

LOS JÓVENES Y EL VIH/SIDA



UNA OPORTUNIDAD EN UN MOMENTO CRUCIAL

LOS JÓVENES Y EL VIH/SIDA
UNA OPORTUNIDAD
EN UN MOMENTO CRUCIAL

ÍNDICE

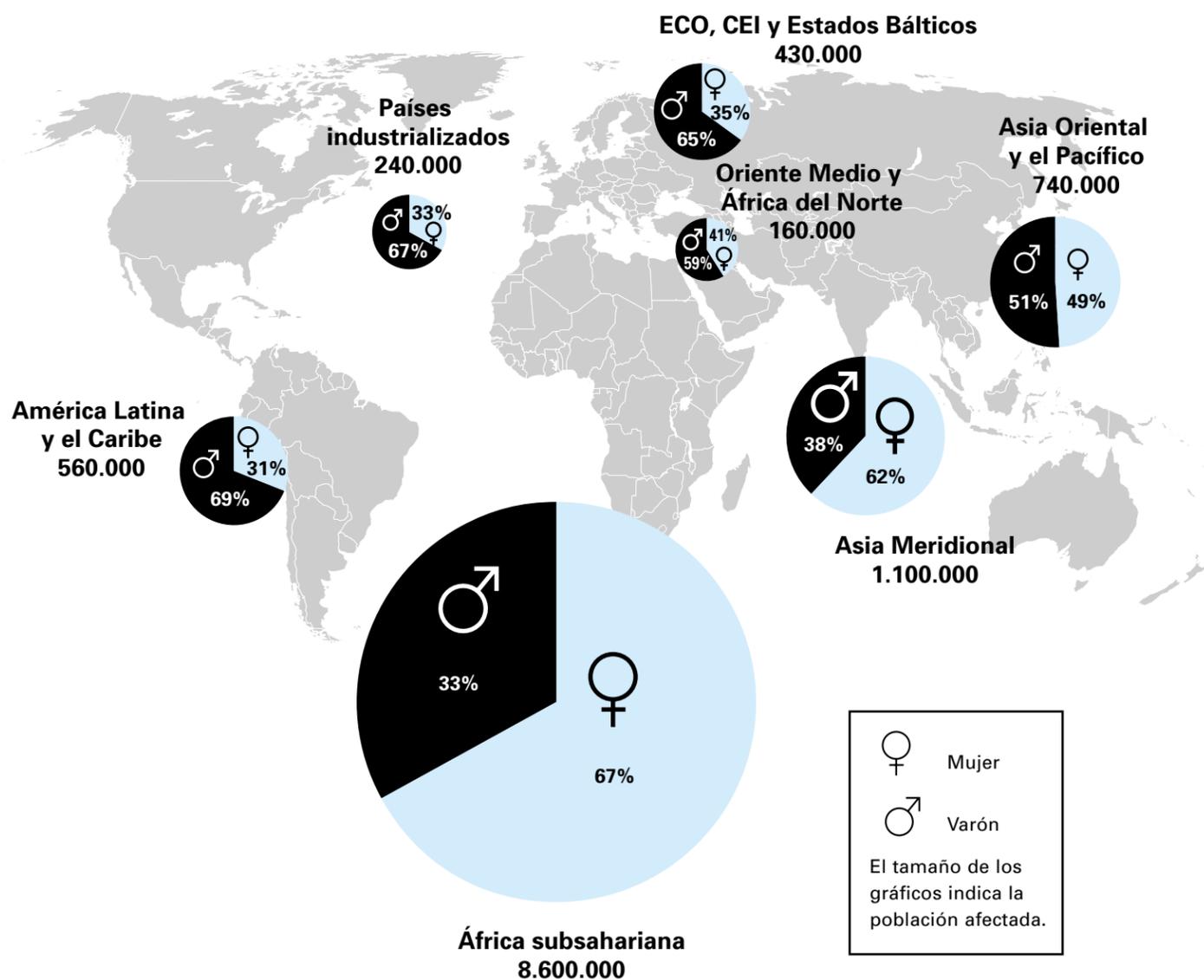
INTRODUCCIÓN	5
DISTINTOS TIPOS DE EPIDEMIAS DE SIDA QUE AFECTAN A LOS JÓVENES	9
¿POR QUÉ CENTRARSE EN LOS JÓVENES?	11
Los jóvenes tienen relaciones sexuales.....	11
Los jóvenes carecen de información.....	13
Las muchachas son particularmente vulnerables.....	17
Muchos jóvenes están expuestos a un riesgo particularmente elevado ...	19
Los jóvenes están invirtiendo las tendencias	23
EL CAMINO HACIA ADELANTE	24
UNA ESTRATEGIA DE 10 PASOS	25
1 Poner fin al silencio, el estigma y la vergüenza	25
2 Dar información y conocimientos a los jóvenes.....	26
3 Preparar a los jóvenes con habilidades para la vida para poner en práctica los conocimientos adquiridos	29
4 Facilitar servicios de salud respetuosos con la juventud.....	30
5 Promover el asesoramiento y las pruebas voluntarias y confidenciales del VIH	31
6 Trabajar con los jóvenes y fomentar su participación	32
7 Comprometer a los jóvenes que viven con el VIH/SIDA.....	34
8 Crear entornos seguros y favorables	35
9 Llegar a los jóvenes más expuestos al riesgo	35
10 Fortalecer las asociaciones y vigilar los progresos realizados.....	36
TABLAS ESTADÍSTICAS	37



11.8 MILLONES DE JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) VIVEN CON VIH/SIDA

INTRODUCCIÓN

7,3 millones de mujeres jóvenes
y 4,5 de varones jóvenes



Nota: Este mapa no refleja ninguna toma de posición por parte del UNICEF, la OMS u ONUSIDA con relación a la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera.

Fuente: ONUSIDA/UNICEF, 2001.

Hay una manera de detener la propagación del VIH/SIDA. Debemos centrarnos en los jóvenes. Más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a jóvenes de 15 a 24 años de edad. Sin embargo, las necesidades de los mil millones de jóvenes del mundo quedan sistemáticamente desatendidas cuando se elaboran las estrategias sobre el VIH/SIDA, se establecen políticas y se destinan las partidas presupuestarias. Teniendo en cuenta que es más probable que los jóvenes adopten y mantengan comportamientos más seguros que los adultos, esto es particularmente trágico.

El presente informe contiene datos e indicios nuevos que demuestran por qué los jóvenes son un elemento fundamental para derrotar la epidemia mundial de VIH/SIDA, así como los resultados de más de 60 encuestas nacionales. Reafirma que debemos conceder la máxima prioridad a invertir en el bienestar de los jóvenes y a conseguir su participación en la lucha contra el VIH/SIDA.

“El éxito mundial en la lucha contra el SIDA debe medirse en función del impacto que tiene sobre nuestros niños y jóvenes. ¿Reciben la información que necesitan para protegerse del SIDA? ¿Los lactantes están a salvo de la enfermedad? ¿Estamos criando a los huérfanos por el SIDA en un entorno cariñoso y propicio? Éstas son las preguntas que hay que hacerse. Éstos son los patrones con los que debemos medir a nuestros dirigentes. No podemos permitir que haya otra generación devastada por el SIDA.”

– Carol Bellamy
Directora Ejecutiva del UNICEF

Los jóvenes están en el centro de la epidemia mundial de VIH/SIDA. Además, son la mayor esperanza del mundo en la lucha contra esta enfermedad mortal.

Los jóvenes de hoy han heredado un legado letal que les está robando sus vidas y las de sus amigos y amigas, hermanos y hermanas, padres y madres, maestros y otras personas que son ejemplos de conducta. Un estimado de 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años viven en la actualidad con el VIH/SIDA. Cada día, alrededor de 6000 jóvenes de esas edades se infectan con el VIH. Pero tan sólo una parte de ellos saben que están infectados.

Después de más de dos decenios de epidemia, la amplia mayoría de los jóvenes siguen desinformados sobre las relaciones sexuales y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Aunque generalmente han oído hablar del SIDA, muchos no saben cómo se propaga el VIH y no creen correr el riesgo de contraerlo. Los que saben algo del VIH no suelen protegerse porque carecen de los conocimientos prácticos, el apoyo o los medios para adoptar comportamientos seguros.

Sin embargo, en las zonas en las que la propagación del VIH/SIDA se estabiliza o incluso disminuye, esto se debe sobre todo a que a los jóvenes y las mujeres se les han dado los medios e incentivos para adoptar comportamientos seguros. La juventud ha demostrado su capacidad de tomar decisiones responsables para protegerse cuando se le proporciona ese apoyo, y de poder educar y motivar a los demás para que tomen decisiones seguras.

Sabemos lo que funciona y lo que es necesario hacer.

Educar a los jóvenes acerca del VIH, y enseñarles habilidades para negociar, resolver conflictos, tener opiniones críticas, tomar decisiones y saber comunicarse, mejora la confianza en sí mismos y la capacidad para tomar decisiones con conocimiento de causa, como demorar el inicio de las relaciones sexuales hasta que sean suficientemente maduros para protegerse de la infección por el VIH, de otras ITS y de los embarazos no deseados.

Los servicios que son respetuosos con los jóvenes les ofrecen tratamiento de las ITS y acceso a los preservativos y hacen posible que pasen a ser responsables de su salud reproductiva y sexual. Los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales del VIH les permiten conocer su estado serológico respecto al VIH y adoptar comportamientos seguros, estén o no infectados.

Somos conscientes de la importancia vital de prestar atención especial a los jóvenes vulnerables y a los que están expuestos a un riesgo particularmente elevado. Sabemos que, para que los programas de prevención y atención del VIH/SIDA sean eficaces, la gente joven debe participar en su elaboración y puesta en práctica. También sabemos que mantener a los niños en la escuela ayuda a protegerlos de la infección por el VIH.

Sabemos que el comienzo de la adolescencia, entre los 10 y los 14 años, es el momento en el que pueden establecerse modelos de comportamiento sano duraderos, incluido el retraso del inicio de la actividad sexual, que puede contener la propagación del VIH/SIDA. Establecer modelos sanos desde el principio es más fácil que cambiar comportamientos de riesgo ya afianzados.

Los padres y las madres, las familias ampliadas, las comunidades, las escuelas y los pares son fundamentales para orientar y apoyar a los jóvenes en la adopción de decisiones seguras sobre su salud y bienestar. Los estudios demuestran que las relaciones afectivas sólidas y positivas con adultos comprensivos pueden ayudarlos a sentirse seguros y protegidos, lo que les permite desarrollar la resistencia necesaria para enfrentarse a los problemas que encuentren en su vida.

Ninguna estrategia para reducir la propagación del VIH/SIDA podrá ser eficaz a menos que se protejan y defiendan enérgicamente los derechos de los niños y los jóvenes. No hay progreso posible si no se considera inaceptable la discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y están afectadas por la enfermedad.

“Concediendo una prioridad especial a los jóvenes se modificará el curso futuro de la epidemia. Los cambios tempranos de comportamiento y expectativas tienen como resultado unos beneficios para toda la vida, tanto en la prevención del VIH como en la superación del estigma relacionado con el VIH. El reto es fomentar unos programas eficaces que impliquen a los jóvenes en todos los aspectos de la respuesta al VIH/SIDA... En los países donde se ha reducido la transmisión del VIH, las reducciones más espectaculares se han producido entre los jóvenes.”

– Peter Piot
Director Ejecutivo, ONUSIDA

DISTINTOS TIPOS DE EPIDEMIAS DE SIDA QUE AFECTAN A LOS JÓVENES

Es preciso que las comunidades y los gobiernos comprendan los factores que aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH. Deben apoyar a los jóvenes con campañas de información pública, tanto dentro como fuera de las escuelas, para fomentar la sensibilización y combatir el estigma. Deben proporcionar protección jurídica a las mujeres, a las personas que viven con el VIH/SIDA y a los niños huérfanos por el SIDA. Asimismo, deben promulgar y hacer cumplir la legislación contra la explotación sexual de los niños, las bodas prematuras y obligadas y la violencia y la coacción sexual, dentro y fuera del matrimonio.

Todo esto exige un liderazgo enérgico. Los problemas que rodean al VIH/SIDA están profundamente ligados a prácticas y creencias sociales y culturales, muchas de ellas del ámbito íntimo, personal y privado. Liderazgo significa tener el valor de atender las necesidades sanitarias sexuales y reproductivas de los jóvenes. Significa trabajar con ellos para crear un entorno en el cual no se hable sobre el SIDA en secreto o con vergüenza, sino abierta y compasivamente.

Liderazgo significa asegurar que los jóvenes de todas las comunidades conozcan los hechos reales sobre el VIH/SIDA y sepan cómo prevenirlo, y tengan acceso a los servicios, a los conocimientos prácticos y al apoyo necesarios para desarrollar comportamientos seguros desde el principio y diseminar esta información. Por último, liderazgo significa crear una cultura de tolerancia nula del abuso sexual, la explotación y todas las formas de violencia contra los niños y los adolescentes.

En el presente informe se subraya la necesidad urgente de que los gobiernos y la sociedad civil de todo el mundo trabajen con los jóvenes en las estrategias de prevención, tratamiento y atención eficaces para ellos. Se insta a adoptar un compromiso político sin precedentes con miras a desarrollar las asociaciones necesarias para obtener los recursos financieros y humanos cruciales. Y se hace un llamamiento a los adultos de todas partes para que demuestren su buena disposición a enfrentarse a cuestiones difíciles.

Los jóvenes son nuestra mayor oportunidad de vencer al VIH/SIDA.

Nota: Como principio general, UNICEF, ONUSIDA y la OMS definen a las personas de 10 a 19 años de edad como "adolescentes" y al grupo de edad más amplio de 10 a 24 años como "jóvenes". En el presente informe se utilizan indistintamente ambos términos, y se especifican los tramos de edad precisos según sea apropiado.

El VIH se propaga rápidamente dentro de los países y más allá de sus fronteras. Afecta a las personas independientemente del sexo, la geografía o la orientación sexual.

El mundo se enfrenta ahora a una multitud de epidemias de SIDA que se diferencian entre sí por su cronología, su magnitud y las poblaciones a las que afectan, y a menudo también por los factores que las impulsan.

En muchos países, las epidemias se consideran aún "moderadas" o "concentradas", limitadas sobre todo a algunos grupos de riesgo particularmente elevado, como los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, los consumidores de drogas intravenosas y los que intervienen en el comercio sexual. Se dice que una epidemia es concentrada cuando menos del 1% de la población general pero más del 5% de cualquier grupo de alto riesgo están infectados.

"Una conspiración oficial de silencio sobre el SIDA en demasiados países le ha negado a la gente la información que podría haberles salvado la vida. Debemos capacitar a los jóvenes para que se protejan mediante la información y un entorno social de apoyo que reduzca su vulnerabilidad a la infección."

— Kofi A. Annan
Secretario General
de las Naciones Unidas

En *Europa oriental* y *Asia central* casi todos los casos de infección por el VIH están ligados al consumo de drogas intravenosas, que se ha generalizado entre los jóvenes, particularmente varones, y que ahora constituyen la mayoría de los consumidores de drogas intravenosas. En algunas zonas de *América Latina* y *Asia* y en muchos *países industrializados*, se producen epidemias concentradas entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Algunos de esos países también tienen epidemias heterosexuales concentradas entre jóvenes que viven del comercio sexual y sus clientes. En algunos países de *Oriente Medio* y *África del Norte*, las tasas de infección por el VIH aumentan entre los usuarios de drogas intravenosas.

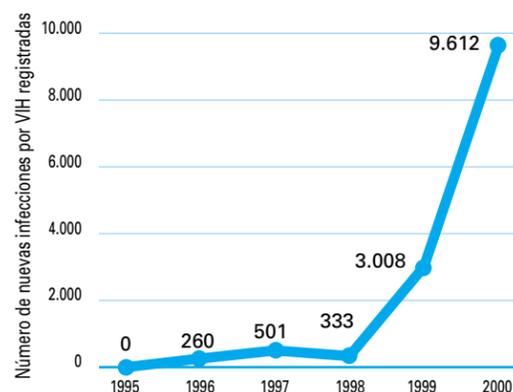
¿POR QUÉ CENTRARSE EN LOS JOVENES?

En algunos países de Asia sudoriental, como Indonesia, Nepal y Viet Nam, se han disparado las epidemias entre los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo, la mayor parte de los cuales tiene menos de 25 años de edad. En China, país que acoge a la quinta parte de la población mundial, han surgido graves epidemias concentradas en algunas provincias y el VIH se está desplazando rápidamente hacia nuevos grupos.

Cuando el VIH se propaga a una población más amplia (es decir, cuando más del 1% de la población total está infectado), el número de afectados tiende a subir con rapidez. Estas epidemias "generalizadas", como las de algunas zonas de África, Asia, Centroamérica y el Caribe, son responsables de por lo menos 4 de cada 5 nuevas infecciones en el mundo.

INCREMENTO DE LAS CIFRAS DEL VIH EN RELACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS INYECTABLES ENTRE LOS ADOLESCENTES DE LA FEDERACIÓN DE RUSIA

Nuevas infecciones por el VIH registradas entre los adolescentes (de 10 a 19 años) que consumen drogas inyectables, 1995-2000



Fuente: Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA, Vigilancia del VIH/SIDA en Europa, 2001.

■ **África subsahariana.** En 12 países de África subsahariana, se calcula que al menos el 10% de los adultos de 15 a 49 años está infectado por el VIH. La mayoría de las nuevas infecciones se produce entre jóvenes de 15 a 24 años. En Botswana, Sudáfrica y Zimbabwe se calcula que más del 60% de los niños que tienen ahora 15 años se infectarán con el VIH en algún momento de sus vidas.

■ **Asia.** En Camboya, Myanmar y Tailandia, las epidemias concentradas entre los consumidores de drogas y los jóvenes profesionales del sexo han alcanzado a la población general, de modo que esos países sufren epidemias generalizadas. Se encuentran modelos de transmisión similares en diversos estados meridionales de la India, que ahora comunica unas tasas del VIH superiores al 1% entre las mujeres embarazadas.

■ **Caribe y América Central.** Con el 2,3% de todos los adultos (de 15 a 49 años) infectados, el Caribe es la segunda región del mundo más afectada. Los países que sufren la peor situación son las Bahamas, Guyana y Haití. La mayoría de las nuevas infecciones se observan entre mujeres jóvenes (de 15 a 24 años).

■ **Europa oriental y Asia central.** Las recientes estimaciones de la prevalencia del VIH en la región indican que hay alrededor de 1 millón de personas (de 15 a 49 años) infectadas. Este aumento en el número de infecciones es principalmente el resultado de una epidemia de VIH concentrada entre los consumidores de drogas intravenosas que se ha propagado rápidamente a una población más amplia compuesta por usuarios de drogas intravenosas ocasionales, en su mayoría jóvenes, y sus parejas sexuales.

Las personas y comunidades desfavorecidas y víctimas del ostracismo, incluidas las personas que se inyectan drogas, las que están implicadas en el comercio del sexo, los niños que viven en la calle, los que han abandonado la escuela, los huérfanos por el SIDA, las minorías vulnerables, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, y los niños afectados por conflictos armados, deben ser atendidas urgentemente con miras a protegerlas de la infección y prevenir la propagación del VIH a la población general.

Los jóvenes tienen relaciones sexuales

Para la mayoría de las personas, la actividad sexual comienza en la adolescencia. En muchos países, las muchachas y los muchachos solteros son sexualmente activos antes de los 15 años. En recientes encuestas entre muchachos de 15 a 19 años de edad realizada en Brasil, Hungría y Kenya, por ejemplo, más de la cuarta parte afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. Un estudio hecho en Bangladesh indica que el 88% de los muchachos solteros de las ciudades y el 35% de las muchachas solteras ya habían iniciado las relaciones sexuales a los 18 años. En las zonas rurales de Bangladesh, los porcentajes eran del 38% para los muchachos y del 6% para las muchachas.

“Los jóvenes tienen necesidad de que los adultos les ayuden a confrontar las ideas, los sentimientos y las experiencias que acompañan la entrada en la madurez física... Los datos recopilados en todo el mundo han indicado claramente que proporcionar información y enseñanzas prácticas sobre la sexualidad humana y las relaciones humanas contribuye a evitar problemas de salud y fomenta actitudes más maduras y responsables.”

– Dra. Gro Harlem Brundtland
Directora General
Organización Mundial de la Salud

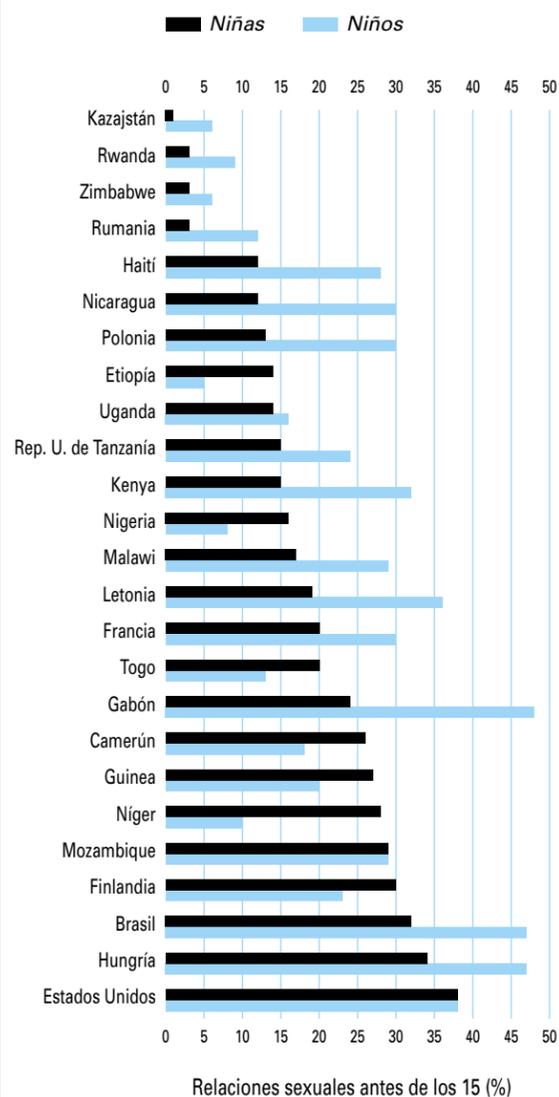
El matrimonio precoz se da en todas partes, pero es más común en algunas zonas de África y Asia meridional. En el Níger, el 76% de las muchachas ya están casadas a los 18 años y en India, esa cifra es del 50%. En Nepal, el 19% de las niñas se casan antes de los 15 años, y el 60% antes de cumplir los 18 años.

Es muy probable que los adolescentes que tienen relaciones sexuales precoces las tengan con parejas de alto riesgo o con parejas sexuales múltiples y que utilicen menos el preservativo. El aplazamiento del inicio de la actividad sexual puede protegerlos considerablemente de la infección.

Sin los conocimientos y habilidades para la vida necesarios, los adolescentes más jóvenes tienen menos posibilidades de protegerse del VIH que los jóvenes de poco más de 20 años. En Burkina Faso,

MUCHOS JÓVENES TIENEN RELACIONES SEXUALES ANTES DE LOS 15 AÑOS

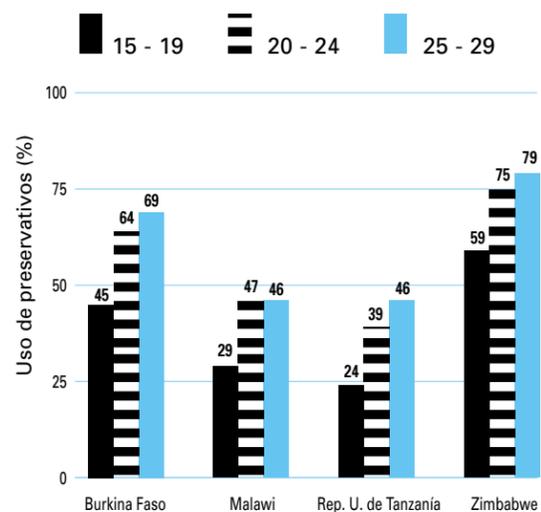
% de jóvenes, varones y mujeres (de 15 a 19 años) que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años, 1998-2001



Fuentes: Encuestas demográficas de salud (DHS), 1998-2001; Encuestas sobre el comportamiento sexual de niños en edad escolar, 1998.

LOS VARONES JÓVENES SUELEN USAR MENOS PRESERVATIVOS

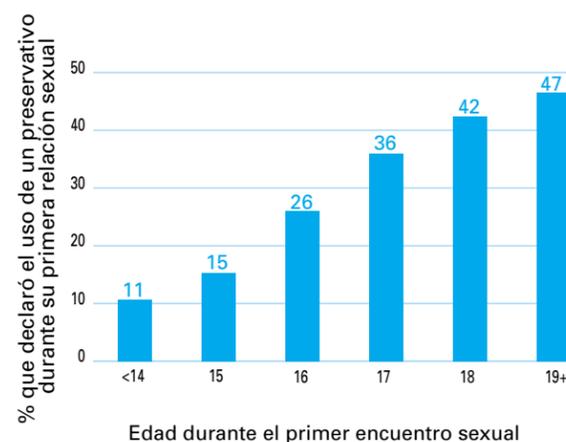
% de jóvenes de cuatro países de África subsahariana que utilizaron un preservativo con su última compañera sexual sin tener con ella relaciones de matrimonio o concubinato, 1999



Fuente: Medida DHS, 1999-2001.

LOS JÓVENES ADOLESCENTES NO SUELEN USAR PRESERVATIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

% de niñas adolescentes de KwaZulu Natal, Sudáfrica, que declararon haber usado un preservativo durante su primer encuentro sexual, por edades en que se produjo el primer encuentro, 1999



Fuente: 'Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa'. Manzini, Ntsiki. Reproductive Health Matters, 9 (17): Mayo de 2001.

el 45% de los muchachos de 15 a 19 años de edad manifestaron haber utilizado un preservativo con una pareja no matrimonial, en comparación con el 64% de los varones jóvenes de 20 a 24 años. En Malawi, el 29% de los muchachos de 15 a 19 años utilizaron un preservativo, en comparación con el 47% de los varones jóvenes de 20 a 24 años. En Rumania, el 70% de los muchachos de 15 a 19 años dijeron haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales pero tan sólo el 39% habían usado un preservativo en su primer coito. Otra encuesta realizada en Ucrania ese mismo año puso de manifiesto que sólo el 28% de las mujeres de 15 a 24 años de edad utilizaron preservativos en su primer coito.

Los jóvenes carecen de información

En todo el mundo, nuevos estudios han concluido que una enorme cantidad de jóvenes no tiene idea de cómo se propaga el VIH/SIDA ni de cómo protegerse.

En países con epidemias del VIH generalizadas, como Camerún, la República Centroafricana, Guinea Ecuatorial, Lesotho y Sierra Leona, más del 80% de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años no tienen suficientes conocimientos sobre el VIH.

En Somalia, sólo el 26% de las muchachas ha oído hablar del SIDA y apenas un 1% sabe cómo evitar la infección. En Ucrania, aunque el 99% de las muchachas ha oído hablar del SIDA, sólo el 9% puede mencionar las tres principales maneras de evitar la infección.

En Botswana, las dos terceras partes de los jóvenes que seguían el último curso de enseñanza primaria creían que podían saber si una persona estaba infectada por el VIH simplemente mirándola. En la secundaria, una quinta parte de los escolares seguía creyendo que podía descartar a las parejas peligrosas tan sólo observándolas. Esta información errónea es particularmente peligrosa en un país donde una de cada tres de sus posibles parejas sexuales está infectada por el VIH.

EL ABC DE LA PREVENCIÓN DEL VIH

Se debe alentar a los jóvenes a que aplacen el inicio de la actividad sexual. Cuando pasan a ser sexualmente activos hay que darles los medios para que tengan unas relaciones sexuales más seguras.

A

Abstenerse de tener relaciones sexuales/
Aplazar la primera experiencia sexual

B

Ser fiel a la pareja

C

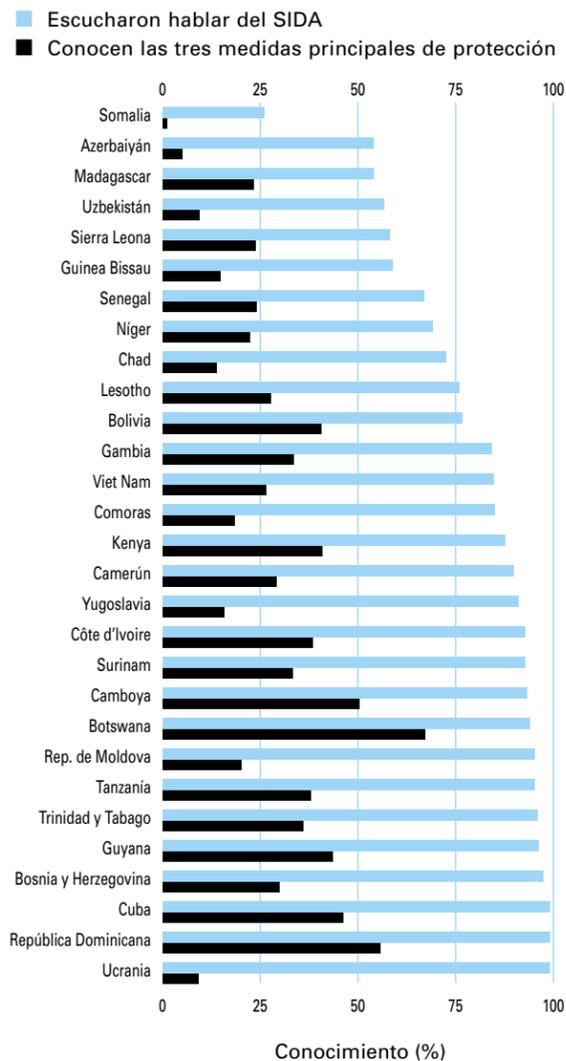
Utilizar sistemática y correctamente
preservativos de látex.

Los conceptos erróneos sobre el VIH/SIDA están muy generalizados entre los jóvenes. Varían de una cultura a otra, y en algunas poblaciones se diseminan determinados rumores, tanto sobre la forma con que se propaga el VIH (por ejemplo, por la picadura de un mosquito o por brujería) como sobre la manera en que puede evitarse (por ej., comiendo cierto tipo de pescado o teniendo relaciones sexuales con una virgen). Las encuestas efectuadas en 40 países indican que más del 50% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen graves concepciones erróneas acerca de la forma como se transmite el VIH/SIDA.

Es preciso fomentar el aplazamiento de la actividad sexual en los adolescentes que aún no son sexualmente activos. Cuando los jóvenes tienen relaciones sexuales, deben poder protegerse. Tienen que disponer con facilidad de preservativos de buena calidad, asequibles o gratuitos. En algunos casos, sin embargo, ha disminuido el conocimiento sobre dónde se puede

LA MAYORÍA SABE MUY POCO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH

% de mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que han escuchado hablar del SIDA y % de aquellas que conocen las tres medidas principales para evitar una infección*, 1999-2001



**Tres métodos principales: abstinencia, fidelidad y utilización sistemática de preservativos.

Fuentes: UNICEF/Encuestas a base de indicadores múltiples (MICS), Medidas DHS, 1999-2001.

conseguir un preservativo. En 1999, en Zimbabwe, por ejemplo, sólo el 68% de los muchachos de 15 a 19 años de edad conocía una fuente específica de preservativos, comparado con el 77% en 1994. Eso ilustra lo importante que es seguir dando información básica a cada nuevo grupo de adolescentes.

Algunos adolescentes, aunque dispongan de información, tienen relaciones sexuales sin protección porque carecen de las habilidades para negociar la abstención o la utilización del preservativo. Es posible que les dé miedo o vergüenza hablar de relaciones sexuales con su pareja.

Hay también otros adolescentes que tal vez no adopten comportamientos seguros porque perciben que su riesgo individual es bajo. En Nigeria, el 95% de las jóvenes de 15 a 19 años de edad piensa que su riesgo de contraer el SIDA es mínimo o inexistente; en Haití, esa cifra es de hasta el 93% en los adolescentes. Un estudio de Malawi indicó que las muchachas percibían poco riesgo en las relaciones sexuales con un muchacho cuya madre conocía a su familia.

La adolescencia suele ser una época de experimentación con las drogas y el alcohol. En la República Unida de Tanzania, los jóvenes de 16 a 24 años de edad que fumaban y bebían alcohol tenían cuatro veces más probabilidades de tener parejas múltiples que otros jóvenes de su edad. En los Estados Unidos de América, los estudiantes universitarios que tenían relaciones sexuales bajo la influencia de las drogas o el alcohol tenían 2,5 veces más posibilidades de no utilizar protección. En Buenos Aires (Argentina), la quinta parte de los consumidores de drogas intravenosas indicó que había empezado a inyectarse a los 16 años de edad o antes, y las dos terceras partes a los 18 años.

Los estudios han identificado repetidamente "factores de protección" que ayudan a los adolescentes a reducir los comportamientos de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección y el consumo de drogas. En un estudio reciente realizado en la zona rural de

Zimbabwe, por ejemplo, se puso de manifiesto que ser miembro de un grupo de jóvenes de una comunidad bien dirigida reducía el riesgo de una mujer joven de contraer el VIH.

Los factores de protección incluyen:

- Las relaciones positivas con los padres, maestros y otros adultos de la comunidad
- Sentirse valorado
- Los entornos escolares positivos
- El contacto con valores, normas y expectativas positivos
- Tener creencias espirituales
- Tener esperanzas para el futuro.

"Los muchachos piden a gritos que los escuchen.

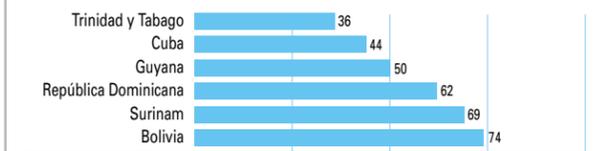
La mayoría de los adolescentes obtienen la información sobre la sexualidad de amigos, de las películas o las revistas pornográficas. Algunos no hablan con nadie y nadie les dice nada. A los que hablan, especialmente con los adultos, a menudo no les hacen caso o les dicen que 'se porten como un hombre' sin explicarles lo que es ser un hombre."

– Kunle Onasanya, Nigeria

LA MAYORÍA DE LAS NIÑAS TIENEN IDEAS GRAVEMENTE EQUIVOCADAS SOBRE EL VIH/SIDA

% de niñas (de 15 a 19 años) que tienen por lo menos una idea gravemente equivocada sobre el VIH/SIDA o que nunca han escuchado hablar del SIDA

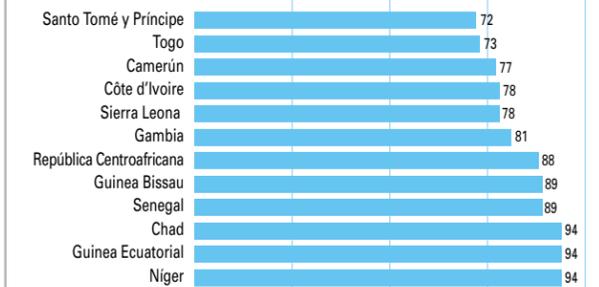
América Latina y el Caribe



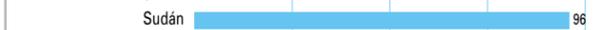
África oriental y África meridional



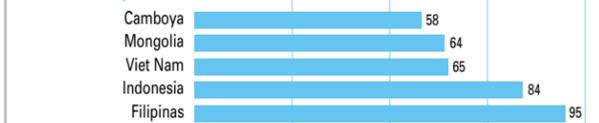
África occidental y África central



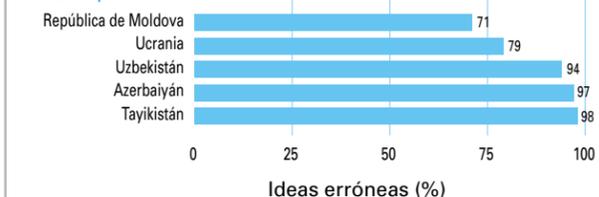
Oriente Medio y África del Norte



Así oriental y el Pacífico



ECO/CEI y Estados Bálticos



Ideas erróneas: el VIH se puede transmitir por brujería; por picaduras de mosquito; una persona con aspecto saludable no puede haber contraído el virus del SIDA.

Fuentes: UNICEF/MICS, Medidas DHS, 1999-2001.

TRATAMIENTO DE LAS ITS

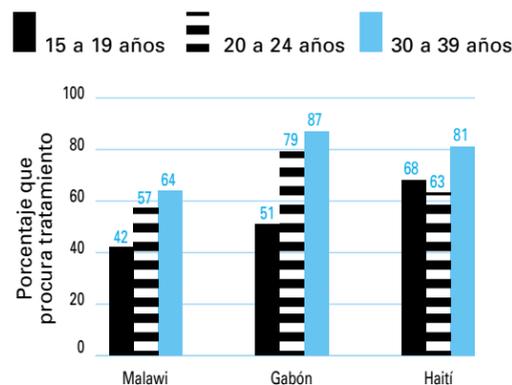
Cada año, ocurren más de 100 millones de nuevas infecciones de transmisión sexual (ITS), excluido el VIH, entre los jóvenes de menos de 25 años. Las ITS facilitan enormemente la transmisión del VIH entre parejas sexuales, por lo que su tratamiento y prevención es un paso importante para romper la cadena de infección del VIH/SIDA. Las ITS que causan úlceras genitales son las que más aumentan el riesgo de transmisión. Un estudio en Sudáfrica demostró que los varones infectados por el VHS-2 tenían siete veces más probabilidades de ser también seropositivos que los varones sexualmente activos que no tenían el VHS-2. Otro estudio decisivo, realizado en Mwanza (República Unida de Tanzania), puso de manifiesto que la incidencia del VIH era un 40% más baja al cabo de dos años en las comunidades donde las ITS sintomáticas se trataban mejor que en las que carecían de una buena atención de las ITS.

Las ITS se propagan rápidamente en gran parte porque la mayoría de las infecciones no produce ningún síntoma o signo (particularmente en las mujeres), o los síntomas son tan suaves que a menudo no se les presta atención. Algunos de los síntomas incluso pueden desaparecer con el tiempo, creando la falsa sensación de que la enfermedad también ha desaparecido. Por último, muchos adolescentes desconocen la diferencia entre afecciones normales y anormales y, por lo tanto, no saben cuándo hay que solicitar atención médica.

Muchos jóvenes, aunque sospechen que tienen una infección, no solicitan atención médica por temor a que no se respete su intimidad. Es posible que les dé mucha vergüenza o se sientan muy culpables para solicitar tratamiento. Tal vez también los servicios les resulten inaccesibles porque los dispensarios están lejos o tienen un horario restringido. El personal sanitario puede ser reacio a atender a los adolescentes. Cuando funcionan servicios en centros de salud maternoinfantil, es poco probable que los jóvenes acudan a ellos.

MENOS VARONES JÓVENES PROCURAN TRATAMIENTO

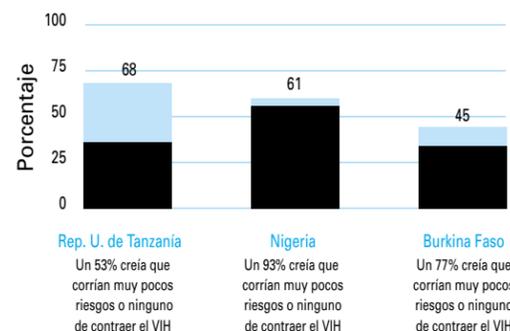
% de hombres que procuran tratamiento para las infecciones transmitidas sexualmente en Malawi, Gabón y Haití, 2000



Fuente: Medidas DHS, 2000-2001.

MUCHOS JÓVENES NO CREEN QUE CORREN NINGÚN RIESGO

% de jóvenes solteros sexualmente activos (de 15 a 24 años) que no utilizaron un preservativo en su última relación sexual, 1999



Fuente: Medidas DHS, 1999.

Las muchachas son particularmente vulnerables

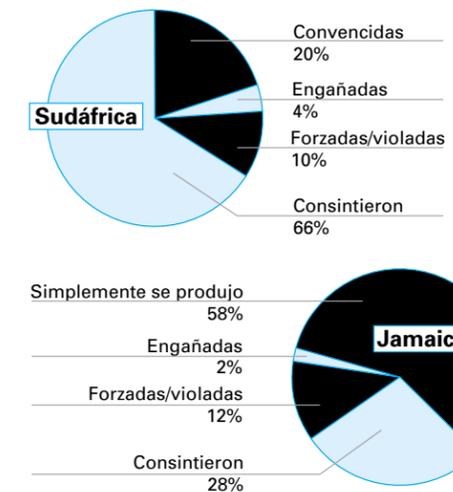
A pesar de que el promedio mundial de varones infectados por el VIH supera ligeramente al de mujeres, las muchachas adolescentes corren un riesgo muy elevado de infectarse. Esta tendencia se muestra con particular claridad en África subsahariana, la región más gravemente afectada por el VIH/SIDA. En esa región, más de las dos terceras partes de los jóvenes de 15 a 19 años infectados por primera vez son mujeres. En Etiopía, Malawi, la República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe, por cada muchacho de 15 a 19 años que se infecta hay de 5 a 6 muchachas del mismo grupo de edad.

Hay distintas razones que explican por qué las muchachas en África subsahariana se infectan a una edad más temprana y fallecen antes que los muchachos. En las principales zonas urbanas de África oriental y meridional, los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que del 17% al 22% de las muchachas de 15 a 19 años están ya infectadas por el VIH, en comparación con del 3% al 7% de los muchachos de las mismas edades. Eso apunta a una pauta sexual de mezcla por la que los varones mayores tienen relaciones sexuales con muchachas jóvenes. En muchos países donde las condiciones económicas hacen difícil que las muchachas puedan financiarse la matrícula escolar, algunas de ellas buscan los favores de un "protector" (un varón mayor que ofrece una compensación en efectivo o en especie a cambio de favores sexuales), tienen relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes de forma ocasional, o ingresan en el comercio sexual (de modo voluntario o forzado) para pagar la escuela, sostener la familia o cuidarse a sí mismas.

Esa "mezcla de edades" se ve favorecida por el mito peligroso que circula entre los varones en algunos lugares según el cual tener relaciones con una virgen puede "curar" el VIH. Muchos varones también dan por sentado que las muchachas más jóvenes no están aún infectadas. Las normas culturales relacionadas con la sexualidad impiden a muchas muchachas adoptar medidas activas para protegerse. En las culturas en

LA VULNERABILIDAD DE LAS NIÑAS

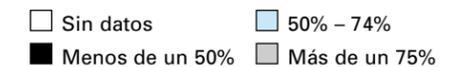
Muchas niñas (de 15 a 19 años) declaran que su primer encuentro sexual no fue deseado o fue forzado. Niñas adolescentes en KwaZulu Natal, Sudáfrica (1999) y Jamaica (2001)



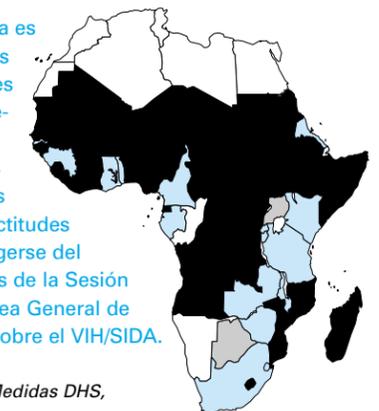
Fuentes: 'Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa'. Manzini, Ntsiki. *Reproductive Health Matters*, 9 (17), mayo de 2001; Report of Adolescent Condom Survey, Jamaica, 2001, *Commercial Market Strategies / Jamaica*, agosto de 2001.

CONOCIMIENTO INSUFICIENTE

% de niñas (de 15 a 19 años) que sabían que una persona que parece saludable puede haber contraído el virus del SIDA, 1996-2001



En África subsahariana es preciso tomar medidas nacionales y regionales a gran escala para asegurar que un 90% de los jóvenes de 15 a 24 años dispongan de los conocimientos y las actitudes necesarias para protegerse del VIH - una de las metas de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

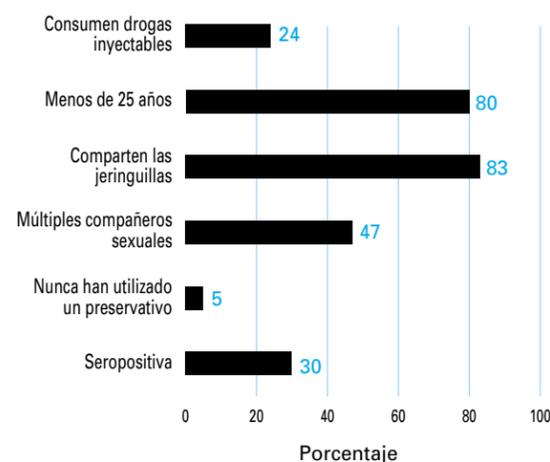


Fuente: UNICEF/MICS, Medidas DHS, 1996-2001.

Nota: Este mapa no refleja ninguna toma de posición por parte del UNICEF, la OMS u ONUSIDA con relación a la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera.

JÓVENES CONSUMIDORAS DE DROGAS EN EL NORTE DE TAILANDIA

Características de las jóvenes que han sido admitidas en centros de desintoxicación, 1999-2000



Fuente: 'Women who use drugs and their HIV risks in northern Thailand'. Srirak, Namtip, et al., 2001. Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, 5-10 de octubre de 2001, Melbourne, Australia, Abstract book, página 102.

que es vital para las muchachas llegar vírgenes al matrimonio, algunas de ellas protegen su virginidad con prácticas sexuales peligrosas como el coito anal sin protección.

Los factores biológicos también tienen un papel importante. El riesgo de infectarse durante el coito vaginal sin protección siempre es mayor para la mujer que para el varón; y el riesgo para las muchachas crece más aún porque su sistema reproductor está inmaduro y los tejidos se desgarran con facilidad. En Kisumu (Kenya), donde más de una cuarta parte de las muchachas informaron de que tenían relaciones sexuales desde los 15 años de edad, una de cada 12 contrajo el virus antes de cumplir esa edad.

El peligro de infectarse es mayor entre las personas pobres y con menos poder. Con frecuencia, a las muchachas jóvenes que viven en la pobreza se las tienta o coacciona a tener relaciones sexuales con un varón mayor, más rico o en un puesto de autoridad, como un empleador, un maestro o un "protector" mayor, para a cambio poder quedarse en la escuela o recibir apoyo para sí mismas o para su familia. En un estudio de Botswana se halló que una de cada cinco muchachas adolescentes manifestaba que es difícil negarse a tener relaciones sexuales cuando se ofrece dinero o regalos; niñas de una edad tan temprana de hasta 13 años habían tenido relaciones sexuales con "protectores".

El matrimonio en sí no ofrece protección contra el VIH a las mujeres jóvenes, especialmente si sus maridos son mucho mayores. Un estudio llevado a cabo en Kisumu (Kenya), puso de manifiesto que por lo menos la mitad de las mujeres con esposos por lo menos 10 años mayores que ellas estaban infectadas por el VIH. En comparación, ninguna mujer casada con un varón solamente tres años mayor que ella o menos estaba infectada. En otro estudio de casi 400 mujeres que acudieron al dispensario de ITS de la ciudad de Puna (India), un 25% estaban infectadas por una ITS y un 14% eran VIH-positivas. De esas mujeres, el 93% estaban casadas y el 91% nunca habían tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio. Es posible que muchas recién casadas jóvenes, dada su falta de poder para negociar prácticas sexuales protegidas, sean más vulnerables al VIH/SIDA y a las ITS que las muchachas solteras.

Las intervenciones para contener el VIH deben dirigirse tanto a los muchachos como a las muchachas. Una relación de respeto mutuo puede liberar a las muchachas y los muchachos de los peligros de las relaciones sexuales forzadas o no deseadas y les permite sentirse cómodos para discutir cuestiones sexuales y negociar la seguridad y la protección.

Muchos jóvenes están expuestos a un riesgo particularmente elevado

Los que están obligados a vivir marginados social y económicamente tienen aún menos acceso del que suelen tener los jóvenes a la información, los conocimientos prácticos, los servicios y el apoyo. Si ya viven con el VIH, sufren un estigma y discriminación peores aun, y prácticamente no tienen acceso a la atención ni a los medicamentos cuando enferman de SIDA.

Los jóvenes que consumen drogas intravenosas

El consumo de drogas intravenosas (CDI) es una de las numerosas adicciones que suelen empezar en la adolescencia. El CDI entre los jóvenes, en particular los varones jóvenes, ha aumentado de forma impresionante en los últimos años. Cada día hay más jóvenes que se inyectan drogas de modo "ocasional", y experimentar con ellas es frecuente y se ha generalizado entre ese colectivo, la mayor parte de cuyos miembros no se consideran a sí mismos consumidores habituales de drogas intravenosas.

Las personas que comparten agujas y jeringas para inyectarse drogas corren un riesgo sumamente alto de contraer el VIH. En Nepal, la prevalencia del VIH se disparó entre los consumidores de drogas intravenosas del 2% en 1995 a casi el 50% en 1998; la mitad de los 50 000 consumidores de drogas intravenosas del país tenían de 16 a 25 años de edad. Una encuesta sobre los servicios de tratamiento de la adicción en Dublín (Irlanda) reveló que el 70% de los jóvenes consumidores de drogas intravenosas compartía las jeringas.

En países de Asia central, la Federación de Rusia y Europa central y oriental, se calcula que el 70% de los consumidores de drogas intravenosas tienen menos de 25 años de edad. En esas regiones del mundo es donde la epidemia de VIH está creciendo más rápidamente.

La adicción a las drogas aumenta la probabilidad de que los jóvenes caigan en la delincuencia y la prostitución para financiarse ese hábito. Cuando se mezcla el CDI con la prostitución, hay muchas posibilidades de que el virus empiece a propagarse a través de los que se inyectan drogas y sus parejas sexuales entre la población en general.

PROTEGER A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS EN VIET NAM

Delante del Café Hy Vong ("Esperanza") de Ciudad Ho Chi Minh, una cafetería de intercambio de agujas en Viet Nam, hay un contenedor con agujas y jeringas estériles y otro para eliminar las usadas.

La cafetería, fundada por el Fondo de Ayuda a la Infancia y financiada por los Gobiernos del Canadá y Viet Nam, educa a los jóvenes consumidores de drogas sobre los riesgos de infección por el VIH y les proporciona material de inyección estéril. El establecimiento, dirigido por el Comité del SIDA de la ciudad, está situado en un parque y rodeado por una cerca de alambre. Dentro, los visitantes tienen acceso a preservativos, un dispensario de infecciones de transmisión sexual, bebidas calientes y duchas. La policía local ha accedido a no interferir en el parque ni detener a los que se inyectan drogas allí. La cafetería, que está abierta diez horas por día todos los días de la semana, está gestionada por ex consumidores de drogas que también se dedican a dar información acerca de la prevención del VIH a los clientes. Alrededor de 350 personas pasan diariamente por la cafetería, muchas de ellas profesionales del sexo que también se inyectan drogas.

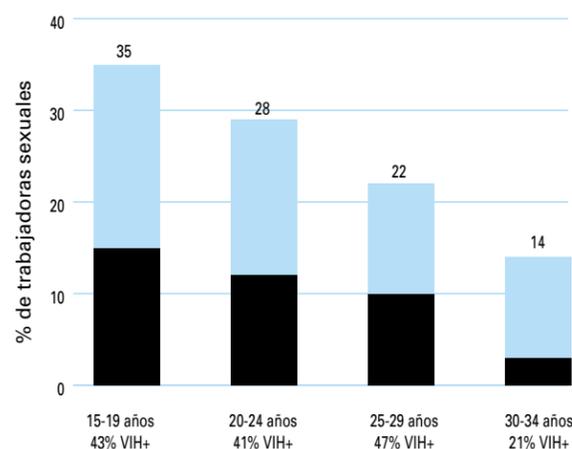
Los adolescentes víctimas de violaciones sexuales

En muchos países están aumentando las denuncias de violaciones, pero la mayor parte de los actos de violencia sexual siguen sin denunciarse. Tanto los muchachos como las muchachas son vulnerables a la violencia sexual, incluidos el abuso y la explotación, pero el número de víctimas entre los jóvenes de ambos sexos es cada vez mayor. Es improbable que los abusadores utilicen un preservativo, y los cortes y heridas producto de una relación sexual forzada aumentan la posibilidad de infección por el VIH.

En Botswana, un estudio de 1998 puso de manifiesto que más de las dos quintas partes de todos los casos de violación que llegaron a los tribunales afectaban a niños de menos de 16 años, y el 58% a jóvenes de 11 a 20 años de edad. En KwaZulu Natal (Sudáfrica), el 10% de las adolescentes calificaron su primera experiencia sexual de forzada o de violación. Las encuestas en nueve países caribeños revelaron que,

ELEVADA INCIDENCIA DEL VIH ENTRE LAS TRABAJADORAS SEXUALES JÓVENES

La mayoría de las trabajadoras sexuales tienen de 15 a 24 años, Myanmar, 2000



Fuente: Datos de marzo y abril de 2000 de la vigilancia centinela, Proyecto para la Prevención y el Control del SIDA, Departamento de Salud, Myanmar.

“Los niños tenemos sueños. Soñamos con ser enfermeras o maestros. Nadie sueña con ser una profesional del sexo.”

— Geena, muchacha VIH-positiva, Filipinas, que se hizo profesional del sexo a los 16 años y que ahora es educadora inter pares

del total de las adolescentes que habían practicado el coito, el 48% denunció que su primera relación sexual había sido forzada.

Los autores de las violaciones no son siempre desconocidos. Tanto los muchachos como las muchachas están expuestos al riesgo de ser violados por parientes, amigos de la familia, empleadores, maestros y otros individuos en los cuales deberían poder confiar.

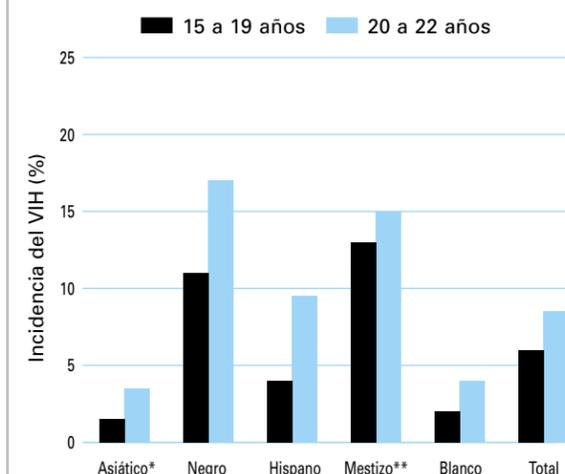
Los jóvenes de la industria del sexo

Se calcula que cada año se introduce por medio del raptó o la coacción a alrededor de un millón de niños y adolescentes en la industria del sexo. Como la explotación sexual comercial de los niños en gran parte está oculta, es difícil recopilar datos. La Junta de Bienestar Social de la India ha denunciado que aproximadamente dos de cada cinco profesionales del sexo tienen menos de 18 años, y algunos incluso 8 o 9 años de edad. En Moscú (Federación de Rusia), 16 años es la edad promedio en que las niñas empiezan a prostituirse. Ambos sexos son víctimas de la explotación sexual. En diversos países, como Sri Lanka, la mayor parte de los niños profesionales del sexo son varones.

Los clientes por lo general prefieren los adolescentes más jóvenes porque creen que los niños no son portadores del VIH. Además, los adolescentes víctimas de la explotación sexual prácticamente no tienen capacidad para negociar ni para exigir relaciones sexuales protegidas a sus explotadores. Hasta el 70% de los adolescentes profesionales del sexo en Abidján (Côte d'Ivoire) y el 48% en Puna (India) son VIH-positivos. En Camboya, donde la mayoría de los profesionales del sexo son jóvenes, más de una cuarta parte de los que tienen edades comprendidas entre los 15 y los 19 años están infectados por el VIH. Eso apunta a la necesidad de fortalecer los esfuerzos para prevenir que los jóvenes queden atrapados en la explotación sexual comercial.

LOS JÓVENES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES CORREN UN MAYOR RIESGO

Incidencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, con edades de 15 a 22 años, por raza/grupo étnico y grupo de edad, en ciudades seleccionadas de los Estados Unidos, 1994-1998



* Asiáticos o de las islas del Pacífico.
** Orígenes raciales múltiples.

Fuentes: 'HIV incidence among young men who have sex with men - Seven U.S. cities, 1994-2000'. McFarland, W. et al.; Morbidity and Mortality Weekly Report, 50(21), 440-4.

Como las muchachas se infectan rápidamente a partir del momento en que se convierten en profesionales del sexo, también es preciso que se hagan esfuerzos especiales para identificar y prestar servicios preventivos a las nuevas profesionales del sexo.

Los niños y jóvenes de la calle

En todo el mundo hay niños que sobreviven en las calles. Son víctimas de la guerra, la pobreza, la violencia doméstica, el abuso físico y mental y el SIDA. Su lucha diaria por la existencia elimina cualquier preocupación que puedan tener por una enfermedad que puede, o no, matarlos en los próximos años.

Se estima que hay 10.000 niños que viven o trabajan en las calles de Sudáfrica y alrededor de 100.000 en las calles de las ciudades de Nueva Delhi, Mumbai o

Calcuta, en la India. Más de la mitad de los 141 niños entrevistados en Sudáfrica manifestó haber intercambiado relaciones sexuales por dinero, mercancías o protección, y algunos indicaron que habían sido violados.

Los varones que tienen relaciones sexuales con varones

El riesgo de contraer el VIH a través del coito anal sin protección es particularmente alto. El estigma social y la violencia infligidos a los que se identifica como homosexuales pueden aumentar de manera significativa el riesgo de contraer el VIH, ya que es posible que oculten su orientación sexual y, como consecuencia, no tengan acceso a la información necesaria. Algunos varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros varones quizá no se definan como homosexuales o tengan experiencias homosexuales experimentales y pasajeras y no se protejan de los comportamientos peligrosos que les hacen correr el riesgo de contraer el VIH.

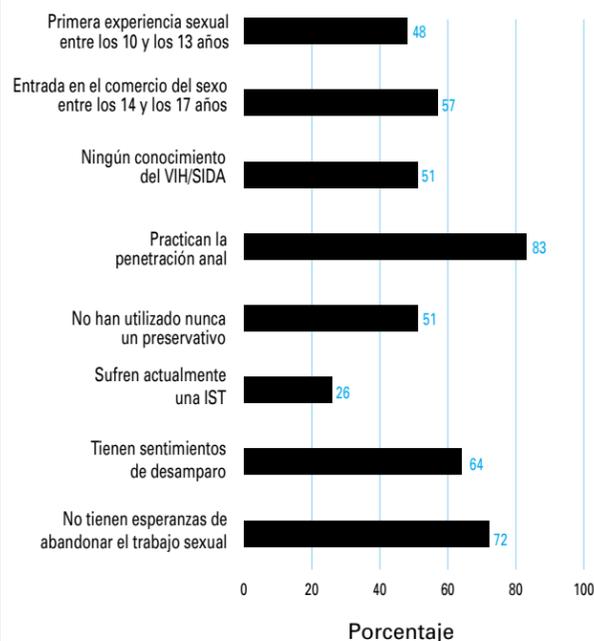
En el Perú, entre los jóvenes que se definen a sí mismos como homosexuales, el 40% informó de coitos anales recientes sin protección. En otro estudio, más del 72% de los jóvenes hispanos que tuvieron relaciones sexuales con otros varones en Tijuana (México) y San Diego, California (Estados Unidos), informó de coitos anales sin protección.

Los adolescentes implicados en conflictos armados

El VIH/SIDA se propaga con los desplazamientos y la destrucción que provocan los conflictos armados, a medida que las comunidades se dispersan y los servicios de salud, la infraestructura educativa y la protección jurídica se desmoronan.

A comienzos del nuevo milenio, 35 millones de personas eran refugiados o estaban desplazados internamente, y el 80% eran mujeres y niños. Algunos jóvenes encuentran seguridad en los campos de refugiados, a pesar de que pueden ser objeto de persecuciones o abusos sexuales. Muchos no tienen ningún tipo de protección y pueden sufrir violaciones y violencia sexual. Tampoco suelen disponer de acceso a la información sobre el VIH, la asistencia sanitaria ni los medios para tener relaciones sexuales más protegidas.

LA SITUACIÓN DE LOS JÓVENES QUE SE PROSTITUYEN EN BANGALORE, INDIA, 2001



Fuente: 'Invisible Children: Commercially and Sexually Exploited Male Children (Male Child Prostitutes) in Bangalore, India'. Chandran, Vinay, India, 2001. Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, 5 a 10 de octubre de 2001, Melbourne, Australia, Abstract book, página 21

Se calcula que hay 300.000 niños soldados en el mundo, algunos hasta de diez años de edad. Llevan armas, actúan como emisarios, camareros y cocineros, y son utilizados para realizar servicios sexuales. Los jóvenes en el ejército tienden a tener parejas sexuales múltiples. Y los campamentos militares suelen estar rodeados de profesionales del sexo con unas tasas muy elevadas de infecciones por ITS/VIH. Incluso en tiempos de paz, los jóvenes en el ejército suelen tener tasas de ITS de dos a cinco veces más elevadas que los civiles, y, durante los conflictos armados, las tasas de infección pueden ser 50 veces más altas. A menudo esos varones jóvenes regresan a casa e infectan por el VIH a su esposa o a otras mujeres.

Los niños huérfanos o afectados por el VIH

Más de 10 millones de niños menores de 15 años de edad han perdido a uno o a ambos progenitores por el SIDA. Se prevé que el número total de niños huérfanos por la epidemia supere el doble de esa cifra en 2010.

Los niños huérfanos por el SIDA corren mayor riesgo de malnutrición, enfermedad, abuso, trabajo infantil y explotación sexual que los niños huérfanos por otras causas, y estos factores aumentan su vulnerabilidad a la infección por el VIH. También sufren el estigma y la discriminación ligados con frecuencia al VIH/SIDA y, como consecuencia, hasta es posible que se les niegue educación, trabajo, vivienda y otras necesidades básicas.

Las muchachas tienen más posibilidades de abandonar la escuela para cuidar de los padres infectados por el VIH o de los hermanos más pequeños. Los huérfanos también dejan la escuela porque se les discrimina, sufren ansiedad o no pueden pagar la matrícula.

En un estudio de las explotaciones agrícolas de Zimbabue se halló que casi la mitad de los huérfanos había abandonado la escuela primaria, y ninguno de ellos seguía asistiendo a la escuela secundaria. En Uganda, la cuarta parte de los muchachos de 13 a 18 años de edad cuyos padres tienen el VIH/SIDA dejan la escuela. Los niños que dejan la escuela tienen menos posibilidades de desarrollar las habilidades necesarias para la abstinencia sexual o las prácticas sexuales protegidas, son económicamente más vulnerables y están más expuestos a la explotación sexual.

Los jóvenes están invirtiendo las tendencias

Cuando se hacen los esfuerzos serios y sostenidos de dotar a los jóvenes de los conocimientos necesarios para protegerse, las tasas de infección por el VIH descienden:

- **En Tailandia**, el Gobierno llevó a cabo una campaña de fomento de la utilización sistemática del preservativo en prostíbulos y se embarcó en el ambicioso esfuerzo de cambiar la actitud de los varones hacia las mujeres. Los varones jóvenes redujeron sus visitas a las profesionales del sexo a casi la mitad entre 1991 y 1995, y la utilización del preservativo aumentó del 60% a casi el 95%. El resultado neto fue un importante descenso de la prevalencia del VIH, del 8% en 1992 a menos de un 3% en 1997.
- **En Kampala, Uganda**, entre 1990 y 1999, las tasas de prevalencia del VIH entre las muchachas embarazadas de 15 a 19 años cayeron del 22% en 1990 al 8% en 1999, muy probablemente por el aplazamiento de la primera relación sexual, un menor número de parejas y un aumento en la utilización del preservativo. El Presidente de Uganda ha hablado abiertamente sobre el SIDA, y los medios de comunicación, así como las organizaciones gubernamentales, comunitarias y religiosas, llevan a cabo campañas de educación pública.
- **En Lusaka, Zambia**, la prevalencia del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad disminuyó del 28% en 1993 al 15% en 1998. También se observan un aumento en la utilización del preservativo y una reducción en el número de parejas sexuales, atribuidos a un enérgico programa que imparte educación sobre habilidades para la vida y proporciona servicios de salud para los jóvenes.
- **En el Brasil**, las campañas de información generalizada y los servicios de prevención han arrojado resultados positivos: en 1999, la mitad de los muchachos que tuvo relaciones sexuales por primera vez utilizó un preservativo, en comparación con menos del 5% de 1986, y las ventas de preservativos aumentaron de 70 millones a 320 millones entre 1993 y 1999.

LIDERAZGO A ESCALA MUNDIAL

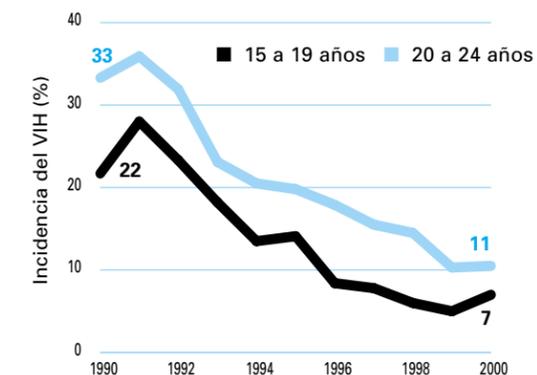
En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrado en junio de 2001, los jefes de Estado y de gobierno se comprometieron a alcanzar, entre otras, las siguientes metas cruciales para reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años:

- Reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes en un 25% en los países más afectados para el 2005, y en un 25% en todo el mundo para el 2010.
- Asegurar, para el 2005, que el 90% de los jóvenes, y el 95% para el 2010, dispongan de la información, educación, servicios y habilidades para la vida a fin de reducir su vulnerabilidad al VIH.

En otras metas adicionales se aborda la discriminación por razón del sexo y los problemas de los jóvenes particularmente vulnerables. Se puede consultar la lista completa de metas en: www.unaids.org, el sitio web del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

EL COMPROMISO NACIONAL ES IMPORTANTE

Descenso de la incidencia del VIH entre las mujeres jóvenes embarazadas en Kampala, Uganda, 1990-2000



Fuente: DHS nacionales/Programa SIDA, Uganda, 2001.

La prevención es la clave para reducir las tasas de infección y, en última instancia, vencer el SIDA.

Las intervenciones deben responder a las condiciones locales. Y, en particular, deben ajustarse a las diferencias entre muchachos y muchachas, entre jóvenes que viven en zonas urbanas y rurales, entre niños que van a la escuela y sin escolarizar, entre adolescentes jóvenes y mayores, y entre jóvenes casados y solteros. Los responsables de formular políticas tienen que reconocer que hay que proteger los derechos de los jóvenes, particularmente de las muchachas. Los esfuerzos de prevención del VIH también deben reconocer las necesidades inmediatas de los jóvenes, como son la vivienda y los alimentos, así como su necesidad de obtener ingresos de forma segura y sin explotación.

Los gobiernos pueden contener la epidemia a un costo relativamente bajo si invierten en prevención antes de que el VIH/SIDA pase a ser un problema de salud importante, proporcionando a los jóvenes que corren un riesgo particularmente alto de contraer el VIH la información y el apoyo que necesitan para prevenir la infección.

El presente informe recomienda una estrategia de diez pasos para prevenir el VIH/SIDA. Esos pasos se refuerzan mutuamente y los países pueden adaptarlos según sus recursos y las fases de sus epidemias.

1 Poner fin al silencio, el estigma y la vergüenza

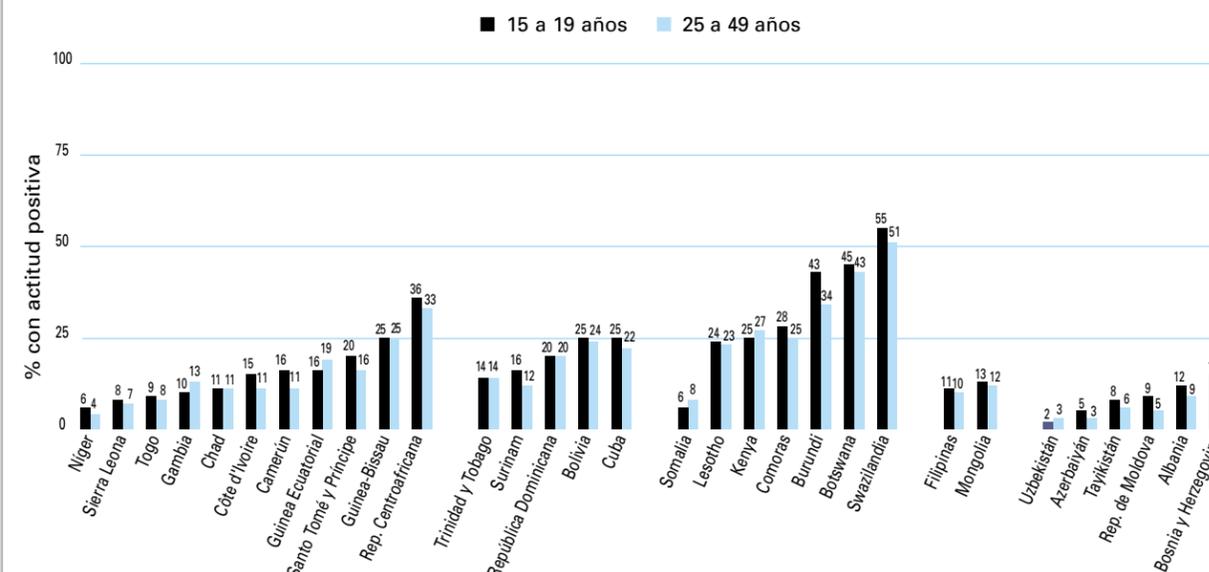
El miedo al estigma y la discriminación profundamente arraigada hace que los jóvenes tengan menos posibilidades de adoptar estrategias preventivas, como la utilización de preservativos, la realización de las pruebas del VIH y de otras ITS, la observancia del tratamiento o la revelación de su estado serológico con respecto al VIH a sus parejas sexuales.

Los dirigentes nacionales y de la comunidad deben romper el silencio, hacer frente al estigma y eliminar la vergüenza asociada al VIH/SIDA. Los presidentes, los primeros ministros, los líderes de la juventud, los artistas, las figuras del deporte, los dirigentes religiosos y otras

personas influyentes deben tener el valor de hablar abiertamente y sin prejuicios sobre la sexualidad de los adolescentes, la violencia contra las muchachas y las mujeres y el consumo de drogas. Es preciso que los responsables de formular las políticas se aseguren de que los adolescentes tengan la información, los servicios y el apoyo que necesitan. Los dirigentes deben conseguir los recursos financieros necesarios para la lucha contra el SIDA y desarrollar estrategias basadas en un minucioso análisis de la situación local. En países en los cuales un liderazgo político enérgico ha fomentado la franqueza sobre estos temas y respuestas de gran amplitud (como en el Brasil, el Senegal, Tailandia y Uganda), se están invirtiendo las tendencias y logrando éxitos claros.

PERDURAN EL TEMOR Y LOS PREJUICIOS HACIA LAS PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA

% de mujeres que han escuchado hablar del SIDA y muestran una actitud positiva hacia las personas que viven con el VIH/SIDA, en respuesta a dos preguntas*, 1999-2001



1. ¿Debe continuar trabajando un maestro de escuela que es seropositivo pero tiene un aspecto saludable?
2. ¿Compraría productos alimenticios a un comerciante seropositivo?

Fuente: UNICEF/MICS, 1999-2001.

2 Dar información y conocimientos a los jóvenes

Los jóvenes no pueden protegerse si no conocen los hechos básicos sobre el VIH/SIDA. Los adolescentes deben conocerlos antes de que sean sexualmente activos y la información debe reforzarse y actualizarse con regularidad, tanto dentro como fuera del aula. Es fundamental que se disponga de una educación básica de buena calidad para todos los niños que les proporcione conocimientos adecuados sobre la sexualidad y el VIH.

...aumentar los conocimientos a través de las escuelas

Muchos adultos temen que dar información sobre las relaciones sexuales a los adolescentes jóvenes y enseñarles a protegerse los hará sexualmente activos. En las encuestas de Camboya, Haití, Malawi y Zimbabwe, el 40% de los adultos pensaba que no había que

enseñar a los niños de 12 a 14 años de edad a utilizar los preservativos. Sin embargo, una revisión de más de 50 programas de educación sexual de todo el mundo ha puesto de manifiesto que los jóvenes tienen más probabilidades de aplazar el inicio de la actividad sexual cuando se les proporciona información correcta sobre la salud sexual y reproductiva. Y, si empiezan a tener relaciones sexuales, tienen más posibilidades de protegerse contra los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

La educación de buena calidad fomenta el pensamiento analítico y los hábitos sanos. Los jóvenes más instruidos tienen más posibilidades de adquirir los conocimientos, la confianza y las habilidades sociales necesarios para protegerse del virus. En Uganda y Zambia, donde más del 20% de los adultos viven con el VIH, los adolescentes con más años de escolarización presentan una menor tendencia a tener parejas ocasionales y más posibilidades de utilizar preservativos que sus pares con menos escolarización.

Es fundamental también llegar a los jóvenes antes de que adopten comportamientos de alto riesgo, incluido el consumo de drogas y alcohol. La información sobre el VIH/SIDA y la salud reproductiva, así como las habilidades para la vida, deben estar integradas en el programa de la escuela primaria y seguir presentes a lo largo de todos los años de escolarización.

Empezar pronto significa también que se pueda llegar a los niños que no siguen en la escuela. En la India, el 42% de los muchachos y el 59% de las muchachas de 15 a 17 años no asisten a la escuela. Sin embargo, en las escuelas, la educación sobre el VIH/SIDA a menudo sólo empieza hasta que los niños tienen por lo menos 15 años. La educación sobre la prevención del VIH debería ser oportuna y apropiada para la edad y pertinente a las situaciones y la cultura de los escolares y sus familias.

ROMPER LOS TABÚES EN EGIPTO

En Egipto, un programa de televisión de 20 minutos, "El susurro de los jóvenes", que se emite una vez por semana, alienta a los jóvenes a expresar sus opiniones sobre temas que les preocupan. El programa, con entrevistas a jóvenes, debates en directo entre ellos y sus padres, y concursos de preguntas, da información importante que los jóvenes pueden utilizar en su vida y sensibiliza a la comunidad sobre los asuntos que preocupan a los jóvenes. Es muy popular y los adolescentes participan activamente en el desarrollo del contenido. En el programa, preparado por el UNICEF y la Sociedad Egipcia del SIDA, se han tratado temas como el intento de suicidio, las relaciones madre-hija, la confianza y la confidencialidad y la salud reproductiva.

...aumentar los conocimientos en las comunidades

Más de 120 millones de niños y adolescentes en edad escolar no asisten a la escuela primaria. El 53% de ellos son niñas, y las diferencias por razón de sexo aumentan en la escuela secundaria. Los niños de zonas rurales, pobres o aisladas, los adolescentes casados, los niños explotados que trabajan, los afectados por conflictos armados o por el SIDA, los discapacitados, y los hijos de familias pobres o minorías son los que tienen más posibilidades de no estar escolarizados.

En muchos países de África, el SIDA se ha cobrado la vida de tantos maestros que se han cerrado escuelas y la educación ha sufrido graves trastornos. En África subsahariana, hay más de 40 millones de niños en edad escolar que no asisten a la escuela primaria.

Es preciso que se movilicen todos los sectores de la sociedad para llegar a los jóvenes que no están

"Sobre todo, debemos reunir el valor para hablar franca y constructivamente sobre la sexualidad.

Debemos reconocer las presiones que se ejercen sobre nuestros hijos para que tengan relaciones sexuales que no son seguras ni fruto del afecto.

Debemos darles información, aptitudes para la comunicación y, evidentemente, preservativos."

– Pascoal Mocumbi,
Primer Ministro de Mozambique, en un discurso pronunciado en junio de 2001

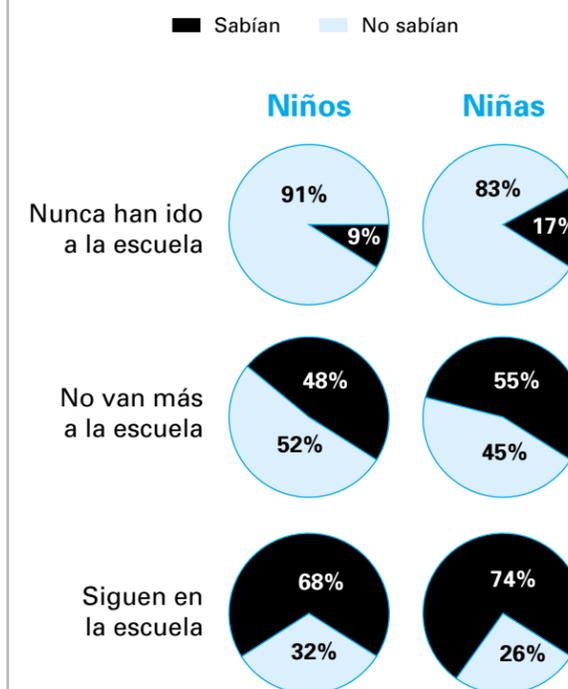
escolarizados. Los programas que capacitan a los jóvenes para desarrollar una variedad de conocimientos teóricos, incluidas la alfabetización y las cuatro reglas aritméticas, así como conocimientos técnicos, empresariales, prácticos y de gestión, pueden también proporcionar educación sobre salud reproductiva a la mayoría de los niños excluidos, que englobe también a las madres jóvenes en el hogar, los niños que viven en la calle y los niños que trabajan.

Los padres y los dirigentes comunitarios y religiosos tienen que reconocer la importancia de su función en proporcionar información y conocimientos prácticos que permitan salvar vidas. En Masaka (Uganda), el personal sanitario ha asumido el papel de las sengas tradicionales (por lo general las tías paternas) que orientan a los adolescentes. En las zonas rurales de Zambia, las comadronas y los "jefes" tradicionales viajan en equipo para ofrecer datos sobre el VIH y disipar el tabú que pesa sobre el hecho de impartir educación sexual a los adolescentes jóvenes. En un programa de prevención del SIDA en la India, los mahila mandals, o consejos de mujeres de la aldea, ayudan a las mujeres jóvenes.

En los hogares en los que hay una comunicación abierta sobre la sexualidad, los jóvenes suelen tomar decisiones más seguras con respecto a las relaciones sexuales. Pero muchos padres no están dispuestos a hablar sobre sexo o les resulta incómodo hacerlo, o bien carecen de los conocimientos para hacerlo. Hacen falta más programas para ayudar a los padres y otros

LA EDUCACIÓN MEJORA LA SITUACIÓN

% de jóvenes de 15 a 19 años en Camerún que sabían que una persona con aspecto saludable puede padecer el VIH, 1998



Fuente: DHS, 1998.

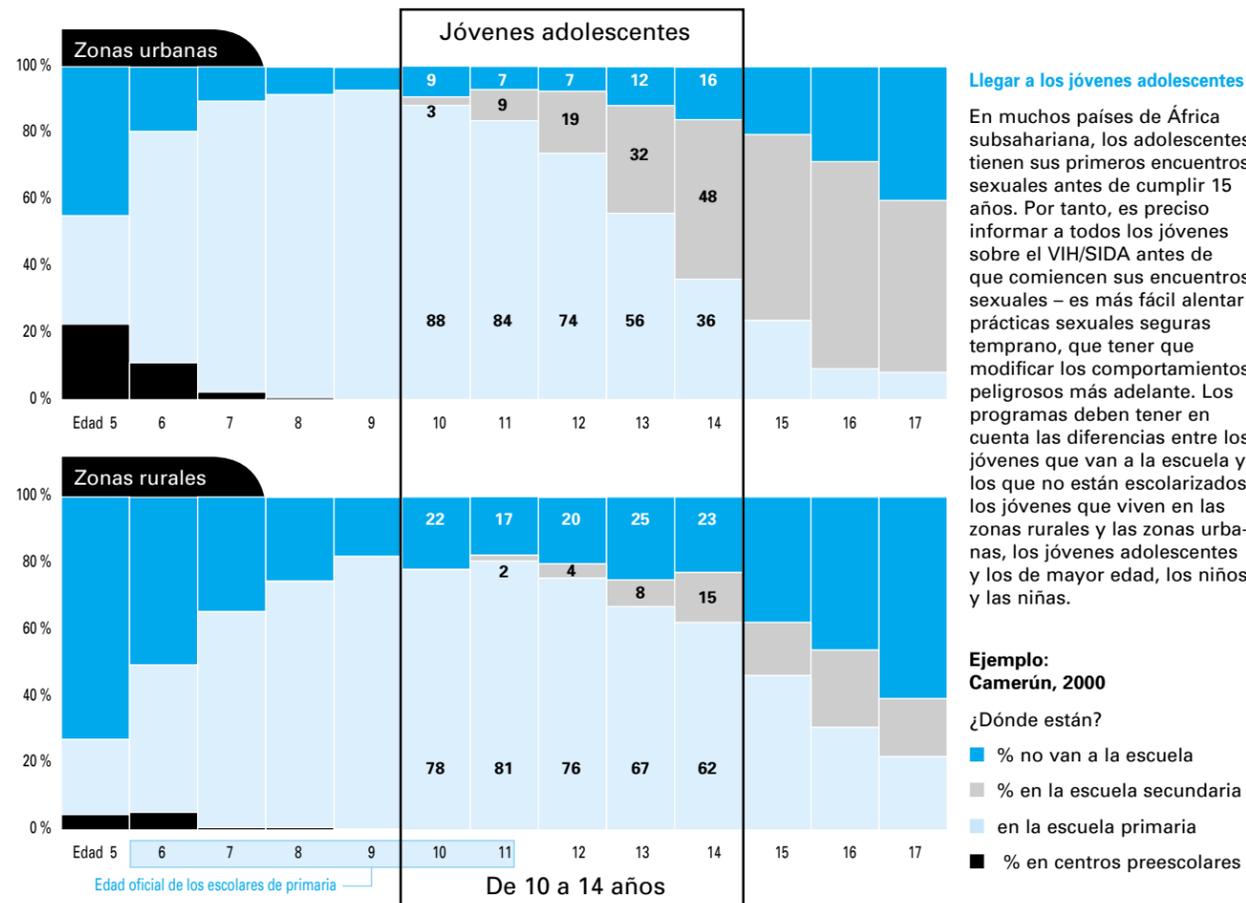
adultos de la comunidad a superar tanto su incomodidad como la carencia de información. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de tales iniciativas:

■ En el distrito de Adjumani, en el norte de Uganda, se organizaron pequeños grupos de padres con el propósito de darles los conocimientos y la confianza para hablar con sus hijos sobre salud reproductiva. Al cabo de un año, la mitad había empezado a hablar con ellos, aunque el 10% aún prefería que las tías u otros parientes cercanos les dieran la información y otro 10% que lo hiciera el personal sanitario de la comunidad.

■ En Kenya, los dirigentes religiosos dan mensajes sobre el VIH/SIDA a sus comunidades. Se han distribuido 5000 ejemplares de una guía preparada para mejorar la comunicación entre padres e hijos a través de las iglesias. El clero también ha utilizado esa guía para aconsejar mejor a los padres.

■ En Chile, México y el Perú, los programas de educación sexual escolar incluyen actividades especiales para hacer participar a los padres, un elemento que ha contribuido a convencer a la administración y los maestros de las escuelas del valor del programa.

LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEBEN ESTAR ORIENTADOS HACIA LOS ADOLESCENTES QUE RECIBEN ENSEÑANZA PRIMARIA Y SECUNDARIA, Y HACIA LOS JÓVENES NO ESCOLARIZADOS



Fuente: MICS Camerún/UNICEF, 2000.

“Fomentaremos los medios de prevención eficaces, las prácticas que salvan vidas y los comportamientos que reducen los riesgos de infección. Al hacerlo, apoyaremos el compromiso histórico de las iglesias con la fidelidad y la abstinencia, pero reconociendo que la vida puede ponernos en contextos en los cuales esos ideales sean inalcanzables.”

– Consulta Mundial, Respuesta Ecueménica al Problema del VIH/SIDA en África, noviembre de 2001

... Aumentar los conocimientos a través de los medios de comunicación

Los medios de comunicación son armas poderosas contra el VIH/SIDA. Las campañas en las que se usan actores, deportistas o músicos famosos ofrecen ejemplos de conducta a los jóvenes. Los medios de comunicación pueden diseminar información entre los jóvenes, como el ABC de la prevención del VIH. También pueden abordar temas difíciles, como la forma de enfrentarse a las insinuaciones sexuales no deseadas, la negociación de la utilización del preservativo y la redefinición de lo que significa ser “un hombre de verdad”. Una buena programación en los medios de comunicación puede rebatir los conceptos erróneos populares sobre los adolescentes, denunciar la discriminación y los abusos a los que se enfrentan los jóvenes y destacar las contribuciones que éstos hacen a sus comunidades.

Los medios de comunicación, para que sean útiles, deben contar con la participación de los jóvenes en todas las etapas para asegurar que se entienda todo lo que dicen, que el formato que usan para transmitirlo sea eficaz y accesible a la gente joven. No hay que ocultar información y los hechos deben presentarse de manera franca y nada sentenciosa. Cuando los jóvenes tienen acceso a los servicios sanitarios, los preservativos y el resto de los apoyos sociales que necesitan para atender los mensajes de los medios de comunicación se consiguen los mayores beneficios.

Los medios de comunicación de masas tienen amplia divulgación, pero se han utilizado también diferentes tipos de teatro y espectáculos, así como la Internet, para romper el silencio en torno al VIH/SIDA. En el Brasil, el teatro de calle formó parte de un programa para jóvenes al que se le atribuyó el aumento en la utilización del preservativo. En un concurso en Burkina Faso, Malí y el Senegal se pidió a los adolescentes que escribieran el guión de un cortometraje sobre el VIH/SIDA. El certamen atrajo una gran participación de jóvenes que anhelaban el premio: ver su película realizada por uno de los directores más destacados de África.

En Sudáfrica, *Soul Buddyz* (Amigos del alma), es una telenovela semanal que se emite conjuntamente con un serial de radio y que aborda cuestiones que van de la sexualidad de los adolescentes, el VIH/SIDA y el derecho de los niños, hasta la seguridad en la carretera y la forma de protegerse de las armas y la intimidación. Los programas, a través de personajes de ficción que toman decisiones informadas, ofrecen ejemplos de conducta positivos a los adolescentes.

3 Preparar a los jóvenes con habilidades para la vida a fin de poner en práctica los conocimientos adquiridos

El comportamiento no se cambia sólo con el conocimiento. Los jóvenes necesitan habilidades para poner en práctica lo que aprenden. Las habilidades para la vida (habilidades para negociar, resolver conflictos, tener opiniones críticas, tomar decisiones y saber comunicarse) son fundamentales para los jóvenes. Pueden ayudar a los muchachos y las muchachas a aprender a relacionarse entre sí como iguales, trabajar en grupo, aumentar la autoestima, solucionar los desacuerdos pacíficamente y resistir tanto la presión de sus pares como la de los adultos para correr riesgos innecesarios. Las habilidades para la vida pueden enseñarse de muchas maneras creativas e innovadoras, tanto dentro como fuera de la escuela.

En Namibia, se facilita a los jóvenes capacitación sobre habilidades para la vida con el objeto de reducir los embarazos de las adolescentes y prevenir el VIH/SIDA, el abuso de sustancias y las violaciones. Los jóvenes que han recibido capacitación se han puesto en contacto hasta ahora con 100.000 compañeros, tanto dentro como fuera de la escuela. En Bangladesh, la capacitación sobre habilidades para la vida está ligada a la formación para desarrollar habilidades que tienen buena salida en el mercado laboral y a las oportunidades de empleo: 20.000 muchachas y mujeres jóvenes han recibido una educación no tradicional, capacitación práctica y créditos a través del Centro de Educación y Ciencia de Bangladesh.

En Viet Nam, los alumnos de 1º a 12º grado utilizan la escenificación de situaciones y otros métodos interactivos para aprender a protegerse del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual.

Antes de que el proyecto se pusiera en marcha, equipos de jóvenes investigadores recopilaban datos de muchachos de 10 a 18 años de edad en la escuela y fuera de ella, de los maestros, de los padres y de la comunidad en general. Los datos ayudaron a determinar con precisión la naturaleza de los problemas, preparando el terreno para desarrollar el programa de habilidades para la vida y para el seguimiento de los progresos realizados a lo largo del tiempo.

Un elemento clave es la formación y el respaldo para los maestros. El Gobierno ha suscrito el proyecto desde el comienzo y está plenamente comprometido a sostener y ampliar las actividades.

La capacitación sobre habilidades para la vida se ha adaptado para que se emplee en todo Viet Nam en diferentes contextos, y beneficia tanto a los niños y adolescentes que viven en la calle como a los que asisten a la escuela. Esa formación les ayuda a abordar las cuestiones de su sexualidad y a protegerse del VIH/SIDA, del abuso sexual y del abuso de drogas. A principios de 2000, el Ministerio de Educación y Formación incorporó ese enfoque en las clases de educación sobre salud de todas las escuelas primarias y empezó a ampliar el enfoque de las habilidades para la vida a las escuelas secundarias de toda la nación.

4 Facilitar servicios de salud respetuosos con la juventud

Los servicios de salud respetuosos con la juventud pueden ser tanto dispensarios independientes como estar vinculados a centros recreativos o dispensarios existentes. De forma ideal, ofrecen una amplia variedad de servicios e información a los jóvenes, son acogedores, confidenciales, asequibles y están bien ubicados. El personal no es condescendiente con los jóvenes ni los sermonea, y les da el tiempo que necesitan para hablar.

Los servicios para ayudar a prevenir el VIH y las ITS incluyen el acceso a los preservativos y el asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias. Los dispensarios dan información y servicios a las jóvenes embarazadas VIH-positivas para impedir que transmitan el VIH a sus hijos.

En Tailandia, se han organizado "rincones de salud" para adolescentes en los dispensarios. El programa Self Center en los Estados Unidos despliega un equipo de enfermeros y asistentes sociales que reparten su tiempo entre las escuelas y el dispensario. El equipo realiza presentaciones en clases sobre salud reproductiva, valores y adopción de decisiones; dirige grupos informales de debate sobre el desarrollo en la pubertad, el consumo de drogas y la educación de los hijos; y ofrece sesiones de asesoramiento individual cuando son necesarias. En el dispensario, el equipo también ofrece un mayor asesoramiento sobre la salud reproductiva y se ocupa de las referencias para los adolescentes que necesitan atención médica.

En Zambia, los educadores inter pares jóvenes trabajan en equipo con enfermeros en dispensarios respetuosos con los jóvenes para ofrecer información sobre el VIH/SIDA, las ITS, otras enfermedades y el embarazo, mientras que el personal sanitario del dispensario ofrece tratamiento para las ITS. El dispensario distribuye preservativos y brinda asesoramiento y apoyo sobre las relaciones afectivas, la violación y otras cuestiones. Los educadores inter pares, que son muy apreciados y respetados en sus comunidades, también llegan a un público más amplio a través del teatro, la poesía, la música y los medios electrónicos.

En cada distrito, un comité asesor de la juventud, que se reúne todos los meses, sirve de enlace entre la comunidad y el dispensario. Los dispensarios también están en estrecho contacto con la policía, que ha sido capacitada para atender casos de abuso y deriva a los pacientes a sesiones de asesoramiento y ayuda. El personal del dispensario se reúne mensualmente para hablar sobre las estadísticas, compartir experiencias y colaborar en la resolución de problemas.

Los primeros dispensarios respetuosos con la juventud de Zambia fueron fundados en 1996 en Lusaka, la capital del país, por la junta de salud de la ciudad en asociación con organizaciones no gubernamentales. Las enseñanzas adquiridas en Lusaka se han aplicado en otras partes. A finales de 2001, cinco distritos de Zambia acogían a un total de 63 dispensarios de salud con servicios acogedores para los jóvenes en los que trabajaban más de 200 educadores inter pares y que recibían apoyo del Gobierno del Reino Unido, el UNICEF y otros organismos.

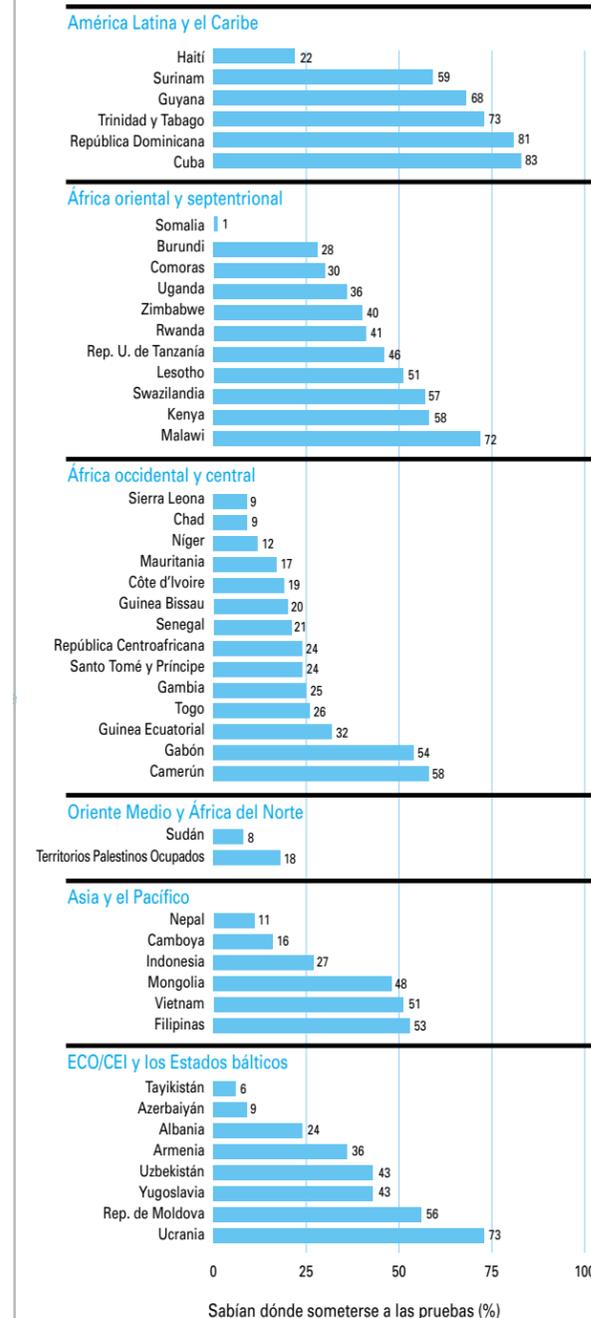
5 Promover el asesoramiento y las pruebas voluntarias y confidenciales del VIH

Nueve de cada diez personas que viven con el VIH/SIDA no saben que están infectadas. Sin embargo, los estudios demuestran que los jóvenes tienen gran interés en conocer su estado serológico con respecto al VIH. Más del 75% de los jóvenes de Kenya y alrededor del 90% de los de Uganda indicaron que les gustaría someterse a la prueba mientras aún están sanos.

El asesoramiento y las pruebas del VIH voluntarias y confidenciales (APV) son una herramienta importante para la prevención del VIH. El APV permite a los adolescentes evaluar su comportamiento y las consecuencias del mismo. Un resultado negativo en la prueba brinda una oportunidad clave para reforzar la importancia de los comportamientos más seguros y de reducción del riesgo. Mientras que los jóvenes con un resultado positivo deben ser derivados para que reciban atención y la oportunidad de hablar con gente experta que pueda ayudarlos a comprender lo que significa su resultado serológico y qué responsabilidades tienen hacia sí mismos y los demás como consecuencia de

LA MAYORÍA DE LAS MUJERES JÓVENES NO SABEN QUE PUEDEN SOMETERSE A UNA PRUEBA DEL VIH

% de mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que saben que pueden someterse a una prueba, 1998-2001



Fuentes: UNICEF MICS, 1999-2001; Medida DHS, 1998-2001.

dicho resultado. A las mujeres jóvenes embarazadas que son seropositivas hay que ofrecerles atención especial para proteger su propia salud y reducir al mínimo el riesgo de transmitir el virus a su hijo.

Teniendo en cuenta que los jóvenes son vulnerables, en particular social y emocionalmente, hay que sostener apropiadamente el APV y proporcionar el seguimiento pertinente. Los servicios de apoyo posteriores a la prueba, especialmente para los jóvenes que son seropositivos, deben servir de red de seguridad para ayudarles a seguir atendiendo sus necesidades sanitarias, psicosociales y financieras.

Los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias deben estar integrados en servicios ya existentes, como los centros de atención prenatal, los de salud familiar y los dispensarios respetuosos con los jóvenes, a los que debe poder acceder la gente joven de los grupos marginados, como los profesionales del sexo y los migrantes. La confidencialidad debe respetarse en todo momento. Los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias también pueden ofrecerse a través de clubes de jóvenes, dispensarios independientes o unidades móviles.

A pesar de la importancia del APV, en muchos países, menos del 50% de los jóvenes sabe dónde hacerse la

prueba del VIH. En Camboya, por ejemplo, solamente el 16% de las muchachas de 15 a 19 años de edad lo sabía, y en Zimbabwe, solamente 2 de cada 5 jóvenes. Muchos de los países más afectados por el SIDA no disponen de estuches de pruebas del VIH, lo que debilita seriamente la eficacia del asesoramiento.

6 Trabajar con los jóvenes y fomentar su participación

Los jóvenes, con su energía, entusiasmo y creatividad, son un recurso enorme en todos los aspectos de la prevención y atención del VIH. Su aporte es incalculable en la elaboración y divulgación de un programa y aseguran que los esfuerzos de prevención y atención sean significativos para los jóvenes, que la información se comunique a través de canales eficaces y que los mensajes que se transmitan guarden relación con su vida cotidiana.

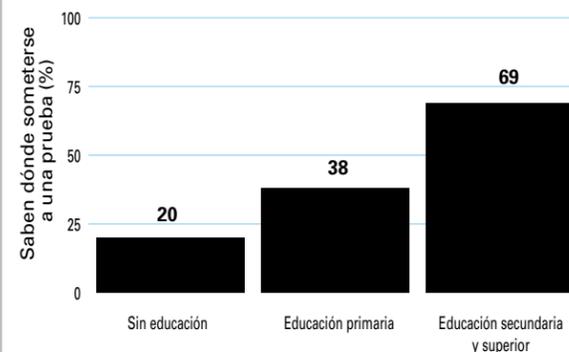
La participación de los jóvenes en los esfuerzos de prevención los educa acerca del VIH y les da una sensación de responsabilidad y orgullo. Pueden ser mensajeros de lo más eficaces si poseen las habilidades adecuadas. Ya tienen los contactos con sus propios compañeros y hablan el mismo "idioma" que la gente a la que tratan de llegar.

Los jóvenes ya están participando de muchas maneras en los esfuerzos de prevención. Organizan clubes de prevención en las escuelas, dirigen proyectos creados por jóvenes en sus comunidades y trabajan con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para elaborar, poner en práctica y vigilar programas. Los proyectos que se sostienen a lo largo del tiempo son los más eficaces porque posibilitan que los jóvenes se sientan comprometidos, estimulados y asuman un sentido de responsabilidad duradero.

La auténtica participación de los jóvenes consiste en una asociación en la que tanto ellos como los adultos han establecido de común acuerdo sus responsabilidades. Los adultos deben asegurar que los jóvenes estén siempre informados, capacitados, motivados y apoyados en todos sus esfuerzos de prevención del VIH, de

EL CONOCIMIENTO DE LOS CENTROS DE PRUEBAS VARÍA CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN

% de mujeres jóvenes (de 12 a 24 años) que saben dónde pueden someterse a una prueba del VIH, según su nivel de instrucción, Surinam, 2000



Fuente: Surinam UNICEF/MICS, 2000.

LOS JÓVENES YA HAN TOMADO LA DELANTERA

- En Ibandan (Nigeria), se formó como educadoras inter pares a jóvenes aprendizas de sastrerías empleadas en pequeños talleres que volvieron a sus lugares de trabajo para divulgar información sobre el VIH, explicar los riesgos de las relaciones sexuales sin protección e informar a sus pares sobre la forma de negociar la utilización del preservativo. Las muchachas que habían estado en contacto con las educadoras inter pares tenían mucha más capacidad para protegerse de las relaciones sexuales forzadas que aquéllas que no recibieron información.
- En tres comunidades de Lima (Perú), donde el alto desempleo ha desembocado en una delincuencia generalizada, se preparó a 240 jóvenes entre 10 y 24 años de edad para educar a sus pares sobre la forma de tener una vida sexual sana y responsable. Asesoraron directamente a unos 5000 adolescentes y llegaron a otros 45.000 a través de la radio, canciones en los transportes públicos y presentaciones en los mercados.
- En Nepal, los jóvenes producen y presentan el programa interactivo "Hablando con mi mejor amigo" para alentar a los jóvenes nepaleses a debatir temas y problemas relacionados con el crecimiento. El programa les proporciona un medio a través del cual pueden debatir problemas comunes, como las relaciones entre ambos sexos y la comunicación con los padres. Desde la primera emisión del programa, los jóvenes presentadores reciben un promedio de 100 a 200 cartas por semana.
- La Asociación Deportiva Juvenil Mathare de Nairobi (Kenya) capacita a sus futbolistas para que sean educadores inter pares y ejemplos de conducta para los programas de sensibilización, prevención y asesoramiento sobre el VIH/SIDA. Los primeros en recibir capacitación fueron los miembros del equipo más antiguo, que eran más conocidos y por tanto más capaces de influir en sus compañeros. Hacen hincapié en la abstinencia sexual, pero a aquéllos que ya son sexualmente activos les recalcan la importancia de utilizar un preservativo y de ser fieles a su pareja.
- En Polonia, se ha capacitado a numerosos jóvenes como "asesores sobre el terreno" que se desplazan a los cafés, clubes y otros lugares de reunión para educar a sus pares que experimentan con las drogas sobre los riesgos a los que expone el abuso de sustancias, el VIH/SIDA y las ITS. Los jóvenes asesores aprenden a evaluar las necesidades individuales, a ofrecer la información apropiada y a derivar casos cuando es necesario.

acuerdo con sus habilidades en evolución. Los jóvenes deben demostrar su compromiso y contribución de manera fiable y activa. La asociación más eficaz es aquella que desarrolla los conocimientos, la confianza y las habilidades de los jóvenes y les permite tener un papel cada vez mayor en determinar las esferas y el alcance de su participación y responsabilidad. Cuanto más aprenden a través de la experiencia, más capaces son de asumir responsabilidades y de traducir sus inquietudes en acción.

Educación inter pares

El trabajo de educador inter pares es una forma eficaz de participación de los jóvenes en los esfuerzos de prevención y atención del VIH. Para muchos jóvenes, sus pares son una fuente de información fundamental sobre cuestiones sexuales. Los educadores inter pares, debidamente capacitados, pueden acabar con los conceptos erróneos, echar por tierra los mitos y ofrecer información sobre la prevención del VIH de una forma que los otros jóvenes perciban como pertinente.

Los educadores inter pares pueden capacitarse para dar información, desarrollar conocimientos prácticos, asesorar y distribuir preservativos. Pueden trabajar en la calle, en clubes, iglesias, fábricas, escuelas y universidades, en cualquier parte en la que se reúnan los jóvenes y se sientan cómodos.

Los educadores inter pares son muy eficaces para llegar a las personas y los grupos expuestos a un riesgo particularmente elevado, como los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los jóvenes explotados sexualmente, los integrantes de pandillas, los jóvenes sin hogar y los consumidores de drogas. Muchos de esos jóvenes desconfían tanto de los adultos, que los asistentes sociales adultos tienen verdaderas dificultades para establecer contacto con ellos. Pero los educadores inter pares son miembros de las comunidades a las que tratan de llegar; se encuentran con estos jóvenes en su propio terreno, hablan el mismo lenguaje y, lo más importante, los tratan con respeto.

Para que los programas de educación inter pares den resultado es necesario que cuenten con los recursos y el apoyo de las comunidades y el compromiso tanto de los adultos como de los jóvenes. También necesitan sostenerse a largo plazo, ya que los jóvenes requieren un flujo de información ininterrumpido en el tiempo para poder reforzar sus conocimientos y mantener los cambios positivos en su comportamiento. Como a los educadores inter pares por lo general no se les paga o se les paga muy poco, se necesitan otras formas de incentivo, reconocimiento o compensación para que sigan participando activamente.

7 Comprometer a los jóvenes que viven con el VIH/SIDA

Un problema grave en la prevención del VIH es convencer a los jóvenes de que el VIH/SIDA puede afectar realmente a cualquier persona. Una de las formas más eficaces de hacerlo es procurando que los jóvenes que viven con el VIH/SIDA compartan sus experiencias. Los jóvenes que viven con el VIH/SIDA están en una posición

estratégica para reforzar el mensaje sobre la necesidad de adoptar y mantener comportamientos seguros. Más que cualquier otra persona, son ellos quienes pueden difundir la idea de que hay que esforzarnos al máximo para asegurar que nadie más contraiga el VIH a través de ellos. Pueden reducir el estigma social asociado al VIH demostrando que el virus puede infectar a cualquiera. Pueden ser unos claros ejemplos de conducta de la forma de vivir una vida sana y productiva con el VIH. También pueden hacer aportaciones importantes a la preparación y realización de iniciativas de prevención y atención.

Lamentablemente, en lugares en los que el estigma y la discriminación siguen siendo intensos, esos jóvenes pueden sufrir perjuicios graves como consecuencia de revelar su estado serológico con respecto al VIH. Las personas que viven con el VIH tienen que ser completamente libres de decidir si, cuándo y a quién quieren "hacerlo público". Si lo hacen, deben contar con el apoyo social y la protección jurídica que les permitan llevar una vida normal. Todos los jóvenes que viven con el VIH necesitan atención médica para prevenir el avance de la enfermedad, así como otros servicios de apoyo.

En la zona de la bahía de San Francisco (EE.UU.), BAY Positives ofrece apoyo afectivo (asesoramiento y grupos de apoyo), tratamiento de casos, educación, actividades de divulgación, retiros, tratamiento holístico (acupuntura, masajes) y actividades sociales para jóvenes de hasta 26 años que viven con el VIH. Esta organización basada en los pares ayuda a los jóvenes VIH-positivos de todas las orientaciones sexuales, a quienes se recuperan del abuso de las drogas y el alcohol y a los que han sufrido abusos sexuales y tienen una autoestima baja. Una de las mayores virtudes de BAY Positives es haber creado una red de organizaciones y programas comunitarios a los que se puede derivar a las personas para la ayuda necesaria. La organización ofrece servicios de capacitación profesional, de asistencia sanitaria y de educación. El personal y los clientes de BAY Positives comparten experiencias similares, porque todos han sido miembros de la organización en algún momento.

8 Crear entornos seguros y favorables

Dar información y desarrollar las habilidades de los jóvenes sin asegurar que se sientan seguros y apoyados en el hogar, la escuela y la comunidad limita seriamente su capacidad de protegerse del VIH. Hay que dotar a los padres, las escuelas y las instituciones sociales de los conocimientos y habilidades para crear un entorno en el que los muchachos y las muchachas se sientan libres de peligro, atendidos por igual y tratados con respeto.

Es preciso que las escuelas y las comunidades condenen inequívocamente la violencia, el abuso y la explotación sexual, especialmente hacia los niños y adolescentes. Los gobiernos deben condenar enérgicamente la violencia sexual promulgando y haciendo cumplir leyes que protejan a los jóvenes de ambos sexos de toda forma de violencia sexual, dentro y fuera del matrimonio, e imponer sanciones penales contra los abusadores. Los medios de comunicación y las campañas educativas

deben fomentar la igualdad entre varones y mujeres y denunciar cualquier forma de violencia contra las mujeres, los niños y los adolescentes.

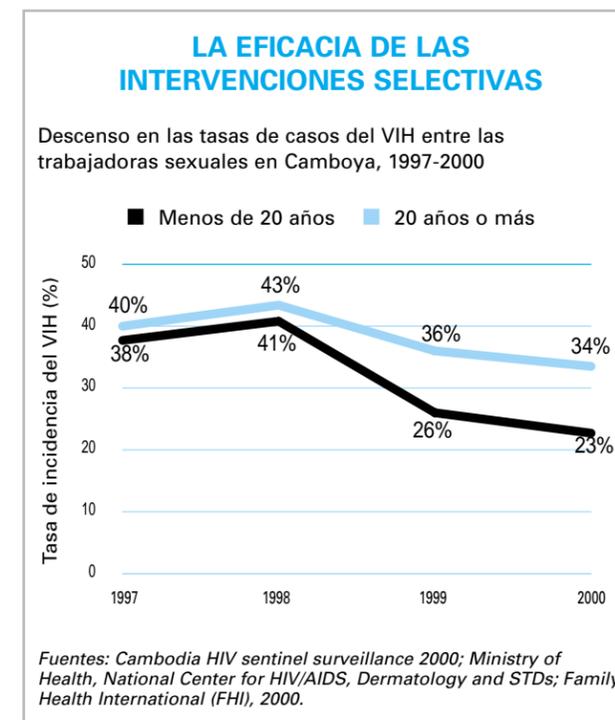
9 Llegar a los jóvenes más expuestos al riesgo

Se trata de un desafío especialmente difícil, pero fundamental, para impedir que las epidemias concentradas se propaguen a la población general. Los jóvenes particularmente expuestos al riesgo de contraer el VIH — los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los niños que viven en la calle, los niños soldados, los jóvenes refugiados, los niños huérfanos por el SIDA, los consumidores de drogas intravenosas, los jóvenes que son víctimas de la explotación sexual — suelen estar en la periferia de la corriente principal de la sociedad y tienen enormes dificultades para obtener ayuda.

Necesitan tener medios de vida, acceder a la educación y los servicios que les permitan construir un futuro. En las intervenciones para esos jóvenes se debe tener en cuenta la variedad de obstáculos a los que se enfrentan y ayudar a crear un entorno caracterizado por el respeto, aceptación y estabilidad. Eso es fundamental para que puedan reintegrarse a la sociedad.

La reducción del daño — un enfoque de tratamiento que procura reducir al máximo las consecuencias perjudiciales del comportamiento peligroso — puede ser especialmente eficaz con los jóvenes con comportamientos de alto riesgo. Cuando se aplica al consumo de drogas, por ejemplo, el enfoque se basa en estrategias a largo plazo para reducir el consumo de drogas o acabar con él tomando algunas medidas inmediatas para mitigar los daños ligados al consumo de drogas, incluida la transmisión del VIH/SIDA, proporcionando agujas estériles y preservativos.

Los niños y adolescentes huérfanos por el SIDA necesitan una atención y legislación especiales. Es preciso desarrollar políticas y leyes sobre la atención de los huérfanos que beneficien a cada niño, sin olvidar su derecho a crecer en un entorno familiar protector. La legislación tiene que definir criterios de



protección y atención a los huérfanos, fomentar la acogida y la adopción legal, establecer unos derechos de herencia y propiedad justos y ampliar la atención basada en la comunidad, considerando el cuidado en instituciones como último recurso. En los lugares donde se ofrecen cuidados en instituciones hay que desarrollar programas para reintegrar a los niños en sus comunidades a la primera oportunidad.

10 Fortalecer las asociaciones y vigilar los progresos realizados

Proteger a los jóvenes del VIH es un trabajo demasiado grande para un solo sector de la sociedad. Para influir de una manera auténtica y duradera, es preciso movilizar y coordinar el compromiso y los recursos de todos los sectores y encauzarlos hacia las familias y las comunidades. Es fundamental que exista un compromiso para reunir a la gente a cada nivel — comunitario, nacional, regional y mundial — para invertir en los jóvenes. Los asociados deben incluir a las organizaciones no gubernamentales y las de la sociedad civil, sin olvidar las organizaciones religiosas y el sector privado; los gobiernos; los jóvenes; las instituciones académicas y de investigación; las fundaciones privadas; los organismos donantes bilaterales; las Naciones Unidas y otros organismos multilaterales.

Para vencer el VIH/SIDA también será preciso hacer un seguimiento de los cambios tanto en las tasas de infección como en los conocimientos, la sensibilización y los comportamientos de los jóvenes. La recopilación de información sobre sus conocimientos y comportamientos no sólo nos ayudará a avanzar hacia las metas fijadas en junio de 2001 en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, sino también a identificar qué programas tienen éxito y por qué.

EL DERECHO A SABER

Los jóvenes tienen derecho a:

- tener información sobre el sexo y su sexualidad
- conocer los datos básicos sobre el VIH/SIDA y tener las habilidades para la vida necesarias para protegerse del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual
- conocer su estado serológico respecto al VIH
- saber cómo protegerse si viven con el VIH/SIDA
- saber dónde encontrar apoyo afectivo y psicológico si viven con el VIH/SIDA
- saber proteger a sus pares y familiares del VIH
- saber proteger a los miembros de su comunidad que viven con el VIH/SIDA
- conocer los programas de educación sobre VIH con y para jóvenes, y participar en ellos
- saber sus derechos, qué pueden exigir y qué obligaciones han contraído con ellos los gobiernos
- saber cómo proteger, exigir y hacer realidad estos derechos.

TABLAS ESTADÍSTICAS

Las tablas siguientes ofrecen estadísticas que reflejan las repercusiones del VIH/SIDA sobre los jóvenes en todo el mundo. Se incluyen indicadores epidemiológicos, de comportamiento, sociales, económicos, democráticos, de impacto y de conocimiento.

TABLA 1:

Indicadores sobre el VIH/SIDA en países, zonas y territorios.....	38
Explicación de los símbolos utilizados en la Tabla 1	45

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES..... 46

TABLA 2:

Indicadores adicionales para países donde la incidencia del VIH es 1% o mayor.....	47
Explicación de los símbolos utilizados en la Tabla 2	47

LISTA DE RESÚMENES REGIONALES..... 48

PAÍS, ZONA O TERRITORIO	DATOS DEMOGRÁFICOS (2001)					INB per cápita (US\$), 2000	Tipo de epidemia (2001)	DATOS EPIDEMIOLÓGICOS								
	Población (miles) 2001							Número estimado de jóvenes que vivían con el VIH/SIDA, finales de 2001				% de jóvenes que vivían con el VIH/SIDA, finales de 2001				Tasa de VIH en adultos, finales de 2001
	TOTAL	10-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-49 AÑOS	50-64 AÑOS			Mujer (15-24 años)		Varón (15-24 años)		Mujer (15-24 años)		Varón (15-24 años)		
	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO			ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO		
Malta	392	28	59	22	91	9410 x	L	-	-	-	-	-	-	-	0,1	
Marruecos	30.430	3.352	6.239	32	57	1180	L	-	-	-	-	-	-	-	0,1	
Mauricio	1.171	97	209	26	42	3800	L	-	-	-	-	-	-	-	0,1	
Mauritania	2.747	333	539	32	59	370	C	-	-	-	-	-	-	-	-	
México	100.368	10.673	19.934	30	75	5080	C	6.500	11.000	26.000	47.000	0,06	0,12	0,26	0,47	0,3
Micronesia, Estados Federados de	126	-	-	-	29	2110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Moldova, República de	4.285	399	775	27	46	400	C	330	680	1.200	2.400	0,09	0,18	0,30	0,62	0,2
Mónaco	34	-	-	-	100	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolia	2.559	325	548	34	64	390	L	-	-	-	-	-	-	-	<0,1	
Mozambique	18.644	2.299	3.688	32	41	210	G	200.000	350.000	81.000	140.000	10,6	18,8	4,4	7,8	13,0
Myanmar	48.364	5.084	9.582	30	28	220 x	G	-	-	-	-	-	-	-	-	
Namibia	1.788	234	355	33	31	2050	G	34.000	51.000	16.000	24.000	19,4	29,1	8,9	13,3	22,5
Nauru	13	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	23.593	2.817	4.524	31	12	220	C	4.000	8.300	4.100	8.500	0,18	0,38	0,17	0,36	0,5
Nicaragua	5.208	643	1.115	34	57	420	C	270	570	830	1.700	0,05	0,10	0,15	0,31	0,2
Niger	11.227	1.444	2.180	32	21	180	G	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nigeria	116.929	15.073	23.713	33	45	260	G	540.000	820.000	290.000	430.000	4,7	7,0	2,4	3,6	5,8
Niue	2	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Noruega	4.488	293	533	18	76	33650	L	<100	120	160	240	0,03	0,05	0,06	0,09	0,1
Nueva Zelandia	3.808	295	518	21	86	13080	L	<100	<100	110	170	0,01	0,02	0,04	0,06	0,1
Omán	2.622	352	516	33	85	4940 x	L	-	-	-	-	-	-	-	0,1	
Pakistán	144.971	17.718	28.082	32	38	470	L	4.600	9.500	5.800	12.000	0,03	0,07	0,04	0,08	0,1
Palau	20	-	-	-	73	c	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Panamá	2.899	293	531	28	57	3260	G	2.300	4.200	3.600	6.500	0,90	1,6	1,4	2,4	1,5
Papua Nueva Guinea	4.920	561	1.006	32	18	760	C	1.200	2.400	1.200	2.400	0,25	0,53	0,21	0,45	0,7
Paraguay	5.636	682	1.120	32	57	1450	C	-	-	-	930	-	-	-	0,16	
Países Bajos	15.930	980	1.845	18	90	25140	C	660	990	1.500	2.300	0,07	0,11	0,16	0,24	0,2
Perú	26.093	2.828	5.299	31	73	2100	C	3.500	6.200	7.900	14.000	0,13	0,23	0,30	0,53	0,4
Filipinas	77.131	9.087	15.669	32	59	1040	L	880	1.300	820	1.200	0,01	0,02	0,01	0,02	<0,1
Polonia	38.577	2.830	6.568	24	66	4200	C	870	1.800	1.900	4.000	0,03	0,06	0,06	0,12	0,1*
Portugal	10.033	546	1.407	19	66	11060	C	1.000	1.500	2.300	3.500	0,15	0,22	0,33	0,49	0,5
Qatar	575	48	73	21	93	12000 x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Árabe Siria	16.610	2.258	3.735	36	55	990	L	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Centroafricana	3.782	472	755	32	42	290	G	42.000	62.000	17.000	26.000	10,8	16,2	4,7	7,0	12,9
Rep. Dem. Popular Lao	5.403	690	1.057	32	24	290	L	<100	170	180	330	0,02	0,03	0,03	0,06	<0,1
República Dominicana	8.507	936	1.697	31	66	2100	G	18.000	27.000	15.000	22.000	2,2	3,3	1,7	2,5	2,5
República Checa	10.260	641	1.518	21	75	4920	L	-	-	-	-	-	-	-	<0,1	
Rumania	22.388	1.667	3.574	23	57	1670	L	-	-	-	-	-	-	-	<0,1	
Reino Unido	59.542	3.912	7.224	19	90	24500	C	1.500	2.200	3.000	4.500	0,04	0,06	0,08	0,12	0,1
Rwanda	7.949	1.030	1.772	35	6	230	G	80.000	120.000	35.000	52.000	9,0	13,4	3,9	5,9	8,9
Santa Lucía	149	14	31	30	38	4070	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint Kitts y Nevis	38	-	-	-	34	6660	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Marino	27	-	-	-	89	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Sede	1	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Vicente y las Granadinas	114	-	-	-	56	2690	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	159	22	36	36	22	1460	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	140	-	-	-	47	290	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Senegal	9.662	1.232	1.934	33	48	500	G	4.100	6.200	1.400	2.200	0,43	0,65	0,15	0,22	0,5
Seychelles	81	-	-	-	65	7310	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leona	4.587	548	877	31	37	130	G	22.000	45.000	7.000	15.000	4,9	10,2	1,6	3,4	7,0
Singapur	4.108	289	508	19	100	24740	L	300	450	300	460	0,12	0,19	0,12	0,17	0,2
Somalia	9.157	1.147	1.765	32	28	120 x	G	-	-	-	-	-	-	-	1,0	
Sudáfrica	43.792	4.776	9.031	32	51	3020	G	930.000	1.400.000	380.000	580.000	20,5	30,8	8,5	12,8	20,1
Sudán	31.809	3.689	6.254	31	37	320	G	63.000	130.000	22.000	46.000	2,0	4,2	0,70	1,5	2,6

PAÍS, ZONA O TERRITORIO	EDUCACIÓN				CONOCIMIENTOS (1998-2001)						COMPORTAMIENTO SEXUAL (1998-2001)						
	Asistencia/matriculadas en la escuela primaria (%) (1995-2001)		Tasa de matriculación en la escuela secundaria (bruta) 1995-2001*		Habían oído hablar del SIDA (%)	% de jóvenes que sabían cómo protegerse de la infección por el VIH con:			% de los que sabían que el VIH puede transmitirse por:		% de los que sabían que una persona con apariencia sana puede estar infectada por el VIH	Con suficientes conocimientos para protegerse (%)	Edad mediana en la primera relación sexual		% de jóvenes sexualmente activos a los 15 años		
	MUJER	VARÓN	MUJER	VARÓN		MUJER 15-24	MUJER 15-24	MUJER 15-19	MUJER 15-24	MUJER 15-24			MUJER 15-24	VARÓN 15-24			
	MUJER	VARÓN	MUJER	VARÓN	MUJER 15-24	MUJER 15-24	MUJER 15-24	MUJER 15-19	MUJER 15-24	MUJER 15-24	MUJER 15-24	VARÓN 15-24	MUJER 20-24	VARÓN 20-24	MUJER 20-24	VARÓN 20-24	
Malta	100	100	82	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Marruecos	64	77	34	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Mauricio	98	97	66	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Mauritania	53 s	55 s	11	21	76	28	17	21	-	-	30	39	-	-	-		
México	97 s	97 s	64	64	-	-	-	-	-	-	-	-	20,7x	-	-		
Micronesia, Estados Federados de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Moldova, República de	99 s	98 s	81	78	96	63	56	29	72	38	79	-	-	-	5 x		
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Mongolia	92 s	91 s	65	48	93	79	77	43	74	58	57	-	-	-	-		
Mozambique	40	47	5	9	83	-	-	-	-	-	38 x	59 x	-	16,0 x	18,5 y x 32 x	13 x	
Myanmar	69 s	68 s	30 x	29 x	90 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Namibia	88	84	66	56	98	77	86	-	-	-	-	-	18,7 x	-	6 x		
Nauru	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Nepal	60 s	71 s	25 x	49 x	45	-	-	-	-	-	29	-	-	17,3 x	-	18 x	
Nicaragua	80	80	53	45	95	-	-	-	-	-	75	80	-	18,1	15,8	14	35
Niger	31 s	44 s	5	9	72	43	30	37	34	19	22	43	5	15,7	20,3 y	36	4
Nigeria	54 s	58 s	28 x	33 x	75	-	-	-	-	-	45	51	-	18,1	19,6	21	11
Niue	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Noruega	100	100	116	121	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,0 x	19,0 x	10 x	6 x
Nueva Zelandia	100	100	116	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,2 x	-	-	-
Omán	88	90	65	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pakistán	41 s	50 s	17 x	33 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Panamá	91	91	65 x	60 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Papua Nueva Guinea	-	-	11														

PAÍS, ZONA O TERRITORIO	DATOS DEMOGRÁFICOS (2001)					INB per cápita (US\$), 2000	Tipo de epidemia (2001)	DATOS EPIDEMIOLÓGICOS								
	Población (miles) 2001		% de jóvenes respecto de la población total		% de la población urbanizada			Número estimado de jóvenes que vivían con el VIH/SIDA, finales de 2001				% de jóvenes que vivían con el VIH/SIDA, finales de 2001				Tasa de VIH en adultos, finales de 2001
	TOTAL	10-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS				Mujer (15-24 años)	Varón (15-24 años)	Mujer (15-24 años)	Varón (15-24 años)	Mujer (15-24 años)	Varón (15-24 años)	Mujer (15-24 años)	Varón (15-24 años)	
Sri Lanka	19.104	1.722	3.655	28	24	870	L	490	740	400	590	0,03	0,04	0,02	0,03	<0,1
Suecia	8.833	586	1.016	18	83	26780	L	180	260	270	410	0,04	0,05	0,05	0,08	0,1
Suiza	7.170	416	779	17	68	38120	C	1.200	1.800	1.500	2.200	0,32	0,47	0,37	0,55	0,5
Suriname	419	44	90	32	75	1350x	G	440	910	360	750	0,99	2,1	0,79	1,6	1,2
Swazilandia	938	120	193	33	27	1290	G	31.000	46.000	12.000	18.000	31,6	47,4	12,2	18,3	33,4
Tayikistán	6.135	827	1.245	34	28	170	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Tanzania, Rep. Unida de Territorios Palestinos Ocupados	35.965	4.712	7.449	34	34	280	G	240.000	360.000	110.000	160.000	6,4	9,7	2,8	4,3	7,8
Tailandia	63.584	5.488	11.682	27	22	2010	G	77.000	120.000	51.000	78.000	1,3	2,0	0,88	1,3	1,8
Timor Oriental	750	118	148	36	8	-	-s	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	4.657	593	948	33	34	300	G	22.000	34.000	7.800	12.000	4,7	7,1	1,6	2,5	6,0
Tonga	99	-	-	-	39	1660	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	1.300	125	271	30	75	4980	G	2.800	5.900	2.100	4.500	2,1	4,4	1,6	3,3	2,5
Túnez	9.562	1.018	2.019	32	66	2090	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	4.835	591	949	32	45	840	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Turquía	67.632	5.925	13.368	29	76	3090	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1*
Tuvalu	10	-	-	-	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	49.112	3.614	7.390	22	68	700	C	23.000	41.000	53.000	94.000	0,63	1,1	1,4	2,5	1,0
Uganda	24.023	3.163	4.838	33	15	310	G	90.000	130.000	38.000	58.000	3,7	5,6	1,6	2,4	5,0
Uruguay	3.361	269	524	24	92	6090	C	410	620	1.100	1.700	0,16	0,24	0,42	0,63	0,3
Uzbekistán	25.257	3.191	5.155	33	37	610	L	<100	<100	160	330	<0,01	<0,01	0,01	0,01	<0,1
Vanuatu	202	26	40	32	20	1140	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	24.632	2.703	4.802	30	87	4310	C	-	-	-	18.000	-	-	-	0,74	0,5*
Viet Nam	79.175	9.290	16.137	32	20	390	C	11.000	16.000	20.000	31.000	0,13	0,20	0,25	0,38	0,3
Yemen	19.114	2.366	3.427	30	25	380	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Yugoslavia	10.538	760	1.612	23	53	b	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
Zambia	10.649	1.399	2.215	34	40	300	G	180.000	280.000	72.000	110.000	16,8	25,2	6,5	9,7	21,5
Zimbabwe	12.852	1.776	2.840	36	36	480	G	370.000	560.000	140.000	210.000	26,4	39,6	9,9	14,9	33,7
PROMEDIOS REGIONALES								MUJER 15-24	VARÓN 15-24	MUJER 15-24	VARÓN 15-24					
África subsahariana	633.830	80.956	128.479	33	35	528		5.700.000	2.800.000			8,9	4,4			
África oriental y meridional	319.094	40.523	65.022	33	30	683		4.100.000	2.000.000			12,7	6,3			
África occidental y central	314.736	40.434	63.457	33	39	342		1.600.000	780.000			5,1	2,5			
Oriente Medio y África del Norte	350.660	42.861	73.018	33	58	1326		110.000	46.000			0,3	0,1			
Asia meridional	1.378.049	151.414	263.388	30	29	455		670.000	390.000			0,5	0,3			
Asia oriental y Pacífico	1.893.781	178.926	317.498	26	36	1125		340.000	400.000			0,2	0,2			
América Latina y el Caribe ECO/CEI y Estados bálticos	521.051	53.428	101.190	30	76	3713		240.000	320.000			0,5	0,6			
Países industrializados	476.604	39.463	80.550	25	67	2038		85.000	340.000			0,2	0,8			
Países en desarrollo	865.073	54.219	110.697	19	79	28077		83.000	160.000			0,2	0,3			
Países menos desarrollados	4.925.609	522.537	912.332	29	40	1175		7.100.000	4.000.000			1,6	0,9			
Todo el mundo	6.119.050	601.266	1.074.821	27	47	5192		7.300.000	4.500.000			1,4	0,8			

PAÍS, ZONA O TERRITORIO	EDUCACIÓN				CONOCIMIENTOS (1998-2001)						COMPORTAMIENTO SEXUAL (1998-2001)				
	Asistencia/matriculadas en la escuela primaria (%) (1995-2001)		Tasa de matriculación en la escuela secundaria 1995-2001* (bruta)		Habían oído hablar del SIDA (%)	% de jóvenes que sabían cómo protegerse de la infección por el VIH con:			% de los que sabían que el VIH puede transmitirse por:		% de los que sabían que una persona con apariencia sana puede estar infectada por el VIH	Con suficientes conocimientos para protegerse (%)	Edad mediana en la primera relación sexual		% de jóvenes sexualmente activos a los 15 años
	MUJER	VARÓN	MUJER	VARÓN		MUJER 15-24	MUJER 15-24	MUJER 15-24	MUJER 15-24	MUJER 15-24			MUJER 15-24	VARÓN 15-24	
Sri Lanka	-	-	78	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suecia	100	100	153	128	-	-	-	-	-	-	-	-	17,1x	-	-
Suiza	96	96	88x	94x	-	-	-	-	-	-	-	-	18,6x	18,3x	-
Suriname	91 s	88 s	58 x	50 x	94	58	58	42	57	46	70	-	27	-	-
Swazilandia	100	100	54	55	97	61	63	63	75	55	81	-	27	-	-
Tayikistán	93 s	93 s	72	81	13	6	5	3	6	4	8	-	-3	-	-
Tanzania, Rep. Unida de Territorios Palestinos Ocupados	55 s	51 s	5	6	96	64	62	62	-	54	65	68	26	17,4	17,5
Tailandia	94 s	93 s	-	-	92	54	38	-	-	30	49	-	-	-	-
Timor Oriental	79	82	37x	38x	91 y	-	-	-	-	-	-	-	-	19,0x	0x
Togo	64 s	74 s	14	40	96	74	63	55	53	48	67	73	20	16,5	18,0
Tonga	93	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	88	88	75	72	97	82	54	63	87	71	95	-	33	15,0	14,0
Túnez	93 s	95 s	63	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	80 s	81 s	-	-	64	29	21	21	-	-	42	-	-	21,6t	0
Turquía	70 s	74 s	48	68	86	-	-	-	-	-	62	69	-	-	-
Tuvalu	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	-	-	94x	88x	100	61	57	21	61	39	78	-	-	17,8	23
Uganda	83	92	9	15	100 t	83	68	-	-	47	76	83	28	16,7	19,4y
Uruguay	93	92	92	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzbekistán	78 s	78 s	87x	99x	64	32	22	17	22	15	41	-	-	19,7x	0,4x
Vanuatu	-	-	18x	23x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	85	83	46	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	93 s	94 s	41x	44x	85	63	60	34	71	44	63	-	-	-	-
Yemen	40 s	75 s	14	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yugoslavia	97 s	98 s	66	62	92	58	63	25	-	43	65	-	-	-	-
Zambia	68 s	67 s	21x	34x	95	78	59	79	68	63	75	84	26	16,6x	16,0x
Zimbabwe	86 s	84 s	44	52	96	73	73	-	-	-	74	83	17 y	18,9	19,5
PROMEDIOS REGIONALES															
África subsahariana	57	63	22	28											
África oriental y meridional	63	67	25	26											
África occidental y central	51	59	20	30											
Oriente Medio y África del Norte	77	84	55	64											
Asia meridional	68	74	33	52											
Asia oriental y Pacífico	95	95	60	66											
América Latina y el Caribe ECO/CEI y Estados bálticos	91	92	53	49											
Países industrializados	85	86	82	82											
Países en desarrollo	78	82	46	55											
Países menos desarrollados	55	62	14	23											
Todo el mundo	80	83	54	61											

NOTAS:

- a: escala de \$750 o menos.
- b: escala de \$756 a \$2995.
- c: escala de \$2996 a \$9265.
- d: escala de \$9266 o más.
- s: Los datos sobre asistencia obtenidos de las encuestas por hogares.
- t: Adultos (15-49).
- x: Indica datos que se refieren a otros años distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna, que difieren de la definición general o que se refieren sólo a una parte del país.
- y: Los datos se refieren a jóvenes, pero la escala de las edades difiere de la norma.
- z: Estimación antigua, no hay los datos suficientes para ofrecer un estimado de la incidencia del VIH para finales de 2001.
- : Aproximadamente.

TABLA 1

Datos demográficos

Población en 2001: total; de 10 a 14 años; de 15 a 24 años; de 10 a 24 años

Porcentaje de jóvenes (de 10 a 24 años) respecto de la población total

Porcentaje de la población urbanizada: Porcentaje de la población total que vive en zonas urbanas, según la definición nacional utilizada en el censo de población más reciente.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.

INB por habitante (US\$), 2000: El ingreso nacional bruto es la suma del valor añadido para todos los productores residentes más los impuestos por productos (menos subsidios) no incluidos en la valoración de la producción, más los ingresos netos externos de la renta principal (compensación de los ingresos de los empleados y de la propiedad). El INB por habitante es el ingreso nacional bruto dividido por la población a medio año. El INB por habitante en dólares de los Estados Unidos para el año 2000 se obtuvo utilizando el método del Atlas del Banco Mundial.

Datos epidemiológicos

Tipo de epidemia (2001): De acuerdo con su magnitud, la epidemia de VIH puede ser moderada (M), concentrada (C) o generalizada (G). M: Incidencia del VIH baja, que no excede sistemáticamente del 5% en ninguna subpoblación con comportamiento de alto riesgo (los que acuden a dispensarios de atención de infecciones de transmisión sexual; consumidores de drogas intravenosas; profesionales del sexo; y varones que tienen relaciones sexuales con varones). C: Incidencia del VIH concentrada, que no excede sistemáticamente del 5% en por lo menos una subpoblación que corre un riesgo elevado, y que está por debajo del 1% en la población general adulta (de 15 a 49 años) en las zonas urbanas. G: Incidencia del VIH generalizada, que ha alcanzado el 1% en la población general adulta (de 15 a 49 años).

Fuente: Walker, N. et al. "Epidemiological analysis of the quality of HIV sero-surveillance in the world: How well do we track the epidemic?" *AIDS* 2001, 15:1545-1554; y actualizaciones más recientes específicas por país.

Número estimado de jóvenes que viven con el VIH/SIDA: Jóvenes de 15 a 24 años de edad que vivían con el VIH/SIDA a finales de 2001.

Fuentes: *ONUSIDA; UNICEF; OMS.*

Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que vivían con el VIH/SIDA: El número estimado de jóvenes de 15 a 24 años de edad que vivían con el VIH/SIDA a finales de 2001, dividido por la población total de jóvenes correspondiente al mismo año.

Fuentes: *ONUSIDA; UNICEF; OMS.*

Porcentaje de adultos (de 15 a 49 años) que viven con el VIH/SIDA: El número estimado de adultos de 15 a 49 años de edad que vivían con el VIH/SIDA a finales de 2001, dividido por la población total adulta correspondiente al mismo año.

Fuentes: *ONUSIDA; UNICEF; OMS.*

Educación

Asistencia/matrícula netas en la escuela primaria (%) (1995-2001): El número de niños que asistían o estaban matriculados en la escuela primaria y pertenecían al grupo de edad que corresponde oficialmente a la enseñanza primaria, dividido por la población total del mismo grupo de edad. Los datos proceden de encuestas nacionales de hogares en que se formularon preguntas a los niños en edad escolar primaria acerca de su asistencia a la escuela. Para los países en que esa información no estaba disponible, el indicador se calculó a partir de datos escolares administrativos recopilados por los Ministerios de Educación junto con datos de la población en edad escolar primaria (matrícula).

Fuentes: Encuesta a base de indicadores múltiples (MICS), UNICEF; Encuestas demográficas de salud (DHS), Macro International; UNESCO.

Tasa de matriculación en la escuela secundaria (bruta): El número de niños matriculados en la escuela secundaria, sea cual sea su edad, dividido por la población del grupo de edad que corresponde oficialmente al nivel de enseñanza secundaria.

Fuente: UNESCO.

Conocimientos sobre la transmisión/prevencción del VIH

Habían oído hablar del SIDA: Porcentaje de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que manifestaron haber oído hablar del SIDA. Se presenta este valor porque en general las mujeres jóvenes tienen menos conocimientos acerca del VIH/SIDA que los varones jóvenes y en la epidemias generalizadas las tasas de incidencia del VIH en las mujeres jóvenes son más altas.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International; Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), y otras encuestas nacionales.*

Porcentaje de jóvenes que sabían cómo protegerse de la infección por el VIH con: Porcentaje de los jóvenes que conocían los tres principales métodos de protección: 1) tener relaciones sexuales con una pareja fiel no infectada; 2) utilizar sistemáticamente un preservativo, y 3) abstenerse de tener relaciones sexuales. La tercera opción, la abstención, que es una alternativa de prevención sumamente importante para los jóvenes, solamente se tiene en cuenta para el grupo de edad de 15 a 19 años porque no constituye una opción preventiva para el grupo de mayor edad (de 20 a 24 años), en el que la mayoría ya son sexualmente activos.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International; CDC, y otras encuestas nacionales.*

Porcentaje de los que sabían que el VIH puede transmitirse por: Porcentaje de los jóvenes que rechazan acertadamente las dos ideas erróneas más comunes acerca de la transmisión o prevención del VIH/SIDA –es decir, que se transmite por medios sobrenaturales o por la picadura de un mosquito– y porcentaje de los que sabían que una persona que aparenta estar sana puede estar infectada por el VIH.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International; CDC, y otras encuestas nacionales.*

Con suficientes conocimientos para protegerse: Porcentaje de todos los jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente los sistemas para prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan los principales conceptos erróneos acerca de la transmisión o prevención del VIH. Se trata de un indicador compuesto de dos métodos de prevención (uso del preservativo y una pareja fiel) y de tres conceptos erróneos.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International.*

Comportamiento sexual

Edad mediana en la primera relación sexual: La edad a la cual la mitad de todos los varones y mujeres jóvenes de 20 a 24 años encuestados habían tenido relaciones sexuales con penetración (edad mediana).

Fuentes: *DHS, Macro International; CDC, y otras encuestas nacionales.*

Porcentaje de jóvenes sexualmente activos a los 15 años: Porcentaje de los varones y mujeres jóvenes de 20 a 24 años que declararon haber tenido su primera relación sexual con penetración antes de cumplir los 15 años de edad.

Fuentes: *DHS, Macro International; CDC, y otras encuestas nacionales.*

TABLA 2

Incidencia del VIH entre mujeres embarazadas

Incidencia del VIH entre mujeres embarazadas (de 15 a 24 años): Porcentaje de las muestras de sangre tomadas de mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad que dieron resultado positivo en la prueba del VIH durante la "vigilancia centinela anónima no vinculada" realizada en dispensarios prenatales seleccionados. Los datos se presentan por separado para las mujeres jóvenes de 15 a 19 años y de 20 a 24 años que acudieron a dispensarios de atención prenatal en las "principales zonas urbanas" y "fuera de las principales zonas urbanas". Para cada uno de esos grupos, los cuadros indican el año de la ronda de vigilancia más reciente, el número de centros de vigilancia y el valor de la mediana. Una [n] a continuación del año significa que se trata de una cifra nacional.

Fuentes: *Informes de la vigilancia centinela por países (1997-2002) y Base de datos de vigilancia del VIH/SIDA; US Census Bureau; Centro de Programas Internacionales; Health Studies Branch, 2002.*

Acceso

Cobertura de la asistencia prenatal: Porcentaje de las mujeres de 15 a 19 años y de 20 a 24 años que recibieron asistencia por lo menos una vez durante el embarazo por personal sanitario capacitado (médicos, enfermeras o comadronas).

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International; CDC, y otras encuestas nacionales.*

Porcentaje de jóvenes que sabían dónde encontrar preservativos: Porcentaje de los varones y mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que conocían un lugar dónde podían obtener preservativos.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International; CDC, y otras encuestas nacionales.*

Comportamiento de riesgo sexual

Porcentaje de jóvenes jamás casados que tuvieron relaciones sexuales en los 12 últimos meses: Jóvenes de 15 a 24 años de edad.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International; CDC, y otras encuestas nacionales.*

Porcentaje de los que usaron un preservativo en su última relación sexual de alto riesgo en los 12 últimos meses: Porcentaje de los varones y mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que manifestaron haber utilizado un preservativo en su última relación sexual en los 12 últimos meses con una pareja extramatrimonial y con la que no convivían.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International; CDC, y otras encuestas nacionales.*

Pruebas del VIH

Conocía un lugar dónde hacerse la prueba: Porcentaje de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que conocían un lugar dónde podían someterse a la prueba del VIH.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International.*

Se hizo la prueba: Porcentaje de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que se habían sometido a la prueba del VIH.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International.*

Se informó del resultado de la prueba: Porcentaje de las mujeres jóvenes que se sometieron a la prueba del VIH y se informaron del resultado.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International.*

Impacto

Tasa de asistencia escolar de los huérfanos como porcentaje de la tasa de asistencia de los que no lo eran (1995-2001): Porcentaje de los niños de 10 a 14 años de edad encuestados que habían perdido a sus padres naturales y asistían a la escuela en el momento de la encuesta como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que vivían con por lo menos uno de sus padres y asistían a la escuela.

Fuentes: *MICS, UNICEF; DHS, Macro International.*

Número estimado de niños en la escuela primaria que perdieron a un maestro por el VIH/SIDA (final 1999): El número de niños se basa en el número estimado de maestros que fallecieron por SIDA, multiplicado por la proporción maestro-alumno.

Fuentes: *ONUSIDA; UNICEF.*

PAÍS	INCIDENCIA DEL VIH ENTRE MUJERES EMBARAZADAS (DE 15 A 24 AÑOS)						ASISTENCIA PRENATAL				COMPORTAMIENTO DE RIESGO SEXUAL (1998-2001*)				PRUEBAS DEL VIH (1998-2001*)			IMPACTO	
	Principales zonas urbanas			Fuera de las principales zonas urbanas			Cobertura de la asistencia prenatal (%) 1995-2001		% de jóvenes que sabían dónde encontrar preservativos (1998-2001*)		% de jóvenes jamás casados que tuvieron relaciones sexuales en los 12 últimos meses		% de los que usaron un preservativo en su última relación sexual de alto riesgo en los 12 últimos meses		Conocía un lugar dónde hacerse la prueba			Tasa de asistencia escolar de los huérfanos como % de la tasa de asistencia de los que no lo eran (1995-2001)	
	AÑO (N° CENTROS)	MEDIANA 15-19 AÑOS	MEDIANA 20-24 AÑOS	AÑO (N° CENTROS)	MEDIANA 15-19 AÑOS	MEDIANA 20-24 AÑOS	<20 AÑOS	20-24 AÑOS	MUJER 15-24 AÑOS	VARÓN 15-24 AÑOS	MUJER 15-24 AÑOS	VARÓN 15-24 AÑOS	MUJER 15-24 AÑOS	VARÓN 15-24 AÑOS	MUJER 15-24 AÑOS	MUJER 15-24 AÑOS	MUJER 15-24 AÑOS		
Angola	-	-	-	-	-	-	66	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.300
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Benin	1999 [n]	2,2	4,8	1999 [n]	2,2	4,8	83	83	20 x	62 k	-	-	-	-	-	-	-	37	1.800
Botswana	2001 [3]	27,1	34,9	2001 [19]	26,6	46,9	-	-	-	-	-	-	-	-	48	15	-	99	14.000
Burkina Faso	1998 [1]	6,2	8,8	-	-	-	62	64	27	-	24	34	41	55	-	-	-	-	7.400
Burundi	1998 [1]	8,8	15,4	1998 [1]	24	14,3	77	79	-	-	-	-	-	-	28	2	69	69	9.500
Camboya	2000 [n]	1,9	2,8	2000 [n]	1,9	2,8	45g	39g	33	-	0,2	-	41	-	16	2	-	71	-
Camerún	2000 [5]	9,5	11,2	2000 [22]	9,3	14,1	74	73	-	-	52	58	16	31	58	-	-	92	19.000
Chad	-	-	-	-	-	-	47	42	6 x	-	16 x	36 x	3 x	2 x	9	1	68	93	2.600
Congo	2000 [u]	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.900
Côte d'Ivoire	1998 [3]	4,7	12,2	1997 [9]	7,5	12,1	85	90	68	-	56	61	25	56	19	6	58	77	23.000
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	500
Eritrea	-	-	-	-	-	-	46g x	50g x	14 x	79 k	-	10 x	-	~2 x	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopía	2000 [4]	8,9	17,6	2000 [3]	0	4,3	29	27	3	-	8	17	17	30	-	-	-	60	51.000
Gabón	1995 [3]	7,1	2 (20-29)	-	-	-	83g	80g	62N	92N	64	76	33	48	54	14	-	98	960
Gambia	-	-	-	-	-	-	90	93	-	-	-	-	-	-	25	5	81	-	350
Ghana	2000 [5]	1,9	3	2000 [17]	0	1,6	90	87	69	87	30 x	48 x	48 x	57 x	-	-	-	95	11.000
Guatemala	-	-	-	-	-	-	56	64	34 x	-	-	-	-	-	67	27	-	98	-
Guinea	1995 [1]	0,5	2	-	-	-	74	72	19	71	25	49	18	32	-	-	-	115	1.300
Guinea-Bissau	-	-	-	1997 [7]	2,6	8,6	71	70	-	-	-	-	-	-	20	5	84	104	-
Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	86	89	-	-	-	-	-	-	32	10	68	-	<100
Guyana	1997 [1]	3	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	13	84	-	-
Haití	2000 [n]	3,7	3,8	2000 [n]	3,7	3,8	71 x	72 x	68N	-	21	47	19	30	22	3	-	82	-
Honduras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	1997 [3]	1,3	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	1997 [1]	12,5	16,2	-	-	-	91	92	56	81	32	56	14	43	58	8	75	75	95.000
Lesotho	1999 [n]	25	41	1999 [n]	25	41	87	90	-	-	-	-	-	-	51	9	69	89	6.200
Liberia	-	-	-	-	-	-	85g	85g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	2001 [3]	13,6	25,7	2001 [16]	10,2	20,3	93 x	92 x	76	88	27	49	32	38	72	9	-	92	52.000
Mali	1997 [u]	3,5 (13-24)	-	-	-	-	49	48	18 x	-	-	37 x	-	-	-	-	-	72	2.000
Mozambique	2000 [2]	13	14,7	2000 [18]	6,3	13,7	70	70	15 x	30 x	61 x	43 x	-	-	-	-	-	35	20.000
Myanmar	2000 [n]	2,9	2,8	2000 [n]	2,9	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibia	2000 [n]	11,9	20,3	2000 [n]	11,9	20,3	85 x	87 x	-	-	-	-	-	-	-	17	90	-	9.500
Niger	-	-	-	-	-	-	38	41	12	-	8	21	~2	~2	12	0,4	69	69	820
Nigeria	2000 [n]	3	5,8	2000 [n]	3	5,8	47	64	28	-	28	31	-	-	-	-	-	88	85.000
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	-	-	-	-	-	-	71	64	-	-	-	-	-	-	24	8	78	89	5.700
Rep. Democrática del Congo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27.000
República Dominicana	1999 [n]	1,8 (15-24)	-	1999 [n]1,8 (15-24)	-	-	97	98	74 x	92 x	8 x	52 x	12 x	48 x	81	40	92	87	-
Rwanda	1999 [4]	8,4	12,8	1999 [6]	4,2	7,6	94 x	96 x	35N	74N	4	9	23	55	41	5	-	93	15.000
Sierra Leona	-	-	-	-	-	-	70	76	-	-	-	-	-	-	9	2	38	74	1.900
Somalia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	17	-	-
Sudáfrica	2000 [n]	16,1	29,1	2000 [n]	16,1	29,1	95g	94g	-	-	55	-	20	-	-	-	-	-	100.000
Sudán	-	-	-	-	-	-	69g x	73g x	-	-	-	-	-	-	8	1	58	-	-
Suriname	-	-	-	-	-	-	59	70	-	-	-	-	-	-	59	7	75	89	-
Swazilandia	2000 [u]	22	42,2	2000 [3]	30,1	42,5	85	90	-	-	-	-	-	-	57	14			

LISTA DE PAÍSES, ZONAS Y TERRITORIOS

Los promedios regionales que se ofrecen al final de cada tabla se calculan utilizando datos de los países agrupados como se indica a continuación.

África al sur del Sáhara

Angola; Benin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Camerún; Cabo Verde; Chad; Comoras; Congo; Congo, Rep. Dem.; Côte d'Ivoire; Guinea Ecuatorial; Eritrea; Etiopía; Gabón; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Kenya; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Malí; Mauritania; Mauricio; Mozambique; Namibia; Níger; Nigeria; República Centroafricana; Rwanda; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Seychelles; Sierra Leona; Somalia; Sudáfrica; Swazilandia; Tanzania; Togo; Uganda; Zambia; Zimbabwe

Oriente Medio y África septentrional

Arabia Saudita; Argelia; Bahrein; Chipre; Djibouti; Egipto; Emiratos Árabes Unidos; Irán; Iraq; Jordania; Kuwait; Líbano; Libia; Marruecos; Omán; Qatar; Sudán; Siria; Túnez; Yemen

Asia meridional

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

Asia oriental y el Pacífico

Brunei Darussalam; Camboya; China; Corea, Rep.; Corea, Rep. Dem. Popular; Fiji; Filipinas; Indonesia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Kiribati; Lao Rep. Popular Dem.; Malasia; Micronesia, Estados Federados de; Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nueva Guinea; Samoa; Singapur; Tailandia; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

América Latina y el Caribe

Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia; 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; Santa Lucía; San Vicente/Granadinas; Suriname; Trinidad y Tabago; Uruguay; Venezuela

Europa central y del Este, Comunidad de Estados Independientes y Países Bálticos

Albania; Armenia; Azerbaiyán; Bielorrusia; Bosnia y Herzegovina; Bulgaria; Croacia; Eslovaquia; Estonia; Federación de Rusia; Hungría; Kazajistán; Kirguistán; Letonia; Lituania; Moldova, Rep. de; Polonia; República Checa; Rumania; Tayikistán; ERYD Macedonia; Turquía; Turkmenistán; Ucrania; Uzbekistán; Yugoslavia, Rep. Fed.

Países industrializados

Alemania; Andorra; Australia; Austria; Bélgica; Canadá; Dinamarca; Eslovenia; España; Estados Unidos; Finlandia; Francia; Grecia; Islandia; Israel; Italia; Japón; Liechtenstein; Luxemburgo; Malta; Mónaco; Países Bajos; Nueva Zelanda; Noruega; Portugal; Reino Unido; San Marino; Santa Sede; Suecia; Suiza;

Países en desarrollo

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

Países menos adelantados

Afganistán; Angola; Bangladesh; Benin; Bhután; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Cabo Verde; Chad; Comoras; Congo, Rep. Dem.; Djibouti; Guinea Ecuatorial; Eritrea; Etiopía; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Haití; Islas Salomón; Lao Rep. Popular Dem.; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldivas; Malí; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Níger; República Centroafricana; Rwanda; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Sierra Leona; Somalia; Sudán; Tanzania; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

Si desea obtener más información, sírvase dirigirse a:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

3 UN Plaza, New York, NY 10017, USA

Correo electrónico: pubdoc@unicef.org

Sitio Web: www.unicef.org/spanish

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

20, avenue Appia

CH-1211 Ginebra 27, Suiza

Correo electrónico: unaids@unaids.org

Sitio Web: www.unaids.org

Organización Mundial de la Salud (OMS)

20, avenue Appia

CH-1211 Ginebra 27, Suiza

Correo electrónico: info@who.int

Sitio Web: www.who.int

Junio de 2002