15.263	3.748	3.020	33	G	49.000	[38.000 - 66.000]	32.000	[24.000 - 43.000]	100.000	[81.000 - 140.000]	48.000	[36.000 - 64.000]
Maldivas	309	72	77	35	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]
Malí	13.010	3.101	2.728	34	C	3.600	[1.600 - 6.500]	2.600	[1.100 - 4.800]	6.500	[2.800 - 12.000]	2.800	[1.200 - 5.300]
Malta	409	52	57	20	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]
Marruecos	31.993	6.277	6.414	30	L	<1.000	[<500 - 1.200]	<1.000	[<500 - 3.000]	2.000	[<1.000 - 3.500]	2.900	[1.100 - 9.900]
Mauricio	1.288	214	205	24	C	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<500	[<200 - <500]	<500	[<200 - <500]

	EPIDEMIOLÓGICOS							EDUCATIVOS			
	Prevalencia del VIH (%) entre jóvenes de 15–24 años, 2009				Jóvenes (15–24 años) que viven con el VIH como % de los adultos (15+) que viven con el VIH, 2009	Número de nuevas infecciones en jóvenes de 15–24 años, 2009		Tasa neta de matriculación en la escuela primaria 2005–2009*		Tasa neta de matriculación en la escuela secundaria 2005–2009*	
	Mujeres 15–24	Estimación máxima-mínima	Varones 15–24	Estimación máxima-mínima		Número estimado	Estimación máxima-mínima	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Estonia	0,2	[0,2 - 0,3]	0,3	[0,2 - 0,4]	-	-	-	94	95	91	88
Etiopía	-	-	-	-	-	-	-	75	81	20	31
Ex Rep. Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	-	87	86	81	82
Federación de Rusia	0,3	[0,3 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,2]	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]	-	-	-	89	90	83	76
Filipinas	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	26	-	-	93	91	66	55
Finlandia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]	-	-	-	96	96	97	96
Francia	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]	8	-	-	99	98	99	98
Gabón	3,5	[2,1 - 5,2]	1,4	[0,8 - 2,0]	18	1.400	[<500 - 2.000]	80 x	81 x	-	-
Gambia	2,4	[1,4 - 4]	0,9	[0,5 - 1,6]	30	1.500	[<1.000 - 2.800]	71	67	41	42
Georgia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	98	100	79	82
Ghana	1,3	[0,9 - 1,8]	0,5	[0,4 - 0,7]	18	8.300	[6.300 - 10.000]	77	76	45	49
Granada	-	-	-	-	-	-	-	93	94	85	93
Grecia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]	-	-	-	100	99	91	91
Guatemala	0,3	[0,2 - 0,6]	0,5	[0,2 - 1,4]	18	-	-	94	97	39	41
Guinea	0,9	[0,6 - 1,3]	0,4	[0,3 - 0,6]	20	2.200	[1.200 - 3.000]	66	76	21	34
Guinea-Bissau	2,0	[1,5 - 2,9]	0,8	[0,5 - 1,1]	21	<1.000	[<500 - 1.100]	43 x	61 x	7 x	12 x
Guinea Ecuatorial	5,0	[2,7 - 7,9]	1,9	[1,0 - 3,2]	28	1.000	[<500 - 1.800]	63 x	70 x	-	-
Guyana	0,8	[0,2 - 1,5]	0,6	[0,2 - 1]	-	-	-	95	95	-	-
Haití	1,3	[1 - 1,8]	0,6	[0,4 - 0,8]	19	-	-	-	-	-	-
Honduras	0,2	[0,1 - 0,4]	0,3	[0,1 - 1,1]	14	-	-	98	96	-	-
Hungría	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	89	90	91	91
India	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	13	-	-	88	91	-	-
Indonesia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]	8	-	-	94	97	68	69
Irán (República Islámica del)	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	4	-	-	-	-	75	75
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	81	93	33	46
Irlanda	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]	-	-	-	98	96	90	86
Islandia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,4]	-	-	-	98	97	91	89
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	83 x	87 x	61 x	57 x
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	66	67	47	43
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	67	67	29	32
Israel	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]	-	-	-	98	97	88	85
Italia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	1	-	-	98	99	93	92
Jamahiriyá Árabe Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	0,7	[0,3 - 1,4]	1,0	[0,4 - 3,1]	15	-	-	79	82	79	75
Japón	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	-	-	98	98
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	90	89	84	80
Kazajstán	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[<0,1 - 0,1]	29	-	-	90	88	89	88
Kenya	4,1	[3,0 - 5,4]	1,8	[1,3 - 2,4]	18	42.000	[27.000 - 56.000]	82	81	48	50
Kirguistán	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]	-	-	-	83	84	81	80
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	65
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	87	89	80	80
Lesoto	14,2	[11,2 - 19,2]	5,4	[4,1 - 7,4]	18	9.400	[7.900 - 11.000]	74	71	31	20
Letonia	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,2]	-	-	-	96 x	98 x	-	-
Líbano	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	89	91	79	71
Liberia	0,7	[0,2 - 1,2]	0,3	[0,1 - 0,5]	12	<1.000	[<100 - 1.500]	66 x	85 x	14 x	25 x
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	92	87	81	85
Lituania	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	91	93	92	91
Luxemburgo	0,1	[<0,1 - 0,2]	0,1	[<0,1 - 0,4]	-	-	-	97	95	85	82
Madagascar	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,4]	19	<1.000	[<1.000 - 1.200]	99	98	24	23
Malasia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]	4	-	-	96	96	70	66
Malawi	6,8	[5,3 - 9,2]	3,1	[2,3 - 4,2]	19	26.000	[18.000 - 33.000]	93	88	24	26
Maldivas	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	95	97	71	68
Malí	0,5	[0,2 - 0,9]	0,2	[0,1 - 0,4]	14	1.600	[<200 - 3.200]	66	79	22	35
Malta	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	92	91	85	79
Marruecos	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]	20	-	-	87	92	32 x	37 x
Mauricio	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,2 - 0,4]	-	<200	[<100 - <500]	95	93	81	79

TABLA 1: Indicadores demográficos, epidemiológicos y educativos correspondientes a adolescentes y jóvenes

	DEMOGRÁFICOS					EPIDEMIOLÓGICOS							
	Población (miles), 2009			Jóvenes de 10-24 años como % de la población total	Tipo de epidemia	Número estimado de jóvenes que viven con el VIH, 2009							
	Total	Edad 10-19	Edad 15-24			Mujeres 10-19	Estimación máxima-mínima	Varones 10-19	Estimación máxima-mínima	Mujeres 15-24	Estimación máxima-mínima	Varones 15-24	Estimación máxima-mínima
Mauritania	3.291	738	663	32	C	<500	[<200 - <1.000]	<500	[<200 - 1.400]	<1.000	[<500 - 1.500]	1.500	[<1.000 - 4.500]
México	109.610	20.991	19.744	28	C	4.400	[3.300 - 6.300]	4.600	[3.400 - 6.700]	14.000	[10.000 - 20.000]	17.000	[13.000 - 25.000]
Micronesia (Estados Federados de)	111	27	25	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	2.671	530	596	31	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <500]
Montenegro	624	86	93	22	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	22.894	5.237	4.487	32	G	63.000	[51.000 - 88.000]	26.000	[20.000 - 36.000]	200.000	[160.000 - 280.000]	71.000	[55.000 - 100.000]
Myanmar	50.020	8.911	9.229	27	C	4.900	[4.100 - 5.700]	5.200	[4.400 - 6.100]	15.000	[13.000 - 18.000]	18.000	[15.000 - 21.000]
Namibia	2.171	507	470	33	G	3.800	[2.400 - 5.600]	2.300	[1.300 - 3.700]	14.000	[8.700 - 20.000]	5.300	[3.100 - 8.600]
Nauru	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	29.331	6.821	6.059	33	C	1.600	[<1.000 - 2.600]	2.000	[<1.000 - 5.800]	3.900	[1.900 - 6.400]	5.500	[2.400 - 16.000]
Nicaragua	5.743	1.338	1.235	33	C	<200	[<200 - <500]	<500	[<200 - <500]	<1.000	[<500 - <1.000]	<1.000	[<1.000 - 1.100]
Níger	15.290	3.512	2.744	31	C	2.800	[2.100 - 3.700]	1.600	[1.200 - 2.100]	6.700	[6.500 - 6.800]	3.000	[3.000 - 3.100]
Nigeria	154.729	35.386	31.068	32	G	180.000	[150.000 - 250.000]	100.000	[76.000 - 130.000]	440.000	[360.000 - 600.000]	190.000	[140.000 - 250.000]
Niue	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	4.812	642	624	20	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <200]	<200	[<100 - <1.000]
Nueva Zelandia	4.266	616	626	22	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <200]	<200	[<100 - <500]
Omán	2.845	592	587	31	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <200]	<200	[<200 - <200]
Países Bajos	16.592	2.019	2.022	18	-	<200	[<100 - <500]	<200	[<100 - <1.000]	<500	[<500 - 1.000]	<1.000	[<500 - 2.900]
Pakistán	180.808	40.478	38.093	32	L	2.100	[<1.000 - 3.400]	3.200	[1.300 - 9.600]	7.200	[3.300 - 12.000]	12.000	[4.800 - 36.000]
Palau	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	3.454	631	602	27	C	<500	[<200 - <1.000]	<1.000	[<200 - 1.600]	<1.000	[<500 - 1.600]	1.300	[<1.000 - 4.200]
Papua Nueva Guinea	6.732	1.522	1.307	32	G	1.300	[<1.000 - 1.900]	<1.000	[<500 - <1.000]	5.000	[3.600 - 7.200]	2.000	[1.300 - 2.900]
Paraguay	6.349	1.368	1.296	31	C	<500	[<200 - <500]	<500	[<200 - 1.200]	<1.000	[<500 - 1.300]	1.300	[<1.000 - 4.000]
Perú	29.165	5.822	5.596	29	C	1.100	[<1.000 - 1.700]	1.700	[1.100 - 2.500]	3.400	[2.200 - 5.100]	6.100	[3.900 - 9.000]
Polonia	38.074	4.622	5.535	20	C	<200	[<100 - <500]	<500	[<100 - <1.000]	<1.000	[<500 - 1.300]	1.100	[<500 - 3.700]
Portugal	10.707	1.114	1.193	16	-	<500	[<200 - <1.000]	<500	[<200 - 1.500]	1.100	[<500 - 2.200]	1.900	[<1.000 - 6.300]
Qatar	1.409	155	262	23	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]
Reino Unido	61.565	7.627	8.128	19	-	<1.000	[<500 - 1.700]	1.400	[<1.000 - 5.200]	4.100	[1.800 - 7.000]	6.400	[2.400 - 23.000]
República Árabe Siria	21.906	4.501	4.616	31	L	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	4422	1014	897	-	G	5.600	[3.500 - 7.900]	4.200	[2.600 - 5.800]	10.000	[6.200 - 14.000]	4.400	[2.700 - 6.100]
República Checa	10.369	1.096	1.332	17	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <500]
República de Corea	48.333	6.682	6.596	20	-	<200	[<100 - <500]	<500	[<100 - <1.000]	<1.000	[<500 - 1.100]	<1.000	[<500 - 3.400]
República de Moldova	3.604	535	667	25	C	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<500	[<500 - <500]	<200	[<200 - <500]
República Democrática del Congo	66.020	15.938	13.300	33	G	-	[24.000 - 40.000]	-	[12.000 - 20.000]	-	[60.000 - 99.000]	-	[25.000 - 41.000]
República Democrática Popular Lao	6.320	1.571	1.388	35	L	<500	[<500 - <1.000]	<500	[<500 - <500]	1.300	[<1.000 - 2.200]	1.000	[<1.000 - 1.600]
República Dominicana	10.090	2.025	1.916	29	C	2.300	[1.300 - 3.300]	1.300	[<1.000 - 1.900]	6.200	[3.600 - 8.900]	2.600	[1.400 - 3.800]
República Popular Democrática de Corea	23.906	3.971	3.880	24	L	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	43.739	10.009	8.695	32	G	76.000	[61.000 - 100.000]	47.000	[36.000 - 61.000]	170.000	[140.000 - 230.000]	76.000	[58.000 - 99.000]
Rumania	21.275	2.392	2.966	19	L	<200	[<100 - <500]	<500	[<100 - <1.000]	<1.000	[<500 - 1.000]	<1.000	[<500 - 2.700]
Ruanda	9.998	2.227	2.216	34	G	6.900	[4.800 - 8.500]	5.700	[3.900 - 7.000]	17.000	[12.000 - 21.000]	11.000	[7.400 - 13.000]
Saint Kitts y Nevis	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	179	47	39	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	109	21	21	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	172	33	34	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	163	39	35	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	12.534	3.008	2.620	34	C	2.900	[2.200 - 4.100]	1.300	[<1.000 - 1.800]	8.700	[6.500 - 12.000]	3.400	[2.400 - 4.800]
Serbia	9.850	1.246	1.383	20	L	<100	[<100 - <200]	<200	[<100 - <500]	<500	[<200 - <500]	<1.000	[<500 - 1.000]
Seychelles	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	5.696	1.258	1.100	31	G	2.100	[1.300 - 3.600]	<1.000	[<500 - 1.300]	7.600	[4.700 - 13.000]	2.800	[1.700 - 4.900]
Singapur	4.737	688	664	21	-	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <500]	<200	[<100 - <500]	<200	[<100 - <1.000]
Somalia	9.133	2.027	1.689	31	C	2.000	[1.400 - 3.300]	1.100	[<1.000 - 1.800]	5.500	[3.800 - 9.200]	3.600	[2.400 - 6.000]
Sri Lanka	20.238	3.063	3.378	24	L	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <200]	<200	[<200 - <500]	<500	[<500 - <1.000]

	EPIDEMIOLÓGICOS								EDUCATIVOS			
	Prevalencia del VIH (%) entre jóvenes de 15–24 años, 2009				Jóvenes (15–24 años) que viven con el VIH como % de los adultos (15+) que viven con el VIH, 2009	Número de nuevas infecciones en jóvenes de 15–24 años, 2009		Tasa neta de matriculación en la escuela primaria 2005–2009*		Tasa neta de matriculación en la escuela secundaria 2005–2009*		
	Mujeres 15–24	Estimación máxima-mínima	Varones 15–24	Estimación máxima-mínima		Número estimado	Estimación máxima-mínima	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	
Mauritania	0,3	[0,1 - 0,5]	0,4	[0,2 - 1,4]	18	<500	[<500 - <1.000]	79	74	15	17	
México	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,2]	14	-	-	98	98	74	71	
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	88	89	85	79	
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	8,6	[7,0 - 12,1]	3,1	[2,4 - 4,4]	23	49.000	[41.000 - 56.000]	77	82	6	6	
Myanmar	0,3	[0,2 - 0,3]	0,3	[0,3 - 0,4]	14	-	-	-	-	50	49	
Namibia	5,8	[3,7 - 8,6]	2,3	[1,3 - 3,6]	12	2.000	[<500 - 4.400]	91	87	60	49	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	73	72	-	-	
Nepal	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]	16	-	-	64 x	78 x	-	-	
Nicaragua	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]	19	-	-	92	92	48	42	
Níger	0,5	[0,5 - 0,5]	0,2	[0,2 - 0,2]	18	2.100	[1.400 - 2.800]	48	60	7	11	
Nigeria	2,9	[2,3 - 3,9]	1,2	[0,9 - 1,6]	22	120.000	[110.000 - 140.000]	58	64	22	29	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	98 x	99 x	96 x	91 x	
Noruega	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,2]	-	-	-	99	99	96	96	
Nueva Zelanda	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	100	99	92 x	90 x	
Omán	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	69	67	78	79	
Países Bajos	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]	5	-	-	98	99	89	88	
Pakistán	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]	20	-	-	60	72	28	37	
Palau	-	-	-	-	-	-	-	94 x	98 x	-	-	
Panamá	0,3	[0,1 - 0,5]	0,4	[0,2 - 1,3]	11	-	-	98	99	69	63	
Papua Nueva Guinea	0,8	[0,6 - 1,2]	0,3	[0,2 - 0,5]	23	-	-	-	-	-	-	
Paraguay	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]	18	-	-	90	90	60	57	
Perú	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,3]	13	-	-	95	94	75	75	
Polonia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	7	-	-	96	95	95	93	
Portugal	0,2	[0,1 - 0,4]	0,3	[0,1 - 0,9]	7	-	-	98	99	92	84	
Qatar	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	94 x	95 x	98	67	
Reino Unido	0,1	[<0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]	12	-	-	100	99	95	92	
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	92 x	97 x	67	68	
República Centroafricana	2,2	[1,4 - 3,1]	1,0	[0,6 - 1,4]	13	1.600	[<1.000 - 2.400]	57	77	8	13	
República Checa	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	91	88	-	-	
República de Corea	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	17	-	-	98	100	94	97	
República de Moldova	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	87	88	85	82	
República Democrática del Congo	-	[0,9 - 1,5]	-	[0,4 - 0,6]	-	-	[18.000 - 24.000]	32 x	33 x	-	-	
República Democrática Popular Lao	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,2]	28	-	-	81	84	33	39	
República Dominicana	0,7	[0,4 - 0,9]	0,3	[0,1 - 0,4]	16	-	-	80	80	63	52	
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Unida de Tanzania	3,9	[3,1 - 5,3]	1,7	[1,3 - 2,3]	21	40.000	[31.000 - 52.000]	99	100	5 x	5 x	
Rumania	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]	9	-	-	90	91	72	74	
Ruanda	1,9	[1,3 - 2,3]	1,3	[0,9 - 1,6]	20	3.700	[1.400 - 6.600]	97	95	-	-	
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	96	91	85	87	
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	93	93	75	66	
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	92	97	95	85	
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	91	92	82	77	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	97	95	40	36	
Senegal	0,7	[0,5 - 1]	0,3	[0,2 - 0,4]	22	2.200	[1.400 - 2.900]	74	72	22	28	
Serbia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]	-	-	-	95	95	89	87	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	100 x	99 x	-	-	
Sierra Leona	1,5	[0,9 - 2,5]	0,6	[0,3 - 1]	22	1.800	[1.000 - 4.300]	-	-	20	30	
Singapur	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,2]	-	-	-	-	-	-	-	
Somalia	0,6	[0,4 - 1,1]	0,4	[0,3 - 0,7]	28	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	100	99	-	-	

TABLA 1: Indicadores demográficos, epidemiológicos y educativos correspondientes a adolescentes y jóvenes

	DEMOGRÁFICOS					EPIDEMIOLÓGICOS							
	Población (miles), 2009			Jóvenes de 10-24 años como % de la población total	Tipo de epidemia	Número estimado de jóvenes que viven con el VIH, 2009							
	Total	Edad 10-19	Edad 15-24			Mujeres 10-19	Estimación máxima-mínima	Varones 10-19	Estimación máxima-mínima	Mujeres 15-24	Estimación máxima-mínima	Varones 15-24	Estimación máxima-mínima
Sudáfrica	50.110	9.985	10.074	30	G	210.000	[190.000 - 230.000]	82.000	[74.000 - 92.000]	700.000	[630.000 - 770.000]	230.000	[210.000 - 260.000]
Sudán	42.272	9.738	8.557	32	G	19.000	[14.000 - 28.000]	6.700	[4.900 - 9.900]	54.000	[39.000 - 78.000]	22.000	[16.000 - 32.000]
Suecia	9.249	1.138	1.228	19	-	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <500]	<200	[<100 - <500]	<500	[<100 - <1.000]
Suiza	7.568	873	913	18	-	<200	[<100 - <500]	<500	[<100 - <1.000]	<1.000	[<500 - <1.000]	<1.000	[<500 - 2.700]
Surinam	520	94	90	27	C	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <500]	<200	[<100 - <500]	<500	[<100 - <1.000]
Swazilandia	1.185	309	295	38	G	7.400	[5.900 - 10.000]	3.600	[2.700 - 4.900]	23.000	[18.000 - 31.000]	9.500	[7.100 - 13.000]
Tailandia	67.764	10.375	10.741	23	C	11.000	[8.500 - 14.000]	9.000	[7.200 - 11.000]	30.000	[22.000 - 38.000]	24.000	[19.000 - 29.000]
Tayikistán	6.952	1.699	1.619	36	L	<100	[<100 - <100]	<100	[<100 - <100]	<500	[<200 - <500]	<500	[<500 - <1.000]
Territorio Palestino Ocupado	4.277	1.023	847	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	1.134	282	232	34	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	6.619	1.521	1.364	33	G	5.600	[4.000 - 7.900]	2.800	[1.900 - 3.900]	15.000	[11.000 - 21.000]	6.100	[4.200 - 8.500]
Tonga	104	23	19	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	1.339	204	249	26	-	<500	[<200 - <1.000]	<500	[<200 - 1.200]	<1.000	[<500 - 1.600]	1.300	[<1.000 - 4.300]
Túnez	10.272	1.815	2.030	28	L	<100	[<100 - <200]	<100	[<100 - <500]	<500	[<100 - <500]	<500	[<200 - <1.000]
Turkmenistán	5.110	1.065	1.115	31	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Turquía	74.816	13.663	13.282	27	L	<200	[<100 - <200]	<200	[<100 - <500]	<500	[<200 - <1.000]	<1.000	[<500 - 1.600]
Tuvalu	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	45.708	5.163	6.641	19	C	1.800	[1.400 - 2.200]	<1.000	[<1.000 - <1.000]	10.000	[8.100 - 13.000]	5.300	[4.100 - 6.800]
Uganda	32.710	8.077	6.686	34	G	78.000	[63.000 - 100.000]	49.000	[38.000 - 61.000]	170.000	[140.000 - 220.000]	79.000	[61.000 - 98.000]
Uruguay	3.361	529	512	23	C	<200	[<100 - <500]	<500	[<100 - <1.000]	<1.000	[<500 - <1.000]	<1.000	[<500 - 2.600]
Uzbekistán	27.488	6.092	6.189	33	C	<200	[<200 - <500]	<200	[<100 - <500]	1.000	[<1.000 - 1.900]	1.400	[<1.000 - 2.500]
Vanuatu	240	54	49	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	28.583	5.487	5.387	29	C	-	-	-	-	-	-	-	-
Vietnam	88.069	17.182	17.256	29	C	1.100	[<1.000 - 1.700]	<1.000	[<1.000 - 1.400]	5.900	[3.900 - 8.800]	7.500	[5.300 - 11.000]
Yemen	23.580	5.964	5.208	35	L	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	12.935	3.088	2.612	33	G	49.000	[40.000 - 66.000]	31.000	[24.000 - 41.000]	120.000	[94.000 - 160.000]	55.000	[42.000 - 72.000]
Zimbabwe	12.523	3.314	3.167	38	G	60.000	[47.000 - 82.000]	44.000	[34.000 - 60.000]	110.000	[86.000 - 150.000]	52.000	[40.000 - 71.000]

INDICADORES REGIONALES

África	1.008.354	227.318	204.896	32		1.100.000	[970.000 - 1.400.000]	620.000	[520.000 - 760.000]	2.800.000	[2.400.000 - 3.500.000]	1.200.000	[960.000 - 1.400.000]
África subsahariana	841.775	194.803	170.807	33		1.100.000	[970.000 - 1.400.000]	620.000	[520.000 - 760.000]	2.800.000	[2.400.000 - 3.400.000]	1.100.000	[960.000 - 1.400.000]
África oriental y meridional	392.853	91.042	80.622	33		760.000	[670.000 - 910.000]	430.000	[370.000 - 510.000]	1.900.000	[1.700.000 - 2.300.000]	780.000	[670.000 - 930.000]
África occidental y central	405.786	93.824	81.440	32		330.000	[270.000 - 440.000]	190.000	[140.000 - 240.000]	800.000	[640.000 - 1.100.000]	340.000	[260.000 - 450.000]
Oriente Medio y África septentrional	413.313	83.589	85.564	31		22.000	[17.000 - 30.000]	9.700	[7.800 - 12.000]	62.000	[48.000 - 84.000]	32.000	[26.000 - 41.000]
Asia	3.632.042	663.166	669.258	27		77.000	[60.000 - 75.000]	78.000	[62.000 - 83.000]	210.000	[190.000 - 230.000]	240.000	[210.000 - 290.000]
Asia meridional	1.619.757	334.645	317.763	30		50.000	[44.000 - 57.000]	54.000	[47.000 - 66.000]	150.000	[130.000 - 170.000]	170.000	[150.000 - 210.000]
Asia oriental y del Pacífico	2.012.285	328.521	351.494	25		27.000	[15.000 - 30.000]	23.000	[14.000 - 34.000]	83.000	[49.000 - 107.000]	100.000	[56.000 - 128.000]
América latina y el Caribe	576.790	107.678	104.362	28		44.000	[34.000 - 55.000]	44.000	[31.000 - 82.000]	120.000	[94.000 - 150.000]	130.000	[91.000 - 240.000]
Europa central y oriental / Comunidad de Estados Independientes	404.153	57.595	66.998	23		9.000	[7.700 - 10.000]	3.900	[3.400 - 4.500]	52.000	[44.000 - 59.000]	29.000	[25.000 - 33.000]
Países industrializados	988.390	117.594	124.411	18		18.000	[12.000 - 26.000]	27.000	[19.000 - 42.000]	62.000	[43.000 - 92.000]	100.000	[72.000 - 160.000]
Países en desarrollo	5.580.485	1.069.532	1.051.938	28		1.200.000	[1.100.000 - 1.500.000]	750.000	[640.000 - 860.000]	3.100.000	[2.800.000 - 3.800.000]	1.500.000	[1.300.000 - 1.800.000]
Países menos adelantados	835.486	190.214	169.214	32		500.000	[410.000 - 650.000]	300.000	[250.000 - 380.000]	1.200.000	[980.000 - 1.600.000]	540.000	[440.000 - 680.000]
Todo el mundo	6.813.327	1.214.488	1.212.656	27		1.300.000	[1.100.000 - 1.500.000]	780.000	[670.000 - 900.000]	3.200.000	[2.900.000 - 3.900.000]	1.700.000	[1.400.000 - 1.900.000]

DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES

Tipo de epidemia: Las epidemias de VIH se catalogan de bajo nivel (L), concentrada (C) y generalizada (G). Para obtener más información, ver página 60.

Número estimado de jóvenes que viven con el VIH: número estimado de jóvenes (de 10 a 19 años y de 15 a 24 años) que vivían con el VIH en el año 2009.

Prevalencia del VIH en los jóvenes: Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) que vivían con el VIH en el año 2009.

Número de nuevas infecciones entre los jóvenes: Número estimado de nuevas infecciones por VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años) en el año 2009

Tasa neta de matriculación en la escuela primaria: Número de niños inscritos en la escuela primaria cuya edad corresponde a la edad oficial para la escuela primaria, expresado como porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para asistir a la escuela primaria.

Tasa neta de matriculación en la escuela secundaria: Número de niños inscritos en la escuela secundaria cuya edad corresponde a la edad oficial para la escuela secundaria, expresado como porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para asistir a la escuela secundaria.

	EPIDEMIOLÓGICOS								EDUCATIVOS			
	Prevalencia del VIH (%) entre jóvenes de 15–24 años, 2009				Jóvenes (15–24 años) que viven con el VIH como % de los adultos (15+) que viven con el VIH, 2009	Número de nuevas infecciones en jóvenes de 15–24 años, 2009		Tasa neta de matriculación en la escuela primaria 2005–2009*		Tasa neta de matriculación en la escuela secundaria 2005–2009*		
	Mujeres 15–24	Estimación máxima-mínima	Varones 15–24	Estimación máxima-mínima		Número estimado	Estimación máxima-mínima	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	
Sudáfrica	13,6	[12,3 - 15,0]	4,5	[4,1 - 5]	18	160.000	[140.000 - 190.000]	88	87	74	70	
Sudán	1,3	[0,9 - 1,8]	0,5	[0,4 - 0,7]	30	-	-	36 x	43 x	-	-	
Suecia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,2]	-	-	-	94	95	99	99	
Suiza	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]	8	-	-	94	94	83	87	
Surinam	0,4	[0,2 - 0,7]	0,6	[0,2 - 2,0]	-	-	-	90	91	74	55	
Swazilandia	15,6	[12,6 - 21,3]	6,5	[4,8 - 8,8]	19	5.600	[4.600 - 6.600]	84	82	26	31	
Tailandia	-	[0,4 - 0,7]	-	[0,4 - 0,5]	10	-	-	89	91	77	68	
Tayikistán	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	95	99	77	88	
Territorio Palestino Ocupado	-	-	-	-	-	-	-	75	75	90	85	
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	74	77	33	30	
Togo	2,2	[1,5 - 3,1]	0,9	[0,6 - 1,2]	19	4.000	[2.300 - 5.800]	89	98	15 x	30 x	
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	60	
Trinidad y Tabago	0,7	[0,3 - 1,2]	1,0	[0,4 - 3,3]	16	-	-	91	92	76	71	
Túnez	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	-	-	-	98	97	76	67	
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Turquía	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	-	-	-	94	96	70	77	
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ucrania	0,3	[0,2 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,2]	5	-	-	89	89	85	84	
Uganda	4,8	[4 - 6,4]	2,3	[1,8 - 2,8]	24	46.000	[38.000 - 53.000]	98	96	21	22	
Uruguay	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,1 - 1]	14	-	-	98	97	71	64	
Uzbekistán	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	9	-	-	87	89	90	92	
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	96	98	35 x	41 x	
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	-	90	90	74	66	
Vietnam	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]	5	-	-	91 x	96 x	-	-	
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	66	79	26	49	
Zambia	8,9	[7,3 - 12,0]	4,2	[3,2 - 5,5]	20	27.000	[22.000 - 32.000]	96	95	39	47	
Zimbabwe	6,9	[5,3 - 9,3]	3,3	[2,5 - 4,4]	16	22.000	[14.000 - 31.000]	91	89	37	39	

INDICADORES REGIONALES

África	2,7	[2,4 - 3,4]	1,1	[0,9 - 1,4]	19	700.000	[630.000 - 780.000]	79	83	29	33
África subsahariana	3,3	[2,8 - 4,0]	1,3	[1,1 - 1,6]	19	700.000	[620.000 - 780.000]	77	81	28	32
África oriental y meridional	4,8	[4,2 - 5,7]	1,9	[1,7 - 2,3]	18	460.000	[400.000 - 520.000]	87	88	33	35
África occidental y central	2,0	[1,6 - 2,6]	0,8	[0,6 - 1,1]	20	210.000	[190.000 - 250.000]	64	71	22	29
Oriente Medio y África septentrional	0,2	[0,2 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,1]	23	26.000	[20.000 - 32.000]	86	91	62	66
Asia	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]	11	90.000	[73.000 - 110.000]	89	92	-	-
Asia meridional	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]	13	51.000	[43.000 - 61.000]	83	88	-	-
Asia oriental y del Pacífico	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]	8	39.000	[28.000 - 50.000]	97	98	67 **	65 **
América latina y el Caribe	0,2	[0,2 - 0,3]	0,2	[0,2 - 0,5]	14	44.000	[36.000 - 57.000]	94	95	77	72
Europa central y oriental / Comunidad de Estados Independientes	0,2	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,1]	6	22.000	[17.000 - 26.000]	92	93	81	82
Países industrializados	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,3]	8	31.000	[21.000 - 48.000]	95	95	92	91
Países en desarrollo	0,6	[0,6 - 0,8]	0,3	[0,3 - 0,3]	17	840.000	[770.000 - 920.000]	87	90	53 **	54 **
Países menos adelantados	1,5	[1,2 - 2,0]	0,7	[0,5 - 0,8]	20	300.000	[260.000 - 370.000]	81	85	29	33
Todo el mundo	0,6	[0,5 - 0,7]	0,3	[0,2 - 0,3]	16	890.000	[810.000 - 970.000]	88	91	60 **	61 **

PRINCIPALES FUENTES DE LOS DATOS

Tipo de epidemia: OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2010*.

Número estimado de jóvenes que viven con el VIH: ONUSIDA, Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010.

Prevalencia del VIH entre los jóvenes: ONUSIDA, Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010.

Número estimado de nuevas infecciones por VIH entre los jóvenes: Cifras estimadas de ONUSIDA, 2010.

Población total: División de Población, Naciones Unidas.

Matriculación neta en la enseñanza primaria y secundaria: Instituto de Estadísticas de la UNESCO.

NOTAS

– No se dispone de datos.

* Los datos se refieren al último año para el que hay información disponible dentro del período especificado en el título de la columna.

** Excluye a la China.

x Los datos se refieren a años o períodos que no son los especificados en el título de la columna, difieren de la definición estándar o se refieren a solamente una parte de un país. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solamente una parte de un país. Dichos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

TABLA 2: Indicadores de conocimientos, comportamiento sexual, acceso y pruebas del VIH de los jóvenes

	CONOCIMIENTOS		COMPORTAMIENTO SEXUAL					
	% de jóvenes (15–24) que tienen conocimientos cabales sobre el VIH, 2005-2010*		% de jóvenes (15–24) que tuvieron sexo con más de una pareja durante los últimos 12 meses (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) con parejas múltiples que usaron preservativos en la última relación sexual (2005–2010)*		Mediana de la edad a la que los jóvenes de 20–24 años tuvieron relaciones sexuales por primera vez (2005–2010)*	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-
Albania	36	22	<1	6	-	55	-	20
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	13	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	23	15	0	13	-	79	-	19
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	5	5	0	9	-	29	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	15	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	34	-	-	-	-	-	-	-
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	40	-	1	-	-	-	-	-
Benín	16	35	1	10	27	45	18	18
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	24	28	-	14	-	41	19	17
Bosnia y Herzegovina	44	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	-	16	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	17	15	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	19	-	1	-	71 x	-	-	-
Burundi	30	-	1	-	-	-	-	-
Cabo Verde	36	36	4	33	64	80	17	17
Camboya	50	45	<1	1	-	75	-	-
Camerún	32	-	5	-	68	-	-	-
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	24	-	6	-	39	-	17	-
Comoras	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	8	22	9	21	26	40	17	16
Costa Rica	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	18	28	5	20	45	62	17	18
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	52	-	-	-	-	-	-	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	18	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	5	18	-	-	-	-	-	-
El Salvador	27	-	-	-	-	-	-	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	-	-

	% de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (2005–2010)*				Cobertura de servicios prenatales para las mujeres jóvenes de menos de 20 años (%), 2005–2009*	ACCESO		PRUEBAS			
	Mujeres 15–19	Varones 15–19	Mujeres 20–24	Varones 20–24		% de jóvenes (15–24) que saben dónde obtener preservativos (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) que sabe dónde hacerse una prueba del VIH (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) que hicieron la prueba del VIH y recibieron los resultados (2005–2010)*	
						Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albania	1	1	<1	1	97	79	88	26	37	1	2
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	-	-	-	-	82 x	-	-	18	-	<1	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	<1	3	<1	3	90	69	62	-	-	-	-
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiján	<1	1	1	1	69	33	60	28	22	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	-	-	1	55	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	-	-	-	-	-	-	-	95	-	41	-
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-	-	93 x	-	-	80	-	34	-
Benín	13	13	12	13	81	38	77	39	45	13	8
Bhután	-	-	-	-	90	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7	10	7	15	87	70	84	-	40	-	5
Bosnia y Herzegovina	1	-	-	-	-	-	-	65	-	2	-
Botswana	-	-	-	-	90	-	-	-	-	-	-
Brasil	33	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	6	-	-	-	89	-	-	41	-	12	-
Burundi	3	-	-	-	88	-	-	58	-	8	-
Cabo Verde	11	32	13	23	98	-	-	-	-	-	-
Camboya	1	<1	1	<1	69	53	47	46	42	9	8
Camerún	13	-	-	-	80	-	-	71	-	25	-
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	14	-	14	-	93	95	-	74	-	33	-
Comoras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	23	24	18	25	87	63	83	55	55	18	8
Costa Rica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	20	17	18	14	87	60	87	-	-	7	4
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	89	-	43	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	-	-	-	-	73	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	95	-	-	-	-	-	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA 2: Indicadores de conocimientos, comportamiento sexual, acceso y pruebas del VIH de los jóvenes

	CONOCIMIENTOS		COMPORTAMIENTO SEXUAL					
	% de jóvenes (15–24) que tienen conocimientos cabales sobre el VIH, 2005–2010*		% de jóvenes (15–24) que tuvieron sexo con más de una pareja durante los últimos 12 meses (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) con parejas múltiples que usaron preservativos en la última relación sexual (2005–2010)*		Mediana de la edad a la que los jóvenes de 20–24 años tuvieron relaciones sexuales por primera vez (2005–2010)*	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopía	20	33	<1	1	-	-	18	-
Ex República Yugoslava de Macedonia	27	-	1	-	36 x	-	-	-
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	21	-	-	-	-	-	-	-
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabón	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	39	-	1	-	64 x	-	-	-
Georgia	15	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	28	34	2	6	43 x	61 x	19	20
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	27 x	-	-	-
Guinea	17	23	2	19	28	39	16	18
Guinea-Bissau	18	-	6	-	58	-	-	-
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	50	-	2	9	-	62	18	18
Haití	34	40	2	20	23	51	18	15
Honduras	30	-	1	-	27	-	18	-
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-
India	20	36	<1	2	17 x	32	19	-
Indonesia	10 y	15 y	-	-	-	-	-	-
Irán (República Islámica del)	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	3	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	27	39	5	10	9 x	23 x	18	17
Islas Salomón	29	35	-	-	18	39	18	18
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamahiriyá Árabe Libia	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	60	-	-	-	-	-	-	-
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	13 y	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	22	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	48	55	2	8	37	67	18	17
Kirguistán	20	-	1	-	-	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	39	29	4	21	48	60	18	17
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	21	27	7	15	16	28	16	18
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	23	26	3	18	3	4	-	-
Malasia	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	42	42	1	6	48	46	-	-
Maldivas	35 y	-	-	-	-	-	-	-
Malí	18	22	2	6	8	28	16	-
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-

	% de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (2005–2010)*				Cobertura de servicios prenatales para las mujeres jóvenes de menos de 20 años (%), 2005–2009*	ACCESO		PRUEBAS			
	Mujeres 15–19	Varones 15–19	Mujeres 20–24	Varones 20–24		% de jóvenes (15–24) que saben dónde obtener preservativos (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) que sabe dónde hacerse una prueba del VIH (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) que se hicieron la prueba del VIH y recibieron los resultados (2005–2010)*	
						Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopía	11	2	22	2	27	34	56	-	-	5	5
Ex República Yugoslava de Macedonia	1	-	-	-	-	-	-	53	-	-	-
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	2	-	2	-	91	65	-	47	-	1	-
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	4	-	-	-	96	-	-	54	-	9	-
Georgia	-	-	-	-	99	-	-	22	-	7	-
Ghana	8	4	7	5	90	74	87	68	71	10	7
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	29	29	28	32	93	-	-	-	-	-	-
Guinea	20	18	25	16	-	43	69	-	-	2	5
Guinea-Bissau	22	-	-	-	75	-	-	17	-	3	-
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	8	11	10	16	92	80	91	81	-	25	-
Haití	15	42	14	44	86	79	85	-	-	12	6
Honduras	10	-	12	-	92	76	-	-	-	-	-
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	8	3	13	2	78	46	85	-	-	3	1
Indonesia	-	-	-	-	91	39 y	-	6 y	5 y	-	-
Irán (República Islámica del)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	87	-	-	5	-	1	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	15	25	12	29	81	82	91	84	84	-	-
Islas Salomón	15	16	10	8	69	46	81	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamahiriyá Árabe Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	-	89	-	-	85	-	35	-
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	-	-	-	-	98	69 y	-	-	-	-	-
Kazajstán	-	-	-	-	100	-	-	74	-	38	-
Kenya	12	22	10	22	89	65	84	90	89	48	31
Kirguistán	<1	-	-	-	100 x	-	-	52	-	18	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	9	26	7	18	92	72	77	89	74	58	26
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	19	9	16	8	80	49	52	24	27	4	3
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	17	8	18	10	83	60	66	46	39	11	7
Malasia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	14	16	-	-	92	-	-	87	89	22	18
Maldivas	<1	-	<1	-	-	89 y	-	83 y	83 y	-	-
Malí	24	6	26	4	71	25	41	22	30	7	5
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA 2: Indicadores de conocimientos, comportamiento sexual, acceso y pruebas del VIH de los jóvenes

	CONOCIMIENTOS		COMPORTAMIENTO SEXUAL					
	% de jóvenes (15–24) que tienen conocimientos cabales sobre el VIH, 2005–2010*		% de jóvenes (15–24) que tuvieron sexo con más de una pareja durante los últimos 12 meses (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) con parejas múltiples que usaron preservativos en la última relación sexual (2005–2010)*		Mediana de la edad a la que los jóvenes de 20–24 años tuvieron relaciones sexuales por primera vez (2005–2010)*	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Marruecos	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	5	14	-	-	-	-	-	-
México	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	31	-	-	-	-	-	19	-
Montenegro	30	-	<1	-	-	-	-	-
Mozambique	36	34	4	16	33	37	16	17
Myanmar	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibia	65	62	2	11	74	82	18	17
Nauru	13	10	-	-	8 x	17 x	17	16
Nepal	28	44	<1	2	-	59 x	18	-
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	18	-
Níger	13	16	<1	2	-	42 x	16	-
Nigeria	22	33	1	6	29	56	18	-
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	3	-	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	-	-	-	-	-	19	19
Paraguay	-	-	7	-	51	-	-	-
Perú	19	-	1	-	38 x	-	19	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	7	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	17	26	6	21	59	73	-	-
República Checa	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	42 y	39 y	2	17	30	60	20	18
República Democrática del Congo	15	21	3	14	9	22	17	18
República Democrática Popular Lao	-	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	41	34	5	23	34	62	18	16
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	39	42	3	12	32	36	18	19
Rumania	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	51	54	<1	1	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	3	6	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	43	43	2	12	-	59	18	18
Senegal	19	24	1	6	33	64	20	19
Serbia	42	-	2	-	80 x	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	17	28	4	10	12	29	16	18
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-

	% de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (2005–2010)*				Cobertura de servicios prenatales para las mujeres jóvenes de menos de 20 años (%), 2005–2009*	ACCESO		PRUEBAS			
	Mujeres 15–19	Varones 15–19	Mujeres 20–24	Varones 20–24		% de jóvenes (15–24) que saben dónde obtener preservativos (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) que sabe dónde hacerse una prueba del VIH (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) que se hicieron la prueba del VIH y recibieron los resultados (2005–2010)*	
						Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Marruecos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	-	-	-	-	77	-	-	17	26	4	3
México	17	11	4	4	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	<1	-	1	-	99	-	-	50	-	10	-
Montenegro	<1	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-
Mozambique	23	27	27	22	94	62	74	76	71	36	15
Myanmar	-	-	-	-	71	-	-	-	-	-	-
Namibia	7	19	7	17	95	89	91	90	83	37	17
Nauru	15	35	15	28	-	59	70	35	45	8	5
Nepal	6	3	10	5	51	87	97	42	73	-	-
Nicaragua	13	-	15	-	90	-	-	-	-	-	-
Níger	26	5	34	5	46	9	28	-	-	2	2
Nigeria	15	6	16	5	43	37	68	45	59	9	7
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	-	-	-	-	59	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	4	4	5	4	79	-	-	-	-	-	-
Paraguay	7	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú	6	-	7	-	92	-	-	-	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	91	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	29	12	-	-	78	-	-	48	52	17	9
República Checa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	1	9	1	8	99	90	97	-	-	23	21
República Democrática del Congo	18	18	19	17	85	37	61	34	40	6	5
República Democrática Popular Lao	9	-	14	-	38	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	14	21	16	27	99	90	-	91	75	40	17
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	11	11	12	8	78	59	77	76	80	33	19
Rumania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	5	15	3	11	94	37	73	-	-	17	12
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	46	31	42	2	1
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	10	12	8	13	99	83	92	84	80	49	21
Senegal	9	13	10	12	86	46	69	-	-	2	2
Serbia	1	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	22	11	27	11	88	27	43	30	31	9	3
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA 2: Indicadores de conocimientos, comportamiento sexual, acceso y pruebas del VIH de los jóvenes

	CONOCIMIENTOS		COMPORTAMIENTO SEXUAL					
	% de jóvenes (15–24) que tienen conocimientos cabales sobre el VIH, 2005–2010*		% de jóvenes (15–24) que tuvieron sexo con más de una pareja durante los últimos 12 meses (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) con parejas múltiples que usaron preservativos en la última relación sexual (2005–2010)*		Mediana de la edad a la que los jóvenes de 20–24 años tuvieron relaciones sexuales por primera vez (2005–2010)*	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Somalia	4	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	-	-	-	-	-	-	-	-
Suecia	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-
Surinam	41	-	3	-	80	-	-	-
Swazilandia	52	52	2	10	51 x	67	18	19
Tailandia	46	-	-	-	-	-	-	-
Tayikistán	2	-	-	-	-	-	-	-
Territorio Palestino Ocupado	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	12	20	-	1	-	-	-	-
Togo	15	-	3	-	50	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	54	-	3	-	67	-	-	-
Túnez	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	5	-	-	-	-	-	-	-
Turquía	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	39	61	-	-	-	-	-	18
Ucrania	45	43	3	16	63	64	19	18
Uganda	32	38	2	9	39	45	17	18
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzbekistán	31	-	<1	-	-	-	-	-
Vanuatu	15	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	44	-	0	<1	-	-	-	-
Yemen	2 y	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	38	41	1	5	42 x	43	17	18
Zimbabwe	53	-	1	7	38 x	59	19	20

INDICADORES REGIONALES

África	24	31	2	8	32	47	18	-
África subsahariana	26	33	2	8	32	47	18	-
África oriental y meridional	34	40	2	8	34	45	18	-
África occidental y central	20	28	2	9	31	48	18	-
Oriente Medio y África del norte	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia	19 **	33 **	<1 **	2 **	17 **	34 **	19 **	-
Asia meridional	17	36	<1	2	17	33	19	-
Asia oriental y del Pacífico	24 **	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	-	-	-	-	-	-	17	-
Europa central y oriental / Comunidad de Estados Independientes	-	-	-	-	-	-	-	-
Países industrializados	-	-	-	-	-	-	-	-
Países en desarrollo	20 **	33 **	1 **	-	-	-	18 **	-
Países menos adelantados	22	33	2	9	-	-	-	-
Todo el mundo	21 **	-	-	-	-	-	-	-

DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES

Conocimientos amplios sobre el VIH: Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15–24) que identifican correctamente las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y limitar las relaciones sexuales a una pareja fiel que no esté infectada), rechazan las dos ideas erróneas locales más comunes sobre la transmisión del VIH y saben que una persona de apariencia saludable puede ser seropositiva

Relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses: Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15–24) que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja durante los últimos 12 meses.

Utilización de preservativos con parejas múltiples: Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15–24) que tuvieron más de una pareja durante los últimos 12 meses y manifestaron que en la última relación sexual habían utilizado un preservativo.

Mediana de la edad de la primera relación sexual: Mediana de la edad al momento de la primera relación sexual entre jóvenes (20–24).

Sexo antes de los 15 años: Porcentaje de jóvenes (15–19 y 20–24) que manifestó que había tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad.

Cobertura de servicios prenatales: Porcentaje de mujeres (de más de 20 años) que fueron atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal sanitario debidamente capacitado (médico, enfermero o partero).

	% de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (2005–2010)*				Cobertura de servicios prenatales para las mujeres jóvenes de menos de 20 años (%), 2005–2009*	ACCESO		PRUEBAS			
	Mujeres 15–19	Varones 15–19	Mujeres 20–24	Varones 20–24		% de jóvenes (15–24) que saben dónde obtener preservativos (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) que sabe dónde hacerse una prueba del VIH (2005–2010)*		% de jóvenes (15–24) que se hicieron la prueba del VIH y recibieron los resultados (2005–2010)*	
						Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Somalia	-	-	-	-	24	-	-	17	-	3	-
Sri Lanka	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	-	-	-	-	67	-	-	-	-	-	-
Suecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Surinam	9	-	-	-	88	-	-	81	-	27	-
Swazilandia	7	5	6	5	86	85	88	87	70	28	7
Tailandia	-	-	-	-	97	-	-	-	-	-	-
Tayikistán	-	-	-	-	95	-	-	8	-	-	-
Territorio Palestino Ocupado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	1	1	3	<1	-	13	32	20	33	-	-
Togo	12	-	-	-	83	-	-	47	-	8	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	5	-	-	-	95 x	-	-	83	-	24	-
Túnez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	-	-	-	-	100 x	-	-	-	-	-	-
Turquía	-	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	2	19	1	10	-	91	93	90	87	7	11
Ucrania	1	3	1	1	97	96	98	73	77	32	18
Uganda	12	14	20	10	95	70	90	81	85	21	12
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzbekistán	-	-	-	-	99 x	-	-	46	-	23	-
Vanuatu	-	-	-	-	85	-	-	49	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	1	<1	1	<1	77 x	56	57	71	-	4	-
Yemen	-	-	-	-	49	-	-	12 y	-	-	-
Zambia	7	9	6	7	94	76	81	91	89	30	14
Zimbabwe	5	5	6	4	93	70	73	73	69	21	12

INDICADORES REGIONALES

África	14	11	17	9	69	47	69	55	-	14	10
África subsahariana	14	11	17	9	69	47	69	57	63	15	10
África oriental y meridional	12	11	16	10	71	55	72	75	78	22	14
África occidental y central	16	10	17	9	66	40	66	44	53	9	6
Oriente Medio y África del norte	-	-	-	-	74	-	-	-	-	-	-
Asia	7 **	3 **	11 **	2 **	76	48 **	83 **	-	-	3 **	1 **
Asia meridional	8	3	12	2	73	47	85	-	-	3	1
Asia oriental y del Pacífico	-	-	-	-	86 **	49 **	-	31 **	-	-	-
América Latina y el Caribe	22	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa central y oriental / Comunidad de Estados Independientes	-	-	-	-	94	-	-	-	-	-	-
Países industrializados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países en desarrollo	11 **	6 **	13 **	4 **	76	49 **	-	-	-	8 **	-
Países menos adelantados	13	11	17	7	66	49	67	-	-	13	-
Todo el mundo	11 **	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-

NOTAS

- No hay datos disponibles.
- x Datos basados en denominadores pequeños (por lo general 25 a 49 casos no ponderados).
- y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solamente una parte de un país. Dichos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- * Los datos se refieren al último año para el que hay información disponible dentro del período especificado en el título de la columna.
- ** Excluye a China.

PRINCIPALES FUENTES DE LOS DATOS

Todos los datos de la Tabla 2: bases de datos mundiales de UNICEF, 2010.

TABLA 3: Indicadores del VIH y el sida para los jóvenes de mayor riesgo

	EPIDEMIOLÓGICOS			CONOCIMIENTOS		
	Prevalencia del VIH (%) en las poblaciones de mayor riesgo de la capital (<25 años), 2005–2009*			% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) con conocimientos amplios sobre el VIH, 2005–2009*		
	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres
Afganistán	7,6	0	-	30	1	-
Albania	-	-	0	0	-	-
Alemania	-	-	1,6	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-
Angola	-	18,2	-	-	64	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-
Argelia	-	1,2	-	-	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-
Armenia	0	0	0	62	54	36
Australia	0	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	3,7	0	0	34	34	59
Bahamas	-	-	24	-	-	29
Bahrein	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	0,2	0,2	0	30	29	23
Barbados	-	-	-	-	33	-
Belarús	3,9	2,9	0	52	72	74
Bélgica	-	0,6	1,8	-	-	-
Belice	-	-	-	-	-	-
Benín	4,8	9,4	-	26	62	0
Bhután	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	-	-	-	41	53
Bosnia y Herzegovina	-	0	-	-	-	-
Botswana	-	-	-	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	8,1	0,7	4	31	37	34
Burkina Faso	-	9,8	-	-	-	-
Burundi	-	45,6	-	-	55	-
Cabo Verde	0	-	-	-	-	-
Camboya	-	-	2,3	-	-	-
Camerún	-	-	-	-	-	-
Canadá	2,9	-	2,2	-	-	-
Chad	-	19,4	-	-	5	-
Chile	-	-	7,3	-	-	64
China	8,3	0,4	4,1	49	52	51
Chipre	-	-	-	-	-	-
Colombia	-	0,5	9,5	-	25	-
Comoras	-	0	-	-	-	-
Congo	-	-	0	-	-	0
Costa Rica	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	-	-	-	-	29	-
Croacia	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	0,9	-	61	65
Dinamarca	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	7,9	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	47	61
Egipto	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	5	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	3	-	-	-	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	0	-	-	-	-	-
España	20	3,2	8	-	-	-
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-

	COMPORTAMIENTO SEXUAL			ACCESO	PRUEBAS			
	% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) que usaron preservativo en la última relación sexual, 2005–2009*				% de los usuarios de drogas inyectables (<25 años) que informaron haber usado instrumentos de inyección esterilizados la última vez que se inyectaron, 2007–2009*	% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) que se hicieron una prueba del VIH y recibieron el resultado, 2005–2009*		
	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres			Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
Afganistán	43	60	-	95	25	4	-	
Albania	-	-	-	-	-	-	-	
Alemania	-	65	56	-	-	-	21	
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	-	77	-	-	-	33	-	
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	
Argelia	-	-	-	-	0	-	-	
Argentina	65	-	91	-	45	-	-	
Armenia	70	88	86	100	0	18	7	
Australia	32	-	-	-	-	-	67	
Austria	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaiyán	19	79	48	71	5	4	14	
Bahamas	-	-	72	-	-	-	48	
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	40	62	18	30	5	4	2	
Barbados	-	73	-	-	-	80	-	
Belarús	51	67	70	83	52	81	78	
Bélgica	-	-	-	-	24	-	89	
Belice	-	-	-	-	-	-	-	
Benín	60	9	-	26	26	86	-	
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	88	67	-	-	41	36	
Bosnia y Herzegovina	-	79	-	-	12	75	-	
Botswana	-	-	-	-	-	-	-	
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	
Bulgaria	43	92	66	84	40	53	42	
Burkina Faso	-	98	-	-	-	100	-	
Burundi	-	86	-	-	-	62	-	
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	
Camboya	-	99	89	-	36	66	57	
Camerún	-	-	-	-	-	32	-	
Canadá	35	-	65	-	49	-	36	
Chad	-	43	-	-	-	38	-	
Chile	-	74	50	-	-	91	26	
China	38	86	77	62	28	34	43	
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	
Colombia	-	99	-	-	-	41	-	
Comoras	-	68	-	-	-	100	-	
Congo	-	-	24	-	-	-	0	
Costa Rica	-	-	-	-	-	-	-	
Côte d'Ivoire	-	-	-	-	-	44	63	
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	
Cuba	-	56	30	-	-	27	23	
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	
Djibouti	-	95	-	-	-	92	-	
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	
Ecuador	-	96	63	-	-	87	42	
Egipto	-	-	-	-	-	-	-	
El Salvador	-	-	-	-	-	95	-	
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	
Eritrea	-	46	-	-	-	93	-	
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	
Eslovenia	-	-	25	-	-	-	-	
España	-	-	-	-	-	-	-	
Estados Unidos	-	-	59	-	0	-	-	

TABLA 3: Indicadores del VIH y el sida para los jóvenes de mayor riesgo

	EPIDEMIOLÓGICOS			CONOCIMIENTOS		
	Prevalencia del VIH (%) en las poblaciones de mayor riesgo de la capital (<25 años), 2005–2009*			% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) con conocimientos amplios sobre el VIH, 2005–2009*		
	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres
Estonia	59,6	11,7	0	69	82	59
Etiopía	-	-	-	-	36	-
Ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	40	49	34
Federación de Rusia	12	4,1	10,8	34	44	76
Fiji	-	-	-	-	-	-
Filipinas	0,2	0,1	0,6	37	29	32
Finlandia	-	-	0	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-
Gabón	-	12	-	-	27	-
Gambia	-	-	-	-	-	-
Georgia	0	0	3,5	30	0	21
Ghana	-	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	4	21
Guatemala	-	-	-	-	4	31
Guinea	-	25,9	-	-	5	-
Guinea-Bissau	-	23,8	-	-	33	-
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-
Guyana	-	6,6	-	-	30	43
Haití	-	-	-	-	5	38
Honduras	-	1	4	-	25	9
Hungría	0	-	1,1	-	-	-
India	-	-	-	27	23	35
Indonesia	41,5	10,4	4,2	52	25	40
Irán (República Islámica del)	9,4	-	0	16	10	11
Iraq	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-
Jamahiriyá Árabe Libia	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	3,7	28,1	-	-	-
Japón	-	-	-	-	-	-
Jordania	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	3,6	0,5	0	74	66	66
Kenya	-	-	-	-	57	-
Kirguistán	4,8	2	2,2	45	86	82
Kiribati	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-
Lesotho	-	-	-	-	-	-
Letonia	24,8	-	4,8	39	-	42
Libano	-	-	-	-	-	-
Liberia	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	0	0	-	33	14
Luxemburgo	0	-	-	-	-	-
Madagascar	-	0,5	-	-	-	-
Malasia	-	-	-	-	-	-
Malawi	-	-	-	-	-	-
Maldivas	0	0	0	-	-	-
Malí	-	25,7	-	-	-	-
Malta	-	-	-	-	-	-
Marruecos	0	1,4	-	-	-	-

	COMPORTAMIENTO SEXUAL			ACCESO	PRUEBAS			
	% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) que usaron preservativo en la última relación sexual, 2005–2009*				% de los usuarios de drogas inyectables (<25 años) que informaron haber usado instrumentos de inyección esterilizados la última vez que se inyectaron, 2007–2009*	% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) que se hicieron una prueba del VIH y recibieron el resultado, 2005–2009*		
	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres			Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
Estonia	71	91	55	-	51	60	26	
Etiopía	-	98	-	-	-	-	-	
Ex República Yugoslava de Macedonia	49	76	49	67	36	28	51	
Federación de Rusia	54	68	58	86	34	36	-	
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	
Filipinas	26	65	30	83	1	16	4	
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	
Francia	-	-	-	-	-	-	-	
Gabón	-	77	-	-	-	59	-	
Gambia	-	-	-	-	-	-	-	
Georgia	85	100	60	43	5	0	11	
Ghana	-	-	-	-	-	-	-	
Granada	-	-	-	-	-	-	-	
Grecia	-	0	13	-	-	57	84	
Guatemala	-	95	81	-	-	92	63	
Guinea	-	84	-	-	-	50	-	
Guinea-Bissau	-	91	-	-	-	30	-	
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	
Guyana	-	57	100	-	-	91	97	
Haití	-	-	-	-	-	71	71	
Honduras	-	79	-	-	-	81	25	
Hungría	-	-	25	-	100	-	100	
India	13	88	44	85	21	38	7	
Indonesia	35	64	56	87	37	27	31	
Irán (República Islámica del)	34	59	45	77	16	23	11	
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	
Israel	-	-	-	-	-	-	-	
Italia	-	-	-	-	-	-	-	
Jamahiriya Árabe Libia	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	-	97	73	-	-	72	47	
Japón	-	-	-	-	-	-	-	
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	
Kazajstán	61	97	75	63	51	78	57	
Kenya	-	87	-	-	-	95	-	
Kirguistán	57	94	93	78	29	37	69	
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	
Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	
Letonia	42	-	46	85	59	-	28	
Líbano	-	-	-	-	-	-	-	
Liberia	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	
Lituania	-	89	54	97	72	40	29	
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	
Madagascar	-	85	-	-	-	46	-	
Malasia	-	-	-	-	-	-	-	
Malawi	-	-	-	-	-	-	-	
Maldivas	-	-	-	71	15	21	12	
Malí	-	97	-	-	-	-	-	
Malta	-	-	-	-	-	-	-	
Marruecos	15	49	-	10	11	44	-	

TABLA 3: Indicadores del VIH y el sida para los jóvenes de mayor riesgo

	EPIDEMIOLÓGICOS			CONOCIMIENTOS		
	Prevalencia del VIH (%) en las poblaciones de mayor riesgo de la capital (<25 años), 2005–2009*			% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) con conocimientos amplios sobre el VIH, 2005–2009*		
	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres
Mauricio	-	-	-	-	2	-
Mauritania	-	-	-	-	-	-
México	2,4	1,7	7,9	-	53	63
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-
Mongolia	-	-	-	-	50	55
Montenegro	-	0	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	-	-	-
Myanmar	27,8	13,6	12,6	78	65	68
Namibia	-	-	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-
Nepal	7	-	1,3	64	-	59
Nicaragua	-	-	-	-	-	-
Níger	-	23,2	-	-	8	-
Nigeria	2,9	26,8	9,6	42	34	44
Niue	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	0	-	-	-
Omán	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-
Pakistán	22,5	2,4	-	20	14	-
Palau	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	0	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	7,2	1,9	-	39	72
Paraguay	4	-	-	-	-	30
Perú	-	0,2	-	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-
Portugal	4,9	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	1	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	-	-	-	-	-	-
República Checa	-	-	-	-	-	68
República de Corea	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	10	1,7	-	66	28	46
República Democrática del Congo	-	-	-	-	29	-
República Democrática Popular Lao	-	0,6	5,2	-	44	30
República Dominicana	-	-	-	-	-	-
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	-	-	-	-	-	-
Rumania	1,2	-	-	7	11	42
Rwanda	-	-	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	12,5	-	-	0	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	84	-
Senegal	-	9,5	12,7	-	20	-
Serbia	0	1,7	1,9	40	17	65
Seychelles	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	-	-	-	-	-	-
Singapur	-	-	-	-	-	-
Somalia	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	-	0	0,8	-	10	17

	COMPORTAMIENTO SEXUAL			ACCESO	PRUEBAS			
	% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) que usaron preservativo en la última relación sexual, 2005–2009*				% de los usuarios de drogas inyectables (<25 años) que informaron haber usado instrumentos de inyección esterilizados la última vez que se inyectaron, 2007–2009*	% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) que se hicieron una prueba del VIH y recibieron el resultado, 2005–2009*		
	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres			Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
Mauricio	-	100	62	-	-	29	4	
Mauritania	-	-	-	-	-	59	-	
México	31	66	61	40	12	61	49	
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolia	-	89	80	-	-	46	70	
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	-	-	-	-	-	-	-	
Myanmar	79	96	84	83	26	68	45	
Namibia	-	-	-	-	-	-	-	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	49	-	75	98	19	-	36	
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	
Níger	-	79	-	-	-	40	-	
Nigeria	70	98	52	85	20	36	27	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	
Omán	-	-	-	-	-	-	-	
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	
Pakistán	29	39	24	79	12	13	-	
Palau	-	-	-	-	-	-	-	
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	
Papua Nueva Guinea	-	53	41	-	-	52	63	
Paraguay	-	53	53	-	100	-	-	
Perú	-	-	42	-	-	4	0	
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	
Portugal	36	-	41	59	41	-	39	
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	
Reino Unido	42	-	-	78	-	-	20	
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	
República Centrafricana	-	-	-	-	-	-	-	
República Checa	-	-	27	-	-	-	41	
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	
República de Moldova	35	96	34	99	48	19	35	
República Democrática del Congo	-	64	-	-	-	33	-	
República Democrática Popular Lao	-	94	24	-	-	12	12	
República Dominicana	-	-	-	-	-	-	-	
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	
República Unida de Tanzania	-	-	-	-	-	-	-	
Rumania	22	99	-	87	14	25	-	
Rwanda	-	-	-	-	-	-	-	
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Lucía	-	-	95	-	22	-	100	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	-	63	-	-	-	-	-	
Senegal	-	91	72	-	-	36	31	
Serbia	37	83	62	90	17	32	31	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leona	-	-	-	-	-	-	-	
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	
Somalia	-	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	-	88	62	-	-	25	7	

TABLA 3: Indicadores del VIH y el sida para los jóvenes de mayor riesgo

	EPIDEMIOLÓGICOS			CONOCIMIENTOS		
	Prevalencia del VIH (%) en las poblaciones de mayor riesgo de la capital (<25 años), 2005–2009*			% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) con conocimientos amplios sobre el VIH, 2005–2009*		
	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres
Sudáfrica	-	-	-	-	-	-
Sudán	-	0	-	-	29	-
Suecia	0	0	-	71	86	-
Suiza	0	-	1,2	-	-	-
Surinam	-	-	-	-	-	-
Swazilandia	-	-	-	-	34	-
Tailandia	-	-	-	-	29	19
Tayikistán	12,3	1,5	0	60	37	0
Territorio Palestino Ocupado	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-
Togo	-	19,5	-	-	55	57
Tonga	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	5,8	-	-	-
Túnez	-	0,3	-	19	11	23
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-
Turquía	0	-	1,7	-	-	0
Tuvalu	-	-	-	-	-	-
Ucrania	10,2	8,7	7,9	54	46	72
Uganda	-	-	-	-	-	-
Uruguay	0	-	6,9	-	-	-
Uzbekistán	7,2	2,1	6,4	41	34	30
Vanuatu	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	-	-	3	53	51	48
Yemen	-	-	-	-	-	-
Zambia	-	-	-	-	40	-
Zimbabwe	-	-	-	-	-	-

	COMPORTAMIENTO SEXUAL			ACCESO	PRUEBAS		
	% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) que usaron preservativo en la última relación sexual, 2005–2009*				% de las poblaciones de mayor riesgo (<25 años) que se hicieron una prueba del VIH y recibieron el resultado, 2005–2009*		
	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres	% de los usuarios de drogas inyectables (<25 años) que informaron haber usado instrumentos de inyección esterilizados la última vez que se inyectaron, 2007–2009*	Usuarios de drogas inyectables	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
Sudáfrica	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	-	46	-	-	-	6	-
Suecia	10	0	47	54	84	56	37
Suiza	36	-	79	95	70	-	33
Surinam	-	-	-	-	-	-	-
Swazilandia	-	87	-	-	-	92	-
Tailandia	40	-	89	61	57	29	17
Tayikistán	49	96	80	80	28	45	-
Territorio Palestino Ocupado	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-
Togo	-	87	67	-	-	56	47
Tonga	-	-	27	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-	-
Túnez	-	-	-	-	9	13	16
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-
Turquía	17	34	27	17	22	-	38
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	53	88	63	89	21	56	43
Uganda	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	-	-	44	-	0	-	-
Uzbekistán	30	80	91	79	23	31	28
Vanuatu	-	-	63	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	54	79	70	94	18	32	16
Yemen	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	-	-	-	-	-	18	-
Zimbabwe	-	-	-	-	-	-	-

DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES

Prevalencia del VIH en las poblaciones de mayor riesgo: Porcentaje de las poblaciones de mayor riesgo (usuarios de drogas inyectables, trabajadores sexuales y hombres de menos de 25 años que tienen relaciones sexuales con hombres) que viven con el VIH.

Conocimientos amplios sobre el VIH: Porcentaje de las poblaciones de mayor riesgo (usuarios de drogas inyectables, trabajadores sexuales y hombres menores de 25 años que tienen relaciones sexuales con hombres) que identifican correctamente las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (usar preservativos y limitar el sexo a una pareja fiel que no esté infectada), rechazaron las dos ideas erróneas locales más comunes sobre la transmisión del VIH y saben que una persona de apariencia saludable puede ser seropositiva.

Utilización de preservativos en la última relación sexual: Porcentaje de las poblaciones de mayor riesgo (usuarios de drogas inyectables, trabajadores sexuales y hombres de menos de 25 años que tienen sexo con hombres) que utilizaron preservativo en la última relación sexual.

Instrumentos para inyecciones esterilizadas: Porcentaje de los usuarios de drogas inyectables (menores de 25 años) que informaron haber usado instrumentos de inyección esterilizados la última vez que se inyectaron.

Prueba del VIH: Porcentaje de las poblaciones de mayor riesgo que se hicieron una prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conocen el resultado.

PRINCIPALES FUENTES DE LOS DATOS

Todos los datos de la Tabla 3: ONUSIDA, Informe del ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de sida 2010 y base de datos en línea de ONUSIDA (www.aidsinfoonline.org).

NOTAS

– No hay datos disponibles.

* Los datos se refieren al último año para el que hay información disponible dentro del período especificado en el título de la columna.

CLASIFICACIÓN POR NIVEL DE LA EPIDEMIA DE VIH

Las epidemias de VIH pueden ser de bajo nivel, concentradas o generalizadas según los siguientes principios y criterios numéricos.

De bajo nivel:

Principio. Si bien la infección por VIH puede haber existido durante muchos años, nunca se propagó a niveles significativos en un subconjunto específico de la población. Las infecciones registradas se limitan en su mayor parte a personas con comportamientos de alto riesgo tales como trabajadores sexuales, personas que se inyectan drogas y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Esta situación epidémica sugiere que las redes de riesgo son relativamente difusas (con bajos niveles de intercambio de parejas o instrumentos compartidos para la inyección de drogas) o que el virus se ha introducido muy recientemente.

Nivel concentrado

Principio. El VIH se ha propagado rápidamente en un subconjunto específico de la población pero no está bien establecido en la población en general. Esta situación de la epidemia sugiere que hay redes de riesgo activas dentro de ese subconjunto de la población. El curso futuro de la epidemia será determinado por la frecuencia y naturaleza de los vínculos entre los subconjuntos muy infectados de la población y la población en general.

Nivel generalizado

Principio. En las epidemias generalizadas, el VIH está establecido firmemente en toda la población. Si bien es posible que los subconjuntos de alto riesgo de la población sigan registrando una tasa desproporcionada respecto de la transmisión del VIH, las redes sexuales de la población en general son suficientes como para sostener una epidemia independientemente de los subconjuntos de la población que están expuestos a un mayor riesgo de infección.

CLASIFICACIÓN REGIONAL DE UNICEF

A continuación se enumeran los países y territorios incluidos en cada uno de los agrupamientos regionales de UNICEF. Los promedios incluidos en la sección de Indicadores Regionales que se encuentra al final de las tablas estadísticas se calculan utilizando datos de los países y territorios según la siguiente clasificación.

Sin embargo, cabe observar lo siguiente: **Los países y territorios industrializados** se definen como países y territorios que *no* están incluidos en la Clasificación Regional de UNICEF. **Los países y territorios en desarrollo** se clasifican como tales a los efectos del análisis estadístico solamente. En el sistema de las Naciones Unidas no existe ninguna convención establecida para designar a un país o región como “desarrollado” o “en desarrollo”. **Los países y territorios menos adelantados** son los que han sido clasificados como tales por las Naciones Unidas.

África

África subsahariana y África septentrional (Argelia, Egipto, Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos y Túnez).

África subsahariana

África oriental y meridional, África occidental y central, Djibouti y Sudán

África oriental y meridional

Angola; Botswana; Burundi; Comoras; Eritrea; Etiopía; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauricio; Mozambique; Namibia; Rwanda; Seychelles; Somalia; Sudáfrica; Swazilandia; República Unida de Tanzania; Uganda; Zambia; y Zimbabue

África occidental y central

Benín; Burkina Faso; Cabo Verde; Camerún; Chad; Congo; Côte d'Ivoire; Gabón; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Liberia; Malí; Mauritania; Níger; Nigeria; República Centroafricana; República Democrática del Congo; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; y Togo

Oriente Medio y África septentrional

Arabia Saudita; Argelia; Bahrein; Djibouti; Egipto; Emiratos Árabes Unidos; Irán (República Islámica del); Iraq; Jordania; Jamahiriya Árabe Libia; Kuwait; Líbano; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; Sudán; Territorio Palestino Ocupado; Túnez; y Yemen

Asia

Asia meridional, y Asia oriental y el Pacífico.

Asia meridional

Afganistán; Bangladesh; Bhután; India; Maldivas; Nepal; Pakistán y Sri Lanka.

Asia oriental y el Pacífico

Brunei Darussalam; Camboya; China; Fiji; Filipinas; Indonesia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Kiribati; Malasia; Micronesia (Estados Federados de); Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nueva Guinea; República de Corea; República Democrática Popular de Corea; República Democrática Popular Lao; Samoa; Singapur; Tailandia; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; y Viet Nam

América Latina y el Caribe

Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia (Estado Plurinacional de); Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; República Dominicana; Saint Kitts y Nevis; San Vicente y las Granadinas; Santa Lucía; Surinam; Trinidad y Tabago; Uruguay; y Venezuela (República Bolivariana de).

Europa central, Europa oriental y

Comunidad de Estados Independientes

Albania; Armenia; Azerbaiyán; Belarús; Bosnia y Herzegovina; Bulgaria; Croacia; Ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Georgia; Kazajstán; Kirguistán; Montenegro; República de Moldova; Rumania; Serbia; Tayikistán; Turkmenistán; Turquía; Ucrania y Uzbekistán.

Países y territorios industrializados

Alemania; Andorra; Australia; Austria; Bélgica; Canadá; Chipre; Dinamarca; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos; Estonia; Finlandia; Francia; Grecia; Hungría; Islandia; Irlanda; Israel; Italia; Japón; Letonia; Liechtenstein; Lituania; Luxemburgo; Malta; Mónaco; Nueva Zelandia; Noruega; Países Bajos; Polonia; Portugal; Reino Unido; República Checa; San Marino; Santa Sede; Suecia y Suiza.

Países y territorios en desarrollo

Afganistán; Angola; Antigua y Barbuda; Arabia Saudita; Argelia; Argentina; Armenia; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belice; Benín; Bhután; Bolivia (Estado Plurinacional de); Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camboya; Camerún; Chad; Chile; China; Chipre; Colombia; Comoras; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Djibouti; Dominica; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Etiopía; Fiji; Filipinas; Gabón; Gambia; Georgia; Ghana; Granada; Guatemala; Guinea; Guinea Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Israel; Italia; Jamahiriya Árabe Libia; Jamaica; Jordania; Kazajstán; Kenya; Kirguistán; Kiribati; Kuwait; Lesotho; Líbano; Liberia; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Micronesia (Estados Federados de); Mongolia; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Niue; Omán; Pakistán; Palau; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Qatar; República Árabe Siria; República Centroafricana; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Vicente y las Granadinas; Santa Lucía; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Surinam; Swazilandia; Tailandia; Territorio Palestino Ocupado; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turquía; Tuvalu; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe

Países/territorios menos adelantados

Afganistán; Angola; Bangladesh; Benín; Bhután; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Chad; Comoras; Djibouti; Eritrea; Etiopía; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Haití; Islas Salomón; Kiribati; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldivas; Malí; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Níger; República Centroafricana; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Unida de Tanzania; Rwanda; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Somalia; Sudán; Timor Oriental; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; y Zambia

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017, EE.UU.
Teléfono: (+1 212) 326-7000
pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

Secretaría del ONUSIDA

20, avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
Teléfono: (+41 22) 791-3666
Fax: (+41 22) 791-4187
unaids@unaids.org
www.unaids.org

**Organización de las Naciones Unidas
para la Educación, la Ciencia y la Cultura**

7, place de Fontenoy
75352 París 07 SP, Francia
Teléfono: +33 (0) 1 45 68 10 00
bpi@unesco.org
www.unesco.org

Fondo de Población de las Naciones Unidas

605 Third Avenue
Nueva York, NY 10158, EE.UU.
Teléfono: (+1 212) 297-5000
Fax: (+1 212) 297-4915
www.unfpa.org

Organización Internacional del Trabajo

4 route des Morillons
CH-1211 Ginebra 22
Suiza
Teléfono: (+ 41 22) 799-6111
Fax: (+ 41 22) 798-8685
ilo@ilo.org
www.ilo.org

Organización Mundial de la Salud

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

Banco Mundial

1818 H Street, NW
Washington, DC 20433, EE.UU.
Teléfono: (+1 202) 473-1000
Fax: (+1 202) 477-6391
www.worldbank.org

US\$ 15.00



© Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF)
Junio de 2011



Escanee este código QR para visitar
el sitio de las publicaciones de UNICEF en Internet
o visite el sitio www.unicef.org/publications.