



HACIA UNA GENERACIÓN LIBRE DE SIDA

La infancia y el sida
Sexto inventario de la situación, **2013**

**ÚNETE POR LA NIÑEZ...
ÚNETE CON LA JUVENTUD...  ÚNETE PARA VENCER AL SIDA**

Los informes sobre el inventario de la situación de la infancia y el sida son las publicaciones más importantes de UNICEF para la campaña Únete por la niñez, únete por la juventud, únete para vencer al sida. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) dirige la elaboración de estas publicaciones como parte de su compromiso con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), en colaboración con los otros 10 copatrocinadores de ONUSIDA.

ONUSIDA aúna los recursos de la Secretaría de ONUSIDA y 11 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas para llevar a cabo actividades coordinadas y responsables destinadas a unir al mundo contra el sida. La división del trabajo es la siguiente:

Organismos y aliados convocantes	División del trabajo
OMS, UNICEF , OIT, PNUD, UNESCO, UNFPA, ACNUR, PMA, Banco Mundial.	Evitar que las madres mueran y que los bebés contraigan el VIH.
OMS , OIT, PNUD, ACNUR, UNICEF, PMA.	Garantizar que las personas que viven con el VIH reciban tratamiento.
OMS , OIT, UNICEF, PMA.	Evitar que las personas que viven con el VIH mueran a causa de la tuberculosis.
UNODC , PNUD, UNESCO, UNFPA, UNICEF, OMS, Banco Mundial.	Proteger contra la infección por VIH a los usuarios de drogas y garantizar acceso a servicios integrales contra el VIH en las prisiones y los entornos cerrados.
PNUD, UNFPA , UNESCO, OMS, Banco Mundial.	Empoderar a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los trabajadores sexuales y las personas transgénero para que se protejan a sí mismos y tengan acceso completo a la terapia antirretroviral.
PNUD , OIT, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNODC, ONU Mujer, OMS.	Eliminar las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que impiden que las respuestas al sida sean eficaces.
PNUD, UNFPA, ONU Mujer , OIT, UNESCO, ACNUR, UNICEF , UNODC, PMA, OMS.	Satisfacer las necesidades de las mujeres y el VIH en lo relativo al VIH, y poner fin a la violencia sexual y basada en el género.
UNICEF, UNFPA , OIT, UNESCO, ACNUR, PMA, OMS.	Empoderar a los jóvenes para que se protejan contra el VIH.
UNICEF, Banco Mundial , OIT, PNUD, ACNUR, PMA.	Mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH.
ACNUR, PMA , PNUD, UNFPA, UNICEF, UNODC, OMS.	Abordar el VIH en las situaciones de emergencia humanitaria.
PMA , ACNUR, UNICEF, OMS.	Integrar los alimentos y la nutrición en la respuesta al VIH.
UNESCO , OIT, UNFPA, UNICEF, OMS.	Garantizar una educación de alta calidad para una respuesta más eficaz al VIH.
Banco Mundial , OIT, PNUD, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNODC, OMS, PMA.	Apoyar los planes estratégicos multisectoriales del sida, prioritarios y presupuestados.

Los hallazgos, interpretaciones, citas, conclusiones y opiniones expresadas en este informe y/o en el sitio web <www.childrenandaids.org> no deben atribuirse necesariamente a cada una de las organizaciones que participan en la producción de este informe.

Debido a la persistencia del estigma relacionado con el VIH, UNICEF toma medidas para proteger la identidad de los niños y sus madres, según sus deseos y las normas mundiales sobre los derechos del niño y su protección. UNICEF obtiene el consentimiento por escrito de las personas que viven con el virus antes de identificarlos como tales en las fotografías y otros medios de comunicación. A menos que se indique lo contrario, no se debe asumir que las personas representadas en esta publicación, y en los materiales que los acompañan en línea, viven con el VIH.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2013

El permiso para reproducir cualquier parte de esta publicación se concederá gratuitamente a las organizaciones educativas y sin fines de lucro.

Cita sugerida: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Hacia una generación libre de sida – La infancia y el sida: Sexto inventario de la situación, 2013, UNICEF, Nueva York, 2013.

 Hay disponibles materiales y datos de apoyo en: <www.childrenandaids.org>.

Para cualquier corrección posterior a la impresión, sírvase visitar el sitio web de UNICEF en <www.unicef.org/publications>.

Foto de portada: En el norte de Rwanda, unos niños corren a casa a la salida de la escuela. Los estudiantes participaron en un debate de grupo organizado para aumentar la concienciación sobre la importancia de cuestiones sociales como la salud, la higiene, el saneamiento y el VIH. © UNICEF/RWAA2011-00631/Noorani

HACIA UNA GENERACIÓN LIBRE DE SIDA

La infancia y el sida: Sexto inventario de la situación, 2013

ÍNDICE

ii	Acerca de este informe	
1	Resumen ejecutivo: Hacia una generación libre de sida	
4	Capítulo 1 Responder al VIH en la primera década de vida	6 La primera década: Progresos y desafíos 15 Nuevos paradigmas, oportunidades e innovaciones 17 Estrategias para acelerar los progresos en la primera década de vida
24	Capítulo 2 Responder al VIH en la segunda década de vida	26 La segunda década: transición y vulnerabilidad 29 Inequidades y obstáculos a los servicios 32 Estrategias para acelerar los progresos en la segunda década de vida 39 Mantener los avances logrados en la primera década de vida
40	Capítulo 3 Alianzas para una generación libre de sida	42 Dos décadas, muchos sectores 44 Abordar el VIH entre los niños en las situaciones de emergencia: un caso para fortalecer las alianzas 45 Hacia una generación libre de sida: Abordar las lagunas, mantener los avances
46	Referencias	
53	Anexo: Tablas estadísticas	53 Notas sobre los datos 54 Tabla estadística 1: Eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y mantener con vida a sus madres 58 Tabla estadística 2: Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH 66 Tabla estadística 3: Demografía y epidemiología del VIH entre los adolescentes 70 Tabla estadística 4: Conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre los adolescentes 74 Tabla estadística 5: Epidemiología, conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre poblaciones clave afectadas menores de 25 años 78 Tabla estadística 6: Protección, atención y apoyo a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida
82	Pies de foto y autores	
83	Siglas	

ACERCA DE ESTE INFORME

Este Sexto inventario de la situación se centra en la respuesta al VIH y el SIDA entre los niños de países de bajos y medianos ingresos¹. Está estructurado en torno a la primera y segunda décadas de la vida del niño, y tiene los siguientes objetivos:

- revisar la carga del VIH entre los niños y adolescentes, y los avances que se están realizando para abordar el problema
- identificar estrategias clave para acelerar el acceso a la prevención, el tratamiento, la protección, el cuidado y el apoyo a los niños y adolescentes
- resumir las oportunidades derivadas de los recientes avances científicos, las nuevas tecnologías y las nuevas innovaciones prácticas
- movilizar los esfuerzos nacionales e internacionales para mantener a los niños libres del VIH y garantizar que las personas que viven con el VIH siguen estando libres del sida.

Aunque los gobiernos nacionales son en última instancia responsables de sus compromisos internacionales y nacionales, el presente informe tiene por objeto servir de base para los esfuerzos coordinados de todas las partes interesadas que tratan de alcanzar la meta de una generación libre de SIDA, incluidos los donantes, los expertos técnicos, las organizaciones de las Naciones Unidas, los aliados en la ejecución, la sociedad civil y las comunidades en diversos entornos de todo el mundo. La participación de los adultos y adolescentes que viven con el VIH es esencial para el éxito de las estrategias descritas en este informe. La respuesta al VIH es una responsabilidad compartida, y lograr una generación libre de SIDA será un triunfo compartido.

A lo largo de este informe, el término “niños” se aplica a todos los niños menores de 18 años, incluidos los adolescentes, tal como se definen en la Convención sobre los Derechos del Niño. Las Naciones Unidas definen a los adolescentes como personas de 10 a 19 años, y a los jóvenes como personas de 15 a 24 años.

Principales compromisos y estrategias relativas a la infancia y el SIDA a nivel mundial



HACIA UNA GENERACIÓN LIBRE DE SIDA

Una generación libre de sida significa una generación en la que todos los niños nazcan libres del virus y permanezcan así durante las dos primeras décadas de sus vidas, desde el nacimiento hasta la adolescencia. También significa que los niños que viven con el VIH y están afectados por el virus tengan acceso al tratamiento, la atención y el apoyo que necesitan para mantenerse vivos y sanos. Por primera vez en la historia de la epidemia del VIH, la comunidad mundial ha adquirido el conocimiento, la experiencia y las herramientas para lograr una generación libre de sida.

Una generación libre de sida se inicia la primera década de la vida

Los principales componentes de la respuesta al VIH para los niños pequeños –la eliminación de la transmisión de madre a hijo del VIH, el tratamiento de los niños que viven con VIH y la mitigación del impacto social y económico del VIH y el sida sobre los niños– son bien

“ Los niños y las niñas deben ser los primeros en beneficiarse de nuestros logros en la lucha contra el VIH, y los últimos en sufrir a causa de nuestros fracasos.”

Anthony Lake, Director Ejecutivo, UNICEF

conocidos. El desafío de hoy consiste en aplicar los conocimientos existentes y buscar nuevas oportunidades e innovaciones –al mismo tiempo que se utilizan los recursos limitados de la forma más eficaz y efectiva posible– para garantizar que los niños sobrevivan y prosperen en su primera década de vida.

○ Declaración política sobre el VIH y el sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida

○ Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para 2015 y para mantener con vida a sus madres

○ Estrategia de Inversión para una respuesta eficaz al VIH/sida

○ El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada

○ Planificación de la familia 2020

○ Plazo del Plan Mundial

○ Plazo de los ODM

2011

2012

2015



© UNICEF/Malawi/2013/Marinovich



© UNICEF/NYHQ/2012-1507/Jayasuriya



© UNICEF/ZIMA2011-00003/Pirozzi

Entre 2009 y 2012 se han logrado más progresos que durante la década anterior, según los datos de 2012, que muestran una disminución del 35% de las nuevas infecciones por VIH entre los niños menores de 15 años, en comparación con 2009². En 2012, la cobertura con medicamentos antirretrovirales (ARV, por sus siglas en inglés) para las mujeres embarazadas que viven con el VIH alcanzó el 62% en los países prioritarios del Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para 2015 y para mantener con vida a sus madres (el “Plan Mundial”)³. Sin embargo, aproximadamente 230.000 (180.000–300.000) niños –o 630 (540–760) por día– se infectaron con el VIH en estos países durante 2012⁴. Aunque el mundo está reduciendo actualmente las nuevas infecciones por VIH entre los niños más rápidamente que en cualquier otro momento de la historia, el ritmo tendrá que acelerarse aún más para alcanzar el objetivo del Plan Mundial para 2015.

Velar por la salud de las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH es fundamental para lograr una generación libre de sida

En los últimos tres años, los países han comenzado a avanzar hacia la administración temprana de los regímenes de tres medicamentos y una programación simplificada para eliminar la transmisión de madre a hijo del VIH. Este enfoque hace hincapié en la salud a largo plazo de las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH, así como la prevención de la infección por VIH entre los niños. Las Directrices consolidadas de 2013 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para tratar y prevenir la infección por VIH de la Organización Mundial de la Salud recomiendan iniciar la terapia antirretroviral (ART, por sus siglas en inglés), ya sea de

por vida o durante el período de riesgo de transmisión de madre a hijo, para todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH. Los menores de 5 años a quienes se les ha diagnosticado el VIH deben recibir también la terapia antirretroviral de por vida, sin importar su conteo de linfocitos CD4⁵. La transición hacia la administración de la terapia antirretroviral a todas las mujeres embarazadas y lactantes representa un importante cambio de paradigma que sitúa la salud de la mujer y su bienestar en el centro mismo de la prevención del VIH entre los niños. Mantener a las madres con vida y saludables es uno de los factores más importantes para la supervivencia en la primera infancia.

La prevención de la infección por VIH entre las mujeres y las niñas en edad de procrear, así como ayudar a las mujeres y las niñas que viven con el VIH para que eviten los embarazos no deseados, siguen siendo elementos prioritarios para evitar las infecciones por VIH entre los niños.

Cada vez hay más niños que acceden a la ART, pero el progreso para los niños está a la zaga del progreso para los adultos

En general, la cobertura de ART para los niños menores de 15 años que viven con el VIH en los países de bajos y medianos ingresos ha sido siempre en torno a la mitad de la de los adultos, el 34% de los niños en 2012, en comparación con el 64% de los adultos ese mismo año⁶. Los niños menores de 15 años que necesitan ART para sobrevivir tienen considerablemente menos posibilidades que los adultos de recibir la terapia. Cuando no se llevan a cabo pruebas de detección del VIH y una iniciación a tiempo de la ART, una tercera parte de los lactantes que

viven con VIH morirán antes de su quinto cumpleaños, y más de la mitad morirá antes de los 2 años de edad⁷. Por tanto, será necesario realizar grandes esfuerzos para alcanzar la meta mundial de proporcionar ART a todos los niños que lo necesiten para 2015.

Se necesita prestar mucha más atención a la prevención y el tratamiento del VIH en la adolescencia, a fin de que los niños permanezcan libres del sida en la segunda década de sus vidas

A medida que la comunidad internacional reflexiona sobre los logros alcanzados en la primera década de la vida del niño, no puede seguir desatendiendo la segunda década de la infancia, una época crucial. Aproximadamente 2,1 millones (1,7 millones–2,8 millones) de adolescentes que vivían con el VIH en el mundo a finales de 2012⁸ eran niñas, y aproximadamente dos terceras partes de las nuevas infecciones por VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años se produjeron entre niñas⁹. Los adolescentes hacen frente a una segunda ola de vulnerabilidad al VIH debido a diversos factores, y se tropiezan con un gran número obstáculos para acceder a los servicios. A medida que los niños que viven con el VIH se hacen mayores, sus necesidades de tratamiento, atención y apoyo también cambian, y se enfrentan a nuevos retos para cumplir con la medicación, asumir una mayor responsabilidad por su propia salud y acceder a los servicios y a la información que necesitan para llevar una vida sana y productiva. A nivel mundial, se informa de una alta y desproporcionada prevalencia del VIH entre las poblaciones adolescentes clave, como por ejemplo entre los adolescentes que tienen relaciones sexuales con varones, los adolescentes que se inyectan drogas y los adolescentes sexualmente explotados¹⁰. Se necesita una estrategia amplia para abordar esta serie de necesidades.

La protección social y la protección de la infancia, la atención y el apoyo deben respaldar los esfuerzos para ampliar las intervenciones de gran impacto durante las primeras dos décadas de vida

Lograr una generación sin sida es algo más que un esfuerzo biomédico. Es necesario abordar al mismo tiempo los factores económicos y sociales del VIH –como la pobreza, la inseguridad alimentaria, el consumo

de drogas y de alcohol, la marginación social, la desigualdad de género, la violencia y la explotación sexual, y la falta de acceso a la educación, incluida la educación sexual integral– como parte de un enfoque multisectorial del VIH en la infancia.

Los esfuerzos para abordar las necesidades de los niños que viven con VIH, o en hogares afectados por el VIH, a través de intervenciones integrales de protección, atención y apoyo no han logrado una cobertura amplia¹¹. Se necesita una mayor colaboración entre los sectores. El apoyo económico y psicosocial es especialmente importante para los aproximadamente 17,8 millones de niños (16,1 millones–21,6 millones) que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida¹². Estas medidas no sólo alivian las dificultades económicas, sino que también pueden ayudar a reducir el riesgo de infección por VIH y apoyar un cumplimiento a largo plazo de la medicación y la continuidad de la atención para los niños y sus familias¹³.

Dos décadas, muchos sectores

Este informe pone de relieve los avances y las deficiencias en la respuesta al VIH entre los niños durante la primera y segunda décadas de sus vidas, y hace hincapié en la urgencia de lograr resultados más rápidamente con los recursos disponibles. Si bien se destacan los contextos de alta prevalencia, no existe menos preocupación con respecto a los entornos de una prevalencia más baja, ni tampoco sobre el claro desafío que supone mantener y ampliar los progresos alcanzados. Para este fin, se presentan innovaciones y nuevos paradigmas junto con las estrategias clave diseñadas para acelerar el ritmo del progreso.

Una generación libre de sida sólo se logrará a través de un firme liderazgo de los gobiernos, mientras los aliados aportan su apoyo a los objetivos comunes. También será necesaria la decidida participación de la sociedad civil y las comunidades afectadas, no solo como aliados en la ejecución, sino también en la planificación, la toma de decisiones, la concienciación, la promoción y el fortalecimiento de la rendición de cuentas.

El camino hacia una generación libre de sida es claro. Ahora el mundo debe comprometerse firmemente a mantener los logros duramente alcanzados y a hacer frente a las desigualdades y las lagunas que aún persisten en la respuesta al VIH en la infancia.

RESPONDER AL VIH EN LA PRIMERA DÉCADA DE LA VIDA

“ Eliminar las nuevas infecciones pediátricas por VIH es un objetivo ambicioso pero viable. Con apoyo del movimiento Todas las Mujeres, Todos los Niños, una generación sin sida puede llegar a ser realidad. No existe mejor inversión que la salud de las mujeres y los niños.”

Ban Ki-moon,
Secretario General de las Naciones Unidas





LA PRIMERA DÉCADA: PROGRESOS Y DESAFÍOS

Desde que se informara en 1994 sobre la eficacia del primer régimen antirretroviral para la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH, las perspectivas para los niños nacidos de madres que viven con el VIH han mejorado de forma considerable. En los países de ingresos altos, la transmisión del VIH de madre a hijo ha sido prácticamente eliminada¹⁴. Hoy en día, la aplicación constante de la cobertura con los antirretrovirales más eficaces, junto con los nuevos enfoques para su distribución, ofrecen la esperanza de que la transmisión de madre a hijo del VIH pueda ser también prácticamente eliminada en los países de bajos y medianos ingresos.

El Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres (el “Plan Mundial”) identifica 22 países prioritarios donde se producen casi el 90% de todas las nuevas infecciones por VIH entre los niños. De estos países, 21 se encuentran en África subsahariana; el otro país es la India¹⁵. Reducir la transmisión de madre a hijo a menos de un 5% de los lactantes que reciben leche materna y a menos de un 2% de los lactantes que no la reciben es una meta importante del Plan Mundial¹⁶. Esto significa llegar a unos 1,5 millones

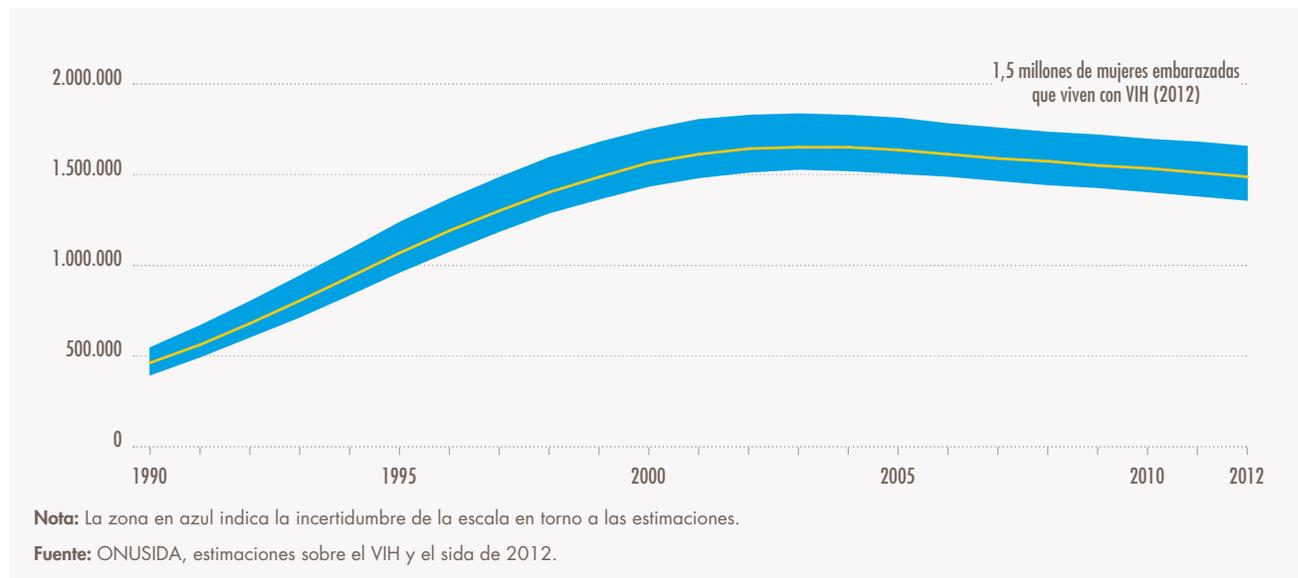
(1,4 millones–1,7 millones) de mujeres embarazadas que viven con el VIH todos los años, sobre la base de las estimaciones de 2012 (véase el gráfico 1.1¹⁷). Sin ningún tipo de intervención, entre el 15% y el 45% de los niños nacidos de estas mujeres adquirirán el VIH: de un 5% a un 10% durante el embarazo, de un 10% a un 20% durante el parto, y de un 5% a un 20% durante la lactancia materna¹⁸.

Se están logrando importantes progresos en la ampliación del acceso a los ARV para evitar la transmisión de madre a hijo

Se han logrado progresos alentadores en la ampliación y la mejora de la calidad de los programas. En 2012, aproximadamente 900.000 mujeres embarazadas que vivían con el VIH en países de bajos y medianos ingresos recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo, bien para su propia salud o como la forma más eficaz de profilaxis antirretroviral¹⁹. Esto representa un aumento de una tercera parte con respecto al número de mujeres que recibieron esta profilaxis en 2009. Mientras el mundo intenta reducir las nuevas infecciones por VIH entre los niños más rápidamente que en cualquier otro momento de la historia, el ritmo tendrá que acelerarse aún más para alcanzar la meta de 2015 de lograr una reducción de un 90% (véase el gráfico 1.2).

GRÁFICO 1.1

Número estimado de mujeres embarazadas que viven con VIH en los países de bajos y medianos ingresos, 1990–2012



El Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres

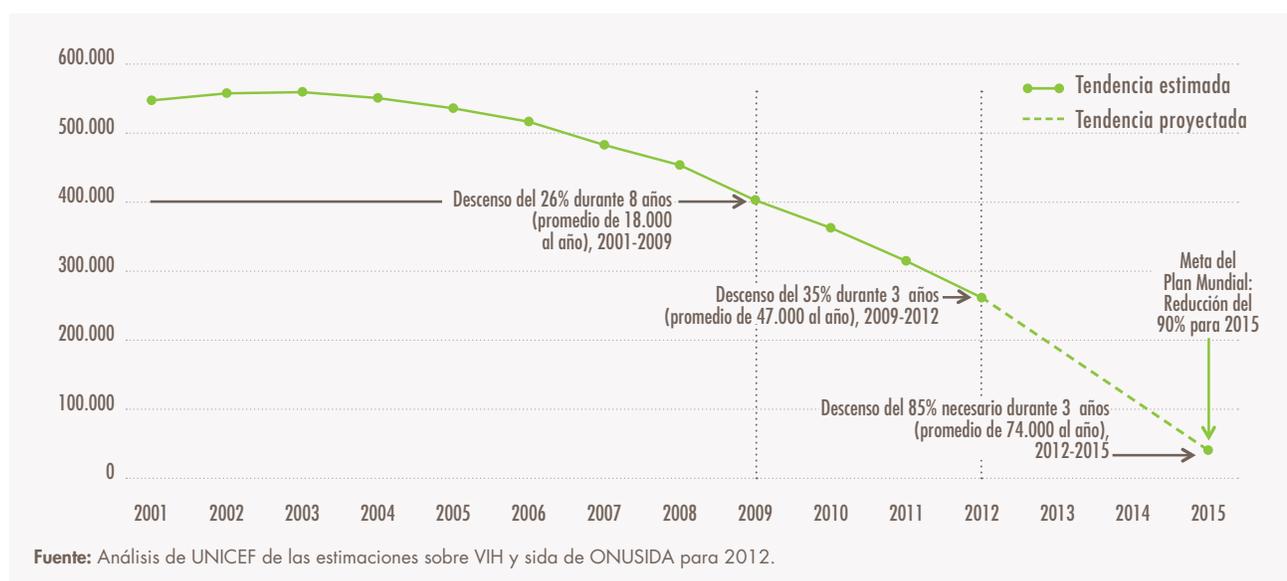
Desde su presentación en 2011, el Plan Mundial ha contribuido a catalizar los esfuerzos para luchar contra el VIH entre los niños y sus madres en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (reducir la mortalidad infantil), 5 (mejorar la salud materna) y 6 (combatir el VIH, la tuberculosis y el paludismo). Aunque abarca todos los países de bajos y medianos ingresos, se centra en los 22 países prioritarios, que representan casi el 90% de las mujeres embarazadas en el mundo que viven con el VIH, así como el 90% de las nuevas infecciones entre los niños. El Plan Mundial se centra en el logro de dos metas generales:

- **Meta 1:** Reducir el número de nuevas infecciones por VIH entre los niños en un 90%
- **Meta 2:** Reducir el número de muertes maternas relacionadas con el sida en un 50%.

En 2011, el costo de lograr las metas del Plan Mundial para 17 de los dos países prioritarios se calculaba en unos 1.000 millones de dólares por año durante cinco años, el 43% de los cuales era para la prestación a las mujeres embarazadas que viven con VIH de servicios destinados a evitar la transmisión de madre a hijo y para el tratamiento de su propia salud; el 37% para la prevención de la infección primaria por VIH; el 12% para la terapia antirretroviral en la infancia; y el 8% para la planificación de la familia²⁰. Varios países –entre ellos Botswana, Namibia y Sudáfrica– están haciendo considerables inversiones en la esfera nacional para el logro de las metas del Plan Mundial. Los principales donantes internacionales a este esfuerzo son el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y el paludismo y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR).

GRÁFICO 1.2

Número estimado de nuevas infecciones por VIH en los niños (con edades de 0 a 14 años): Tendencias y proyecciones mundiales, 2001–2015



Mientras que la cobertura mundial de la terapia ARV para evitar la transmisión de madre a hijo en los países de bajos y medianos ingresos alcanzó el 62% en 2012, se produjeron variaciones considerables entre las diversas regiones (véase el gráfico 1.3). En África oriental y meridional, donde es mayor la carga del VIH, tres cuartas partes de las mujeres embarazadas tienen acceso (66%–85%). En Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), se registra una cobertura muy elevada (más del 95%), al igual que en América Latina y el Caribe (88%; 58%–95%). En todas las demás regiones, las estimaciones de la cobertura están por debajo de la mitad²¹.

Uno de los objetivos principales del Plan Mundial es proporcionar antirretrovirales al 90% de las mujeres embarazadas que viven con VIH a finales de 2015 en todo el mundo, una meta que ahora está al alcance. En los 22 países prioritarios del Plan Mundial, el 62% de las mujeres embarazadas que viven con VIH recibieron profilaxis antirretroviral en 2012, en comparación con el 57% en 2011 y el 49% en 2010²².

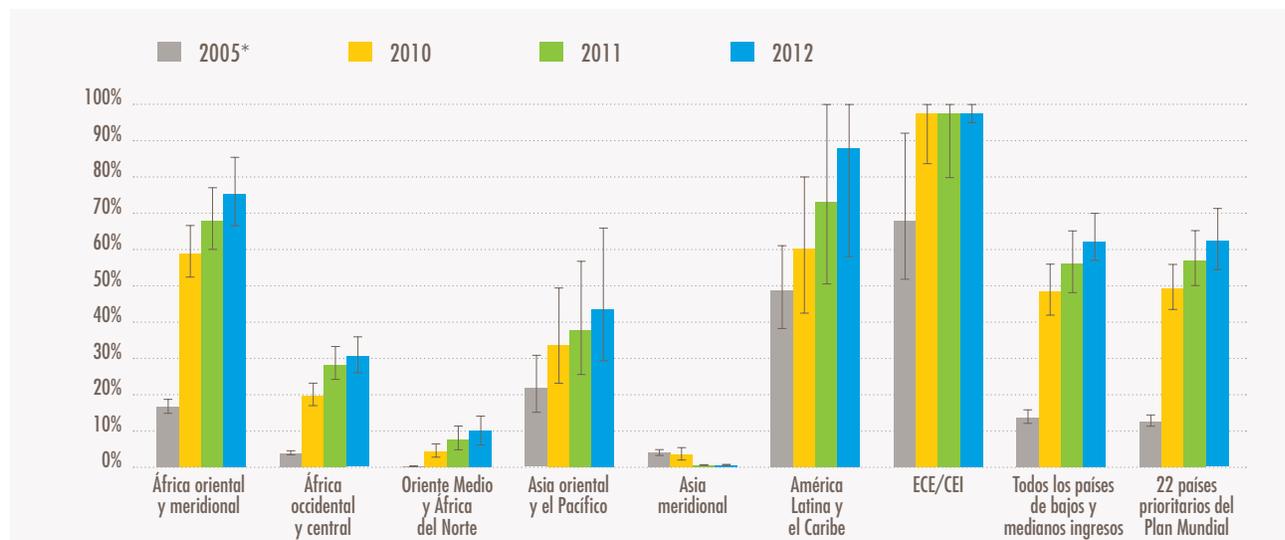
Desde 2009, la mayoría de los países han orientado sus políticas hacia regímenes más eficaces para la prevención de la transmisión de madre a hijo, dejando atrás el uso de una dosis única de nevirapina.

Cuatro países prioritarios del Plan Mundial –Botswana, Ghana, Namibia y Zambia– ya han alcanzado la meta del 90%, mientras que Mozambique, Sudáfrica, Swazilandia y Zimbabwe se encuentran muy cerca. Sin embargo, en cinco países –Kenya, Lesotho, Nigeria, Sudáfrica y Swazilandia– el año pasado se registraron reducciones en la cobertura de la prevención de la transmisión, y en cuatro países –Angola, Chad, Nigeria y la República Democrática del Congo– se informó de que la cobertura nacional de los ARV para evitar la transmisión de madre a hijo había sido de menos de un 20% en 2012²³.

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2013 sobre la terapia antirretroviral recomiendan que se realice la prueba universal del VIH a todas las mujeres embarazadas como parte del conjunto básico de servicios de atención prenatal en todos los entornos. En algunos países con epidemias concentradas

GRÁFICO 1.3

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH y reciben las medicinas antirretrovirales más eficaces para evitar la transmisión a sus hijos, en las regiones de UNICEF, en países de bajos y medianos ingresos y en los 22 países prioritarios del Plan Mundial, 2005–2012



Nota: Las líneas verticales indican las escalas de incertidumbre en torno a las estimaciones. Los valores de cobertura para 2005-2009 no son comparables con los de 2010-2012, ya que se basan en las directrices de tratamiento de la OMS anteriores e incluyen una dosis única nevirapina.

Fuente: ONUSIDA, UNICEF y OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013*, y estimaciones de ONUSIDA para 2012 sobre el VIH y el sida.



o de baja prevalencia, ofrecer pruebas sistemáticas del VIH a todas las mujeres embarazadas podría ser excesivamente caro con respecto al número de casos detectados²⁴. En Viet Nam y otros países con epidemias concentradas, las pruebas del VIH se han incorporado a una lista estándar de pruebas durante el embarazo²⁵. En estos casos resulta fundamental realizar una revisión adecuada y una vinculación con los servicios de seguimiento.

En la India, donde las cifras generales son amplias pero la población de mujeres que viven con el VIH está repartida por todo el país, se recomienda la iniciación y el mantenimiento de la terapia antirretroviral en las mujeres y los niños que viven con el VIH en establecimientos de salud materno-infantil como parte de la atención prenatal²⁶. Camboya también ha demostrado que este enfoque no sólo puede aumentar el acceso al tratamiento en el plano de la atención primaria, sino también ocasionar reducciones de las pérdidas gracias al seguimiento de las mujeres y los niños diagnosticados con el VIH.

El acceso al tratamiento antirretroviral de las mujeres embarazadas para su propia salud ha aumentado, pero es todavía inferior al de otros adultos

El porcentaje de mujeres embarazadas que viven con VIH (con niveles de linfocitos CD4 inferiores a las 350 células por milímetro cúbico) que recibieron tratamiento antirretroviral para su propia salud en 2012 en los países de bajos y medianos ingresos era de solamente el 58%, en comparación con el 64% de todos los adultos (con niveles

de linfocitos CD4 inferiores a las 350 células/mm³) que según las estimaciones habían recibido la ART ese año²⁷.

En 2012, varios países prioritarios del Plan Mundial –entre ellos Botswana, Ghana, Malawi, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zambia– informaron que más del 75% de las mujeres embarazadas que cumplían con los criterios de la OMS de 2010 sobre la terapia antirretroviral la habían recibido, mientras que más del 50% la estaban recibiendo en Kenya, Lesotho, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe²⁸. A medida que aumente el número de países que adoptan el uso de la ART para todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH, de conformidad con las directrices de la OMS de 2013 sobre ARV²⁹, se espera que esta tendencia de la cobertura de la ART continúe al alza.

Aumentar el impacto: las nuevas infecciones entre los niños están descendiendo

Como resultado de los recientes avances en la eliminación de la transmisión de madre a hijo, ha descendido el número de niños que contraen el VIH. En los países de bajos y medianos ingresos se produjeron en 2012 alrededor de 260.000 nuevas infecciones entre los niños³⁰, pero entre 2005 y 2012 se evitaron en esos mismos países más de 850.000 infecciones por VIH entre los niños³¹.

La mayor parte de las nuevas infecciones por VIH entre los niños de 0 a 14 años se produjeron en África oriental y meridional (130.000) y África occidental y central (98.000), seguidas muy atrás por Asia meridional (15.000) y Asia oriental y el Pacífico (7.900), y luego

GRÁFICO 1.4

Progresos de los países en la reducción de las nuevas infecciones entre los niños de 0 a 14 años en los 21 países prioritarios del Plan Mundial en África, 2009–2012

RÁPIDA REDUCCIÓN (50% O MÁS)	REDUCCIÓN MODERADA (30%–49%)	REDUCCIÓN LENTA (MENOS DE UN 30%)
Ghana (76%)	República Unida de Tanzania (49%)	Camerún (29%)
Namibia (58%)	Sudáfrica (46%)	Côte d'Ivoire (27%)
Zimbabwe (55%)	Mozambique (45%)	Lesotho (17%)
Malawi (52%)	Uganda (45%)	República Democrática del Congo (15%)
Botswana (52%)	Kenya (44%)	Nigeria (10%)
Zambia (50%)	Swazilandia (38%)	Chad (9%)
Etiopía (50%)	Burundi (31%)	Angola (aumento del 9%)

Fuente: Actualización de UNICEF de una tabla publicada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida en *Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, p. 9.

por el resto de las regiones, donde se registraron menos de 3.000 nuevas infecciones en cada uno de ellas en 2012³².

En los 22 países prioritarios del Plan Mundial, las tasas globales de la transmisión de madre a hijo han disminuido de alrededor del 26% en 2009 al 17% en 2012. El número de niños menores de 15 años que se infectaron en esos países se redujo en un 36%, pasando de 360.000 en 2009 a 230.000 en 2012. En ese período, siete países redujeron a la mitad las nuevas infecciones por VIH entre los niños (véase el gráfico 1.4³³).

La tasa de transmisión del VIH de madre a hijo ha ido mejorando de manera constante en la mayoría de las regiones.

Sin embargo, aún queda mucho por hacer. La región de ECE/CEI registra la tasa de transmisión más favorable (6%), seguida de América Latina y el Caribe (10%) y África oriental y meridional (13%). Todas las demás regiones han comunicado tasas preocupantes de transmisión por encima del 20% (Asia oriental y el Pacífico, 22%; África occidental y central, 28%; Oriente Medio y África del Norte, 34%; Asia meridional, 38%³⁴).

RECUADRO

Convalidación de los países que logran la eliminación de la transmisión de madre a hijo

Los países situados fuera del ámbito del Plan Mundial están también logrando progresos hacia la eliminación de la transmisión de madre a hijo. Por ejemplo, Cuba y Panamá³⁵, Tailandia³⁶ y diversos países de Europa Oriental, entre ellos Armenia, Belarús, Georgia, Kazajistán y la República de Moldova³⁷, informaron que se estaban acercando a tasas de transmisión del 2%. Las iniciativas regionales están sirviendo de impulso: por ejemplo, en 2011 se estableció el Plan de Acción Europeo para el VIH/sida de 2012–2015³⁸, y en Asia oriental y el Pacífico y en América Latina y el Caribe hay en marcha iniciativas para la eliminación de las infecciones pediátricas del VIH y la sífilis congénita³⁹. Como reconocimiento a esta tendencia, la OMS ha establecido criterios y procesos para convalidar los informes de los países sobre la eliminación de nuevas infecciones por VIH entre los niños. Los países realizarán una solicitud a la OMS, y el proceso de convalidación recibirá apoyo de los organismos regionales y nacionales establecidos para este propósito. Estos criterios y procesos se han establecido para validar la eliminación tanto del VIH como de la sífilis congénita⁴⁰.

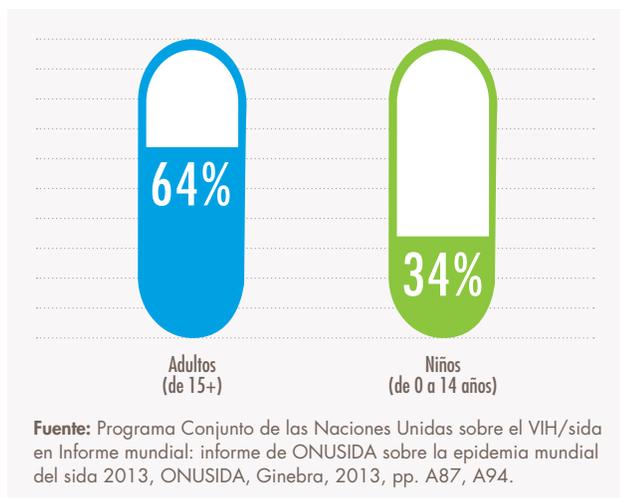
Hay más niños con acceso a la ART, pero el progreso para los niños es más lento que el progreso para los adultos

A falta de pruebas del VIH y del inicio de una terapia antirretroviral oportuna, una tercera parte de los niños que viven con VIH mueren antes de cumplir un año, y la mitad de ellos mueren antes de los dos años⁴¹. A escala mundial, el ritmo de ampliación de la terapia antirretroviral para los niños menores de 15 años es la mitad del de los adultos. Para los niños, el aumento en el acceso a la ART desde 2011 a 2012 fue de un 14%, en comparación con un aumento del 20% entre los adultos en el mismo periodo⁴². En los países de bajos y medianos ingresos, la cobertura general de la ART para los niños menores de 15 años ha rondado en torno a la mitad de la de los adultos de manera constante –un 34% en comparación con el 64% para los adultos en 2012 (véase el gráfico 1.5⁴³).

La región de ECE/CEI registra la mayor cobertura de la ART para los niños menores de 15 años: un 85% (80%–89%), seguida por América Latina y el Caribe con un 67% (50%–83%). En Asia oriental y el Pacífico se registró un 53% de cobertura (41%–72%), mientras que en Asia meridional se informó de una cobertura del 39% (30%–49%). La región con mayores necesidades, África

GRÁFICO 1.5

Porcentaje de adultos (de 15+) y niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH y recibían terapia antirretroviral en los países de bajos y medianos ingresos, 2012



oriental y meridional, registró una cobertura del 40% (35%–46%). La cobertura más baja se registró en África occidental y central, un 15% (13%–18%), y en Oriente Medio y África del Norte, un 7% (4%–10%⁴⁴).

La cobertura de la ART para los niños menores de 15 años en los 22 países prioritarios del Plan Mundial se incrementó de un 29% (500.000 niños) en 2011 a un 34% (560.000 niños) en 2012, pero el ritmo de la ampliación en los países de bajos y medianos ingresos va a la zaga del de los adultos⁴⁵. Cuatro de los países prioritarios del Plan Mundial registraron una cobertura de la ART mayor del 50% entre los niños elegibles – Botswana (>95%), Namibia (88%), Sudáfrica (63%) y Swazilandia (54%)– y la cobertura se ha duplicado en otros nueve países durante los últimos tres años⁴⁶. Otros países prioritarios tienen una cobertura muy reducida, y como promedio 1 de cada 3 niños que cumplen las condiciones tienen acceso a la ART en los 22 países prioritarios (véase el gráfico 1.6). Será necesario por tanto realizar grandes esfuerzos para alcanzar el objetivo mundial de proporcionar terapia antirretroviral a todos los niños elegibles para 2015.

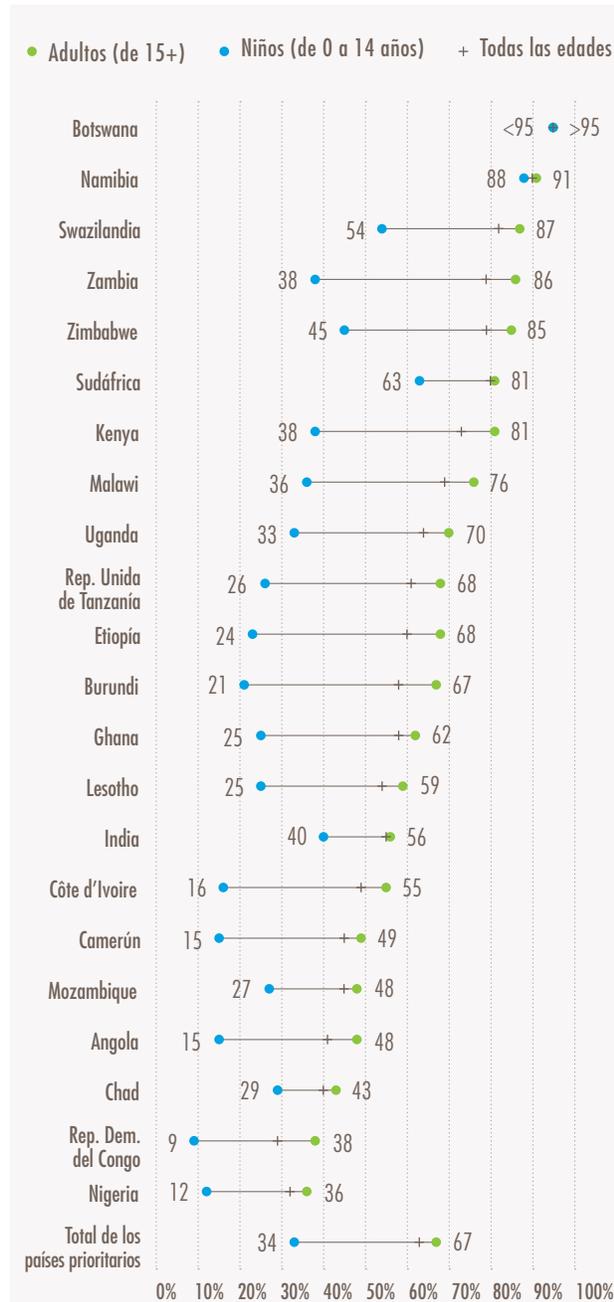
Proporcionar la ART pediátrica presenta una serie de desafíos únicos y complejos. Entre ellos se encuentran la escasa disponibilidad de combinaciones en dosis fijas, las dificultades en la ingestión de las formulaciones de medicamentos pediátricos que se recomiendan actualmente para los lactantes, y la necesidad de utilizar pruebas virológicas para determinar la infección por VIH en los niños menores de 18 meses. Sin embargo, se espera que nuevos fármacos como los *sprinkles* granulares y nuevas tecnologías para la realización de pruebas virológicas en el punto de atención contribuyan a superar los desafíos y faciliten una mejor absorción y cumplimiento del tratamiento.

El diagnóstico oportuno del VIH entre las mujeres embarazadas y los niños es fundamental, pero hay grandes variaciones en la cobertura de las pruebas y los vínculos con el tratamiento y el cuidado son todavía inadecuados

A un porcentaje importante de las mujeres embarazadas y los niños que viven con VIH no se les diagnostica o, si se les diagnostica, no se les inscribe adecuadamente en los servicios de atención.

GRÁFICO 1.6

Porcentaje de cobertura de la ART entre los adultos elegibles (de 15+), los niños (de 0 a 14 años) y todas las edades en los 22 países prioritarios del Plan Mundial, 2012



Nota: Algunas cifras no suman las cantidades señaladas debido al redondeo. La estimación de la cobertura se basa en el número estimado de niños sin redondear que reciben ART y son elegibles.

Fuente: ONUSIDA, UNICEF y OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013*.

Se estima que el 40% de las mujeres embarazadas en los países de bajos y medianos ingresos recibieron asesoramiento y pruebas del VIH en 2012, en comparación con un 26% en 2009⁴⁷. La cobertura varía ampliamente según el país y la región.

En cuatro de los 22 países prioritarios del Plan Mundial (Botswana, Mozambique, Sudáfrica y Zambia) la cobertura de las pruebas a las mujeres embarazadas superó el 95% en 2012, pero la cobertura fue inferior al 25% en otros tres países (Chad, República Democrática del Congo y Nigeria⁴⁸).

El diagnóstico en la primera infancia sigue siendo bajo

La OMS recomienda que los lactantes expuestos al VIH sean sometidos a una prueba a las 4 a 6 semanas de vida, utilizando una prueba virológica⁴⁹. La ART debe iniciarse tan pronto como se halla diagnosticado al niño con el VIH, independientemente de su estado clínico y de su sistema inmunológico. Algunos países están considerando la idea de aplicar la prueba incluso antes, al nacer, especialmente en el caso de los niños nacidos de madres que no han recibido servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo.

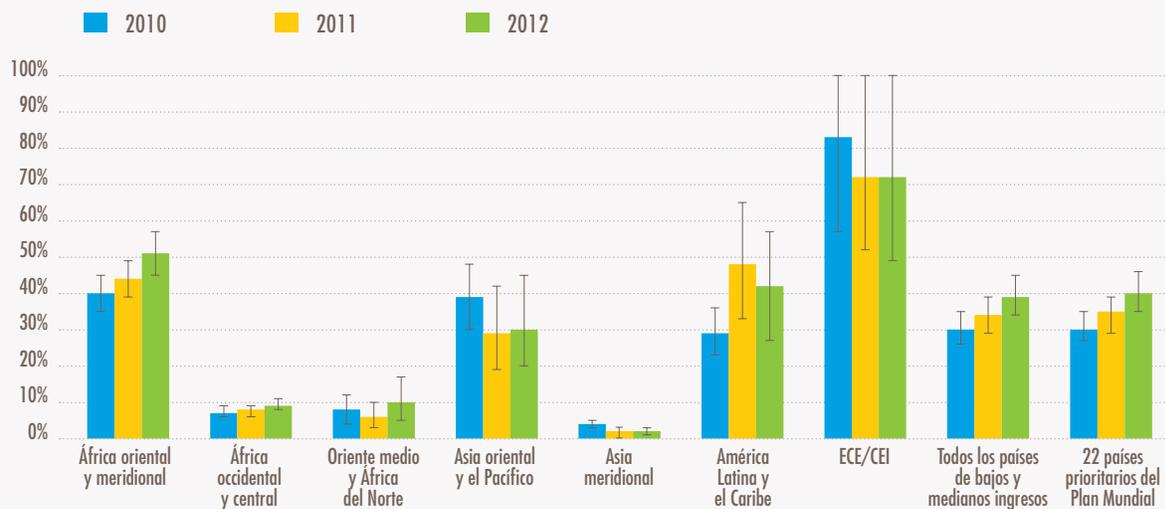
Si bien el diagnóstico infantil temprano se está ampliando en muchos países, las tasas generales de cobertura con las pruebas entre los lactantes siguen siendo reducidas. Se calcula que solamente el 39% de los niños de los países de bajos y medianos ingresos tuvieron acceso en 2012 a las pruebas recomendadas del VIH a los dos meses de nacer (véase el gráfico 1.7⁵⁰).

En la región de ECE/CEI se registró la mayor cobertura de diagnóstico infantil temprano de todas las regiones que presentaron datos, un 72% (aunque la escala de incertidumbre en torno a las estimaciones es muy amplia: desde un 49% hasta más de un 95%), seguida de África oriental y meridional, con un 51% (45%–57%), América Latina y el Caribe, con un 42% (27%–57% y Asia oriental y el Pacífico, con un 30% (20%–45%). En África occidental y central, el diagnóstico infantil temprano es de un 9% (8%–11%). La cobertura en Asia meridional se sitúa en sólo un 2% (1%–3%⁵¹).

Entre los 22 países prioritarios del Plan Mundial, solamente dos proporcionaron diagnóstico infantil

GRÁFICO 1.7

Porcentaje estimado de recién nacidos cuyas madres viven con el VIH que recibieron una prueba virológica a los 2 meses de edad, por región de UNICEF, en países de bajos y medianos ingresos y los 22 países prioritarios del Plan Mundial, 2010–2012



Nota: Las líneas verticales indican la incertidumbre de las escalas en torno a las estimaciones.

Fuente: ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013*, y estimaciones de 2012 sobre el VIH sida de ONUSIDA.

INICIATIVAS

El diagnóstico presuntivo en Lesotho

Allí donde no hay un sólido sistema de diagnóstico temprano del lactante, las enfermedades graves pueden empeorar rápidamente en los niños con VIH. El diagnóstico presuntivo permite a los trabajadores de salud ofrecer tratamiento antirretroviral inmediato a los bebés que presenten signos de enfermedades relacionadas con el VIH. En algunas zonas de Lesotho, por ejemplo, las dificultades del terreno suponen largas esperas para entregar los resultados de la prueba del VIH, y también presentan dificultades para almacenar los kits de prueba. La entrega de los resultados de las pruebas del VIH para niños puede tardar de 6 a 12 semanas, lo que retrasa el inicio del tratamiento vital para los lactantes que lo necesiten. El diagnóstico presuntivo elimina esta espera al depender de evaluaciones inmediatas, en lugar de los resultados de las pruebas de laboratorio, como la base para el inicio de la terapia antirretroviral.

En 2010, la Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF) apoyó al Ministerio de Salud de Lesotho en la capacitación en diagnóstico presuntivo a los agentes de salud de tres hospitales. Entre enero de 2010 y diciembre de 2011, los agentes especialmente capacitados diagnosticaron a 48 lactantes con graves enfermedades relacionadas con el VIH e iniciaron oportunamente la ART. De estos 48 niños, 43 fueron sometidos a una prueba para el VIH. Cuando los resultados de las pruebas llegaron, se demostró que 42 de ellos vivían con el VIH, mientras que solamente 1 resultó negativo.

La EGPAF tiene planificado capacitar a más trabajadores de atención de la salud en los criterios de diagnóstico presuntivo de la OMS. Se ha realizado una recomendación para ampliar la escala en Lesotho, mientras que también se están intensificando los esfuerzos para mejorar los sistemas habituales de diagnóstico infantil temprano.



temprano a más del 80% de los niños que lo necesitaban en 2012: Sudáfrica (85%) y Swazilandia (81%), seguidos por Namibia (74%), Lesotho (69%⁵²) y Zambia (61%). La cobertura del diagnóstico infantil temprano es inferior al 10% en cinco países prioritarios: Angola, Chad, Malawi, Nigeria y la República Democrática del Congo⁵³.

En los países de bajos y medianos ingresos, la gran mayoría de los niños diagnosticados con VIH no comenzaron la terapia antirretroviral a tiempo; en 2012, sólo el 34% de los niños menores de 15 años diagnosticados con el VIH recibieron tratamiento. Como resultado, se estima que 210.000 (190.000–250.000) niños murieron ese año a causa de enfermedades relacionadas con el sida⁵⁴.

Los modelos actuales de prestación de servicios se basan en gran medida en la provisión de tratamiento pediátrico en las clínicas pediátricas o de adultos especializadas en el VIH, aunque para mejorar el acceso debería ser una prioridad la delegación de tareas o el reparto de tareas con trabajadores de salud que no sean médicos, a fin de facilitar la atención en los niveles descentralizados, incluidos los servicios basados en la comunidad⁵⁵.

Debe prestarse especial atención a garantizar que las mujeres tengan acceso a la terapia antirretroviral y sigan recibiendo atención durante el periodo de lactancia

La lactancia materna es fundamental para la supervivencia y el crecimiento de los niños. La OMS recomienda que las madres que viven con VIH y que reciben terapia antirretroviral deberían amamantar exclusivamente a sus hijos durante los primeros seis meses de vida, incorporando después alimentos complementarios

apropiados y lactancia materna hasta que el niño tenga 12 meses. A partir de entonces, la lactancia materna debe terminarse solamente cuando sea posible proporcionar un régimen alimentario, que sea adecuado nutricionalmente y seguro, sin leche materna. A los bebés de las mujeres que están recibiendo terapia antirretroviral y amamantando al mismo tiempo se les debe administrar una dosis diaria de nevirapina como profilaxis infantil de 6 a 12 semanas. Existen alternativas para las mujeres que viven con el VIH y que no están amamantando⁵⁶.

Si bien los datos mundiales sobre la cobertura de ARV durante el periodo de lactancia materna son limitados, se estima que en 2012 casi la mitad de las madres de los 21 países prioritarios del Plan Mundial en África no había recibido terapia antirretroviral durante el periodo de lactancia. Se calcula que aproximadamente la mitad de todas las nuevas infecciones infantiles en África subsahariana se han producido como resultado de ello⁵⁷. Por tanto, en todos los países se debe prestar una especial atención para garantizar el acceso de las madres lactantes a la ART de manera continua.

Las necesidades de prevención primaria para las mujeres y de servicios de planificación de la familia para las mujeres que viven con VIH siguen sin resolverse

La prestación de medicamentos antirretrovirales a las mujeres embarazadas y a las madres que viven con VIH para evitar la transmisión de madre a hijo (identificado en el Plan Mundial como Prong 3 de la prevención de madre a hijo) y de tratamiento a las madres y los niños que viven con VIH para su propia salud (Prong 4) ha sido sustancial. Sin embargo, la prevención entre las mujeres y

RECUADRO

El progreso en la reducción de nuevas infecciones por el VIH entre los niños ha sido más rápido que nunca. Pero para cumplir la meta de 2015, el ritmo de progreso tendrá que acelerarse.

Entre 2005 y 2012 se evitaron **850.000** nuevas infecciones por el VIH en niños (0 a 14 años) en los países de bajos y medianos ingresos.

Se estima que sólo el **39%** de los niños de los países de bajos y medianos ingresos tuvieron acceso en 2012 a las pruebas del VIH a los 2 meses recomendados de nacer.

las niñas en edad de fecundidad (Prong 1) y la reducción de las necesidades insatisfechas de planificación de la familia de las mujeres que viven con VIH (Prong 2) no han sido tan impresionantes. En los países prioritarios del Plan Mundial en África, el número de mujeres que vuelven a infectarse descendió en un 10% entre 2009 y 2012. En Ghana se registró el mayor declive, un 44%, durante el mismo periodo, y en Sudáfrica se registró una reducción del 21%⁵⁸. Esta tendencia subraya la necesidad de innovación en el seguimiento de las mujeres embarazadas cuya prueba dio negativa al VIH en su primera visita prenatal, y la importancia de la prevención primaria en general (fuera de los entornos de atención prenatal) entre las mujeres y las niñas para lograr el objetivo de una generación libre de sida.

La falta de servicios de planificación familiar entre las mujeres que viven con VIH sigue socavando los esfuerzos para eliminar las nuevas infecciones entre los niños⁵⁹. Para las mujeres de los países de bajos y medianos ingresos, la falta de planificación familiar disminuyó sólo ligeramente, de un 15% en 1990 a un 12% en 2010⁶⁰. ONUSIDA informa que en África oriental y África occidental, la falta de servicios de planificación familiar para más del 20% de las mujeres no cambió entre 1990 y 2010⁶¹. Esto significa que más de una de cada cinco mujeres en relaciones estables que expresan el deseo de retrasar o poner fin a la procreación no estaba utilizando anticonceptivos.

Se necesita una renovación de los compromisos y los recursos para la planificación familiar por parte de la comunidad mundial, especialmente por medio de la Iniciativa de Planificación Familiar de 2020⁶². Los servicios de planificación familiar para las mujeres que viven con VIH deben ser voluntarios y no coercitivos. Los

informes sobre la esterilización forzada y otros intentos de impedir por la fuerza que las mujeres que viven con VIH tengan hijos destacan la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos, que incluya la existencia de servicios de planificación familiar⁶³.

NUEVOS PARADIGMAS, OPORTUNIDADES E INNOVACIONES

Las directrices de la OMS sobre la terapia antirretroviral, publicadas en 2013⁶⁴, ofrecen importantes oportunidades para simplificar y además ampliar las intervenciones destinadas a los niños y sus madres. Incluyen recomendaciones en las seis esferas siguientes:

- **Ofrecer ART a todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4**, para proteger su salud, proteger a sus bebés del VIH y proteger a sus compañeros sexuales del VIH. Este enfoque hace hincapié en la importancia de que las mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH comiencen el tratamiento sin demora. También reduce el riesgo de transmisión del VIH durante la lactancia, siempre y cuando las madres continúen la terapia antirretroviral. Simplificar esta terapia para las mujeres embarazadas y lactantes mediante el uso de una combinación estandarizada de tres terapias antirretrovirales, que se administran con una sola pastilla al día en dosis fija, debería también facilitar aún más la descentralización y la integración de servicios del VIH al nivel de la atención primaria, incluidos los servicios de salud de la madre y del niño.

En 2012 se produjeron **260.000** nuevas infecciones por el VIH entre los niños (0 a 14 años) en los países de bajos y medianos ingresos.

Sin tratamiento, **un tercio** de los niños que viven con VIH morirán antes de cumplir un año, y la mitad morirá antes de cumplir dos años.

El **62%** de las mujeres embarazadas que viven con el VIH en los 22 países prioritarios del Plan Mundial recibieron ARV para prevenir la transmisión de madre a hijo en 2012.

Un **34%** de los niños (0 a 14 años) recibieron en 2012 la ART que necesitaban para salvar sus vidas, frente al **64%** de los adultos.

ART de por vida para las mujeres embarazadas: Malawi abre el camino



En 2011, el Gobierno de Malawi fue pionero en ofrecer tratamiento simplificado para toda la vida a las mujeres embarazadas y lactantes (anteriormente conocido como Opción B+) utilizando un “enfoque de prueba y tratamiento” iniciado por el proveedor (y no obligatorio), independientemente del recuento de linfocitos CD4 u otras condiciones previas. También se da prioridad a los niños menores de 5 años, sin condición previa. El tratamiento simplificado, que consiste en una dosis fija de una sola pastilla de un régimen que combina tres medicamentos y se toma una vez al día fue puesto a la disposición de las mujeres embarazadas que viven con el VIH incluso en los establecimientos de atención de la salud del nivel más elemental. El número de mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH y habían iniciado la ART aumentó de 1.257 en el segundo trimestre de 2011, a 10.663 en el tercer trimestre de 2012⁶⁵. Para junio de 2013, 13 de los 22 países prioritarios del Plan Mundial habían adoptado la misma política, proporcionando ART de por vida a todas las mujeres embarazadas y lactantes que vivían con el VIH, y en Lesotho y Uganda (además de Malawi) ya se había comenzado a poner en práctica el enfoque.

En el sitio web del Equipo de tareas interinstitucional para la prevención y el tratamiento de la infección por VIH en las mujeres embarazadas, las madres y los niños, hay más detalles sobre los progresos por país: <www.emtct-iattf.org>.

- **Armonizar los regímenes de medicamentos antirretrovirales para las mujeres embarazadas y lactantes, y otros adultos y adolescentes que viven con VIH:** Las directrices anteriores de la OMS recomiendan distintos regímenes de ARV para PTMH y para el tratamiento de los adultos. Las directrices de la OMS de 2013 sobre los tratamientos antirretrovirales recomiendan el régimen de tres fármacos en una sola pastilla y una dosis fija para todos los adultos y adolescentes como tratamiento de primera línea. Este enfoque simplificará la terapia antirretroviral para el tratamiento y la prevención, y facilitará que las mujeres embarazadas que viven con el VIH continúen con el mismo régimen de medicamentos para su propia salud. La experiencia de Malawi sugiere que el régimen simplificado es más fácil de ingerir y mejora el cumplimiento, a la vez que armoniza los servicios de PTMH y ART y promueve el acceso a estos servicios en los establecimientos de atención primaria⁶⁶.
- **Ampliar la terapia antirretroviral en los centros prenatales y de atención materno infantil:** Las directrices de 2013 de la OMS sobre los tratamientos antirretrovirales⁶⁷ incluyen una recomendación específica de que, en las epidemias generalizadas, se debe iniciar y mantener el ART en las mujeres embarazadas y después del parto, y en los lactantes, en los centros de atención de la salud materno infantil, con un sistema de vinculación y remisión a la atención continua del VIH y la ART si es necesario. Los gobiernos están respondiendo mediante la aplicación de medidas que suponen una delegación de tareas, con el fin de permitir que las parteras y otros cuadros inicien y den seguimiento a la ART⁶⁸.
- **Hacer uso de las nuevas tecnologías para las pruebas infantiles:** Las tecnologías para el diagnóstico están avanzando rápidamente. En los próximos años, las pruebas virológicas en el punto de la atención para el diagnóstico temprano del lactante deben estar disponibles, lo que permitirá a las enfermeras y otros trabajadores de la salud (no médicos) realizar pruebas a los lactantes en los establecimientos de salud del nivel inferior, sin necesidad de enviar muestras a los laboratorios centrales para su análisis. Este importante avance debe facilitar una identificación más oportuna de los lactantes infectados por VIH y promover vínculos más rápidos con los sistemas de tratamiento y atención.
- **Recomendar ART de por vida para todos los niños menores de 5 años, independientemente de los linfocitos CD4:** Los bebés y los niños son vulnerables a una rápida progresión de las enfermedades relacionadas con el VIH. Sin tratamiento, la mitad de los niños nacidos con VIH morirán antes de su segundo

cumpleaños. Con el fin de facilitar un rápido acceso al tratamiento de los niños a quienes se ha diagnosticado la infección por VIH, las directrices de la OMS de 2013 sobre el ARV han recomendado un tratamiento inmediato, sin necesidad de pruebas de los linfocitos CD4, para los niños de hasta 5 años⁶⁹.

- **Abordar las necesidades de los lactantes expuestos al VIH que no están infectados:** Un número cada vez mayor de pruebas empíricas sugieren que todos los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH –tanto si los niños están infectados por el VIH como si no lo están– hacen frente a resultados más deficientes en materia de salud que los niños nacidos de mujeres sin VIH⁷⁰. Estas pruebas ponen de relieve la importancia que tiene identificar de forma temprana quiénes son las mujeres infectadas y vincularlas a la atención y el tratamiento para mujeres embarazadas que viven con VIH. También destaca la necesidad de hacer mayor hincapié en la identificación temprana de los niños expuestos al VIH y la vinculación de estas madres y niños a la atención y el apoyo por medio de una amplia gama de entornos.

ESTRATEGIAS PARA ACELERAR LOS PROGRESOS EN LA PRIMERA DÉCADA DE VIDA

Con el fin de aprovechar los progresos alcanzados en los últimos años y las nuevas oportunidades para abordar la cuestión del VIH entre los niños en la primera década de la infancia, es preciso llevar a cabo las 11 estrategias siguientes:

1. Situar la salud de la mujer en el centro mismo de la respuesta al VIH en la infancia

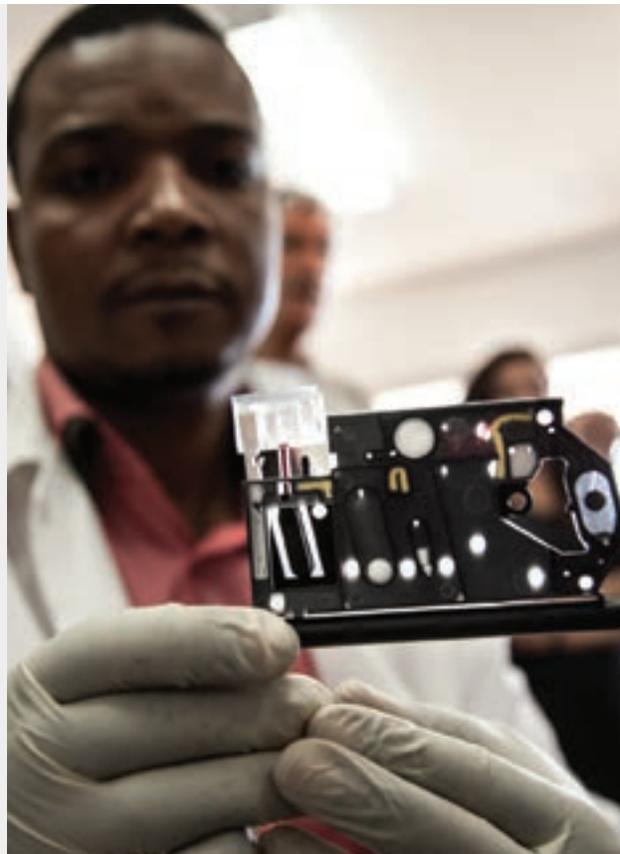
El cambio hacia la prestación de terapia antirretroviral a todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4 (conocidas anteriormente como Opciones B y B+), significa que la distinción que se hacía en el pasado entre el tratamiento antirretroviral como profilaxis para evitar la transmisión del VIH a los niños y el tratamiento antirretroviral para la propia salud de las mujeres embarazadas es cada vez más obsoleta. Las directrices de 2013 de la

INICIATIVAS

Innovación

Una combinación de la tecnología, el tratamiento y las innovaciones de los programas está ampliando el acceso a los servicios de VIH y el aumento en la rapidez en la prestación de servicios, y estas mejoras son a menudo más rentables que antes. Entre ellas cabe destacar:

- La tecnología SMS, que envía los resultados de los textos y recordatorios de los mismos a los pacientes en Malawi y Zambia 📍
- Máquinas en el punto de atención y tecnología de la comunicación en entornos descentralizados, aceleración de los diagnósticos en África oriental y meridional (con el apoyo de UNITAID, la iniciativa de acceso a la salud de Clinton y UNICEF) 📍
- “Telemedicina”, un enfoque descentralizado de la prueba del VIH, el tratamiento y la atención en la India (con el apoyo del Fondo MAC AIDS y UNICEF). 📍





© UNICEF Sudáfrica/2013/Marinovich

OMS sobre ARV⁷¹ y la práctica emergente en los países apoyan firmemente en la actualidad la integración de los programas de PTMH y ART, haciendo hincapié en que los resultados en materia de VIH entre los niños están íntimamente relacionados con la salud de sus madres. Por otra parte, los indicios cada vez mayores de que los resultados en materia de salud son más deficientes para los niños nacidos de madres que viven con VIH, independientemente del estado serológico de los niños, apunta la importancia de un tratamiento temprano para las mujeres que viven con VIH para proteger su propia salud y la de sus bebés. La prestación de tratamiento antirretroviral como profilaxis solamente durante el embarazo y la lactancia para las mujeres que viven con VIH y tienen recuentos de linfocitos CD4 más elevados (el enfoque que antes se conocía como Opción A) ya no está recomendada por la OMS y debería ser eliminada lo más pronto posible.

2. Prevenir la transmisión de madre a hijo entre las mujeres de las poblaciones clave

Fuera de África subsahariana, la mayoría de los casos de transmisión de madre a hijo se producen entre las poblaciones clave, incluidas las mujeres que se inyectan drogas y las compañeras de hombres que se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, las compañeras de hombres que también tienen relaciones sexuales con hombres, y otros grupos marginados, como las mujeres en prisión. Por ejemplo, en Ucrania, donde el consumo de drogas es la causa principal de la epidemia, un estudio realizado en 2010 mostró que las tasas de transmisión de madre a hijo en las mujeres que se inyectaban drogas eran de un 11%, en comparación con un 6% entre las mujeres que no lo hacían⁷². La ampliación de la escala de los programas de reducción de daños y la integración con los servicios de salud sexual y de la reproducción y de salud materno infantil ha dado lugar a un aumento sustancial en la cobertura de las pruebas del VIH y de tratamiento antirretroviral para las mujeres embarazadas que se inyectan

drogas. Para lograr la eliminación de la transmisión de madre a hijo en esta población, donde quiera que vivan, se necesitan medidas adicionales a fin de garantizar el acceso temprano a los servicios que puedan abordar tanto la dependencia de las drogas como las cuestiones relacionadas con el VIH, incluido el suministro de tratamientos de sustitución con medicación asistida para las mujeres con dependencia a las drogas opiáceas⁷³.

Las mujeres representan del 5% al 10% de los 30 millones de personas que todos los años se encuentran en prisión, pero esta proporción está aumentando y las mujeres que están en la cárcel corren un mayor riesgo de contraer el VIH que sus contrapartes masculinos⁷⁴. Las mujeres pueden estar embarazadas, dar a luz y amamantar mientras se encuentran en prisión o en otros entornos cerrados. El aislamiento de los servicios de salud de las prisiones con respecto a los servicios generales de salud, y las condiciones y servicios de calidad inferior, incluidos los servicios del VIH y de la salud de la reproducción, hacen que el acceso a la PTMH pueda ser limitado. Para los países que incluyen poblaciones en entornos cerrados, debe ser una prioridad prevenir la transmisión del VIH por medio de servicios amplios que equivalgan a los de la comunidad en general.

3. Integrar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis como un componente esencial del conjunto de atención para prevenir la transmisión de madre a hijo en los entornos con alta prevalencia de tuberculosis

La presencia de tuberculosis activa (TB) se ha diagnosticado a una tasa 10 veces más elevada entre las mujeres embarazadas que viven con VIH que en el caso de las mujeres sin infección por VIH⁷⁵. También hay cada vez mayores pruebas que indican que la TB no tratada en las mujeres embarazadas que viven con el VIH se relaciona con un mayor riesgo de malos resultados obstétricos y perinatales, incluido el fallecimiento de la madre y el lactante. La TB en las mujeres embarazadas que viven con VIH se asocia también a una duplicación del riesgo de transmisión del VIH al niño no nacido⁷⁶. Por tanto, es fundamental que las actividades conjuntas para eliminar la TB y el VIH se incorporen como parte del conjunto de la atención en las etapas de la atención durante el embarazo y la atención neonatal, así como la atención posparto y posnatal, especialmente en entornos con una alta carga de VIH y TB. La inclusión de

la revisión sistemática de los síntomas de TB, tal como lo recomienda la OMS, ayudará a garantizar un diagnóstico y tratamiento precoces de la TB y permitirá identificar también a las mujeres que no tienen TB activa y son elegibles para recibir terapia preventiva con isoniazida⁷⁷. Si no es posible integrar plenamente servicios y diagnóstico de la TB en los servicios de salud de la madre, del recién nacido y el niño, es necesario establecer mecanismos centrados en el paciente de remisión a los servicios de TB.

4. Acelerar la introducción de nuevas tecnologías para el diagnóstico y los medicamentos

La aplicación de las directrices de la OMS de 2013 sobre ARV⁷⁸ debe ser una prioridad para los países a fin de agilizar la programación para la PTMH y las ART, y simplificar la distribución y adquisición de los ARV.

Es probable que las formulaciones antirretrovirales mejoradas para los niños menores de 3 años, como los *sprinkles*, estén disponibles en un futuro próximo, y su distribución tendrá que ampliarse para contribuir a superar las limitaciones actuales en el tratamiento pediátrico del VIH. También es preciso realizar más esfuerzos para elaborar regímenes de terapia antirretroviral que se puedan armonizar para el uso con lactantes y niños de mayor edad, así como con adolescentes y adultos, tales como las combinaciones dispersables de dosis fija.

Hay que considerar también como una alta prioridad la introducción de nuevas tecnologías que faciliten la realización de pruebas virológicas en el punto de atención para un diagnóstico temprano del lactante. Las innovaciones en el uso de la tecnología de telefonía móvil están aumentando la eficiencia, al ofrecer recordatorios de

citas e información sobre la salud, y reducir el tiempo de entrega de los resultados de laboratorio.

5. Descentralizar e integrar los servicios de VIH enfocados hacia la familia, incluyendo la delegación de tareas

En muchos países, los servicios de ART se dispensan en lugares separados de donde se prestan servicios para la salud de la madre y el hijo, la planificación familiar y la salud sexual y de la reproducción. Una mejora en la integración de estos servicios, sobre todo mediante la descentralización de la prueba del VIH, el tratamiento y la atención en favor del nivel de atención primaria, es esencial para fortalecer la continuidad de la atención del VIH para mujeres y niños.

La OMS recomienda la delegación de tareas como una herramienta esencial para facilitar la descentralización del tratamiento y la atención, y se pueden lograr resultados clínicos comparables cuando se proporciona una capacitación y supervisión adecuadas a los proveedores de atención de la salud no médicos. La delegación y el reparto de tareas son estrategias importantes para optimizar la capacidad de recursos humanos en entornos donde los sistemas de salud son deficientes⁷⁹.

En particular, el inicio y el mantenimiento de los ARV entre las mujeres y los niños que viven con VIH en entornos de salud materno infantil debería contribuir a aumentar el acceso al tratamiento en el nivel de la atención primaria, y a reducir las pérdidas en el seguimiento de las mujeres y los niños diagnosticados con el VIH en estos entornos⁸⁰.

La integración por medio de canales no tradicionales, tales como el sector del empleo, ofrece cada vez

La integración de PTMH con los servicios de salud materno infantil



En Rwanda, la integración del programa nacional de PTMH en los servicios de salud materno infantil existentes en el país ha ayudado a asegurar que prácticamente todas las mujeres reciban sus resultados de la prueba y a que se haya duplicado el número de lactantes expuestos al VIH que recibieron profilaxis con ARV. Los estudios realizados en algunas zonas muestran que esta cifra se incrementó del 47% en 2007 al 96% en 2011. La participación masculina también aumentó⁸².

En Sudáfrica, donde la prueba del VIH se vinculó a un programa de inmunización, las madres que participaron en el programa informaron que no les importaba que realizaran pruebas a sus lactantes en las clínicas de inmunización, y la mayoría se lo recomendaría a otras madres⁸³.



más oportunidades para llegar a más mujeres por medio de su participación en la fuerza laboral. Con el respaldo más amplio de la Convención No. 183 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la protección de la maternidad, 57 países disponen de políticas nacionales sobre el VIH en el lugar de trabajo que ofrecen una plataforma potencial para facilitar la PTMH y otros servicios relacionados con el VIH⁸¹.

6. Alinear la programación para todos los niños expuestos al VIH con otros esfuerzos más generales dirigidos a promover la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño

Se han logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad materna e infantil en los últimos 20 años: entre 1990 y 2010, la mortalidad materna en África subsahariana se redujo en un 41%⁸⁴, y entre 1990 y 2012, la mortalidad de menores de 5 años se redujo en un 47%⁸⁵. El informe *Cuenta regresiva 2015: rendición de cuentas para la supervivencia de las madres, de los recién nacidos y de los niños*, presentado en 2013, reconoció que para lograr progresos en la mortalidad materna es preciso tener en cuenta el VIH⁸⁶. La campaña mundial en marcha para acelerar y mejorar la supervivencia de las madres y los niños –por medio de programas sistemáticos de vacunación infantil e iniciativas como “El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada”– ofrecen oportunidades para crear nuevos puntos de entrada para las pruebas del VIH y una mejora de la atención para los niños con VIH, o libres del virus,

nacidos de madres que viven con el VIH, especialmente en entornos de alta carga de VIH.

Las deficiencias en los sistemas y servicios pueden significar que, incluso cuando está claro cuál es el rumbo eficaz que se debe tomar, puede que la intervención no llegue al niño a tiempo. La investigación ha demostrado que la mortalidad en los niños diagnosticados con VIH se puede reducir en un 67% con un régimen profiláctico de cotrimoxazol –un antibiótico– y, sin embargo, la cobertura en los países de bajos y medianos ingresos es baja (44%⁸⁷). En África oriental y meridional se informó de una cobertura de un 56%, y en ECE/CEL se registró un 69% en 2012; sin embargo, todas las demás regiones informan de una cobertura muy baja (3–43%⁸⁸). Una mejor integración y descentralización de estas intervenciones simples como parte de una gestión más amplia de las enfermedades infantiles pueden mejorar considerablemente los resultados en materia de salud infantil⁸⁹.

Las pruebas del VIH iniciadas por el proveedor deben estar también más ampliamente disponibles en otros servicios para los niños, tales como la inmunización sistemática y los programas de salud o de nutrición en la primera infancia, así como en los servicios para lactantes basados en la comunidad y en los establecimientos de salud. Estos servicios pueden desempeñar un papel especialmente importante en la identificación de los niños cuyas madres no acceden a los servicios de atención prenatal y de PTMH durante el embarazo.

7. Fortalecer los vínculos entre la programación para el VIH y los sistemas nacionales de bienestar social y apoyo basado en la comunidad

El VIH tiene amplias consecuencias sociales y económicas para los niños y sus familias, pero los huérfanos y los niños vulnerables, incluidos los que viven en familias afectadas por el VIH, no suelen recibir ningún tipo de apoyo⁹⁰. Mitigar las repercusiones que tiene el VIH sobre los aproximadamente 17,8 millones (16,1 millones–21,6 millones) de niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida en el mundo⁹¹ –un 85% de los cuales vive en África subsahariana⁹²– es una tarea especialmente formidable.

Si bien un apoyo social integral para los niños y las familias afectadas por el VIH es un elemento esencial de la respuesta al virus, suele ser una idea que se adopta en el último momento en muchos programas específicos del VIH.

Es necesario establecer vínculos más estrechos entre los programas de VIH y los esfuerzos nacionales de protección social más generalizados, así como los servicios basados en la comunidad, para garantizar que haya más niños y familias que reciben el apoyo que necesitan. Este tipo de programas de protección social, especialmente las transferencias de efectivo, parecen aumentar rápidamente, y algunas estimaciones sugieren que se han duplicado en África (de 120 programas ejecutados entre 2000 y 2009 a cerca de 245 programas en 2012), donde se estima que unos 10.000 millones de dólares han apoyado los programas de transferencias de efectivo sólo en 2012⁹³.

La protección social ya ha demostrado sus repercusiones no sólo en el apoyo a los niños y las familias que ya están afectados por el VIH, sino también en la prevención del virus y la mejora en los resultados de tratamiento y atención⁹⁴. Existe ahora la oportunidad de adaptar estos programas para incluir a las poblaciones afectadas por el VIH, ampliar el apoyo que ofrecen para incluir el transporte las clínicas, el apoyo nutricional, las transferencias de efectivo a los hogares pobres, el apoyo psicosocial y los servicios de cuidados paliativos.

En Zambia, la inclusión del desarrollo en la primera infancia en el Plan Sectorial de Educación (2012–2015) trata de ampliar el acceso a la educación y de mejorar la calidad y equidad en la enseñanza, especialmente para los huérfanos y los niños vulnerables y afectados por el VIH y el sida⁹⁵.

En la India se han puesto en marcha mecanismos para reducir los gastos de bolsillo de las personas afectadas por el VIH y apoyar el acceso a la atención primaria de la salud, mediante los centros de llamadas de coordinación de transporte gratuito y de bajo costo, entre otras medidas⁹⁶.

Los servicios comunitarios y religiosos tienen una larga tradición a la hora de proporcionar servicios (de salud, sociales y económicos) en las zonas rurales y remotas. En Malawi, por ejemplo, la gestión de casos realizada por mediadores comunitarios ha traído consigo una mejora de la retención en la atención y una mayor utilización de los servicios de atención prenatal y postnatal para las madres y los bebés. Si bien en muchos lugares no se han ampliado estos enfoques⁹⁷, cada vez se reconoce más su valor, especialmente en las zonas rurales. Sin embargo, la excesiva dependencia en los voluntarios no puede compensar adecuadamente la falta de infraestructura y la escasez de servicios gubernamentales. Establecer sistemas comunitarios efectivos y sostenibles requiere recursos humanos y financieros, y la colaboración

entre los miembros de la comunidad y los sistemas de salud, bienestar social, protección de la infancia, y las entidades jurídicas y políticas.

8. Reforzar los esfuerzos y mensajes sobre una lactancia materna sin riesgos

Las directrices de 2013 de la OMS sobre los ARV destacan que el riesgo de transmisión postnatal del VIH a través de la lactancia materna se reducirá al mínimo a medida que los países realicen una transición hacia la prestación de ART a todas las mujeres embarazadas que viven con el VIH, siempre que continúen el tratamiento sin interrumpirlo. Las mujeres que están amamantando deben hacerlo de manera exclusiva, es decir, dar a sus bebés leche materna únicamente, sin ningún otro tipo de alimentos o líquidos, hasta los seis meses⁹⁸. Para ello, es preciso ofrecer apoyo a las mujeres, y estos mensajes deben ser reforzados en toda programación sobre la lactancia materna.

9. Fortalecer la prevención primaria del VIH y los servicios de planificación de la familia

Toda infección por VIH en un niño representa también un fracaso en la prevención primaria del VIH para las mujeres y las niñas. Las mujeres embarazadas pueden correr un mayor riesgo de adquirir y transmitir el VIH, y las tasas de seroconversión (el desarrollo de anticuerpos) durante el embarazo pueden ser considerables, especialmente en entornos de alta prevalencia del VIH. Es necesario reforzar los programas integrales de



© UNICEF/NHIG/2011:1692/Piozzi



prevención del VIH para las mujeres y las niñas, incluidas las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal.

El objetivo de reducir a la mitad las nuevas infecciones por VIH entre las mujeres en edad de reproducción es esencial para el objetivo general de eliminar las nuevas infecciones por VIH en la infancia hacia 2015, y para mantener a sus madres con vida.

Se estima que si se abordara la necesidad no satisfecha de planificación familiar entre las mujeres que viven con VIH en los 22 países con la mayor carga del VIH, en 2015 habría 61.000 niños menos con VIH⁹⁹. Es preciso ampliar más la disponibilidad de una planificación de la familia basada en los derechos y no coercitiva para

las mujeres que viven con VIH, especialmente por medio de determinados puntos de entrada que no se utilizan suficientemente, como los servicios de salud materno-infantil y los servicios de salud sexual y de la reproducción, además de los servicios de atención primaria de la salud.

10. Abordar el estigma y la discriminación por medio, por ejemplo, de una firme participación de la comunidad

Las mujeres que viven con el VIH pueden tener que hacer frente a una compleja combinación de estigma e inequidad basada en el género, incluidas las actitudes críticas de los proveedores de atención de la salud. Los desafíos pueden ser aún mayores para las mujeres

RECUADRO

Prevención integral del VIH y planificación familiar para las mujeres y las niñas

Se ha estimado que la prestación integral de la PTMH podría evitar en 2015 casi el 80% de las infecciones infantiles por VIH en 25 países con una alta carga del VIH¹⁰⁰. Una prestación efectiva de ARV a las mujeres embarazadas que viven con VIH podría llegar a evitar el 60% de las infecciones entre sus hijos. Reducir las nuevas infecciones por VIH en mujeres en edad de reproducción y responder a las necesidades insatisfechas de planificación familiar representaría el 13%, mientras que otro 6% correspondería a la limitación de la duración de la lactancia materna a 12 meses¹⁰¹.

La realización de pruebas y la orientación a las parejas es también una importante intervención para fortalecer la prevención del VIH, que incluiría poner la ART a disposición de las parejas serodiscordantes (en las cuales un miembro es seropositivo y el otro no lo es). En 2013, la OMS recomendó ofrecer ART a todas las personas que viven con VIH en relaciones serodiscordantes. Los estudios sugieren que la existencia de pruebas del VIH y de asesoramiento para ambos miembros de una pareja podría dar como resultado la reducción de nuevas infecciones en estas parejas¹⁰². En algunos lugares de Rwanda, las tasas de las pruebas del VIH de las parejas masculinas durante la atención prenatal se encuentra ahora en niveles superiores al 80%¹⁰³.

jóvenes, las mujeres con discapacidad, las madres o mujeres embarazadas que se inyectan drogas, y las mujeres que se encuentran presas acompañadas de sus hijos. Además del desafío de la discriminación por parte de los proveedores de servicios, estas mujeres pueden tener también temores con respecto a la custodia del niño. El miedo a revelar su propio estado puede inhibir a las madres a la hora de inscribir a sus hijos en los programas de tratamiento del VIH, sobre todo cuando existe la obligación de consultar a los demás miembros de la familia acerca de las decisiones sobre la atención de la salud¹⁰⁴.

La participación comunitaria es un enfoque fundamental para abordar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH cuando se proporciona apoyo a los niños y familias que viven con el VIH. Un análisis realizado en ocho países encontró que en casi todos los entornos, la promoción impulsada por la comunidad ayuda a identificar y dar a conocer los obstáculos en el acceso al tratamiento contra el VIH, a dar a conocer el estigma y la discriminación, y a promover los derechos humanos y los cambios en las leyes y prácticas que obstruyen y discriminan¹⁰⁵. Una capacidad de liderazgo a todos los niveles es esencial para promover la reforma de la ley y poner en práctica políticas de apoyo que contribuyan a un entorno propicio para la respuesta al VIH entre las mujeres y los niños.

11. Ampliar la base de conocimientos por medio de la investigación, el seguimiento y la evaluación

A medida que se amplíen los nuevos enfoques que se han descrito en esta sección, es esencial disponer de una investigación operativa para orientar la implementación, especialmente para identificar las mejores prácticas en la prestación de intervenciones sobre el VIH dirigidas a las mujeres y a los niños en los entornos de atención primaria y basados en la comunidad, y para optimizar las sinergias entre la programación sobre el VIH y los esfuerzos de protección social y protección de la infancia. Una prioridad importante debería ser responder a las preguntas relativas a las tasas mundiales de transmisión y las repercusiones de la programación relacionada con el VIH sobre la morbilidad y mortalidad materna e infantil, junto con la continua investigación acerca de la seguridad de la terapia antirretroviral de por vida para las mujeres embarazadas y lactantes. La investigación clínica también puede llevar a la ampliación de la gama

de intervenciones disponibles para las mujeres y los niños, incluida la mejora de las opciones de tratamiento pediátrico, los microbicidas y las vacunas.

Fortalecer la supervisión y evaluación exigirá una planificación basada en los datos y en el análisis de los resultados, teniendo siempre en cuenta la equidad. El apoyo conjunto de diversos aliados no solamente es deseable, sino un requisito previo para el logro de resultados que se combinen para servir a los más desfavorecidos y excluidos. Un seguimiento y evaluación más eficaces de los programas en el ámbito de la atención primaria de la salud ayudará también a los encargados de tomar decisiones a escala local a mejorar el desempeño del programa. Por ejemplo, en cada uno de los 22 países prioritarios del Plan Mundial se llevaron a cabo análisis de los cuellos de botella para determinar puntos de entrada específicos que contribuyeran a las mejoras, y para servir de base a los planes presupuestados de EMTCT para cada país. Este es un buen ejemplo de cómo las alianzas y los instrumentos adaptados pueden agregar valor y acelerar el ritmo del progreso.



© UNICEF/NYHQ2011-0268/Nesbitt

CAPÍTULO 2

RESPONDER AL VIH EN LA SEGUNDA DÉCADA DE LA VIDA

Las nuevas infecciones entre los adolescentes se podrían reducir a la mitad en 2020 ampliando la escala de las intervenciones de alto impacto y trabajando a nivel intersectorial.





LA SEGUNDA DÉCADA: TRANSICIÓN Y VULNERABILIDAD

Un buen comienzo en la vida tiene una influencia clara en el desarrollo posterior. Y la adolescencia ofrece una oportunidad para reforzar las bases de la salud, la nutrición y la educación, y los factores sociales y económicos que contribuyen a una vida adulta sana y productiva.

Alrededor de 1.200 millones de personas en todo el mundo son adolescentes (de 10 a 19 años), es decir, casi una quinta parte de la población mundial¹⁰⁶. Casi una cuarta parte de todos los adolescentes viven en África subsahariana, y se espera que el número de adolescentes se duplique en esa región en 2050¹⁰⁷.

La adolescencia se considera como un periodo de la vida que implica cambios físicos, fisiológicos y psicológicos importantes, que marcan la transición hacia la edad adulta. Se trata también del período de la vida en el que

se refuerzan las funciones sociales y de género, y los adolescentes hacen frente a una creciente presión para asumir funciones y responsabilidades que corresponden a los adultos; a menudo, esto ocurre antes de que hayan madurado física y psicológicamente. Una transición saludable hacia la segunda década de la vida depende profundamente de una educación, atención de la salud, apoyo, protección y cuidado eficaces por parte de la familia, los compañeros y las comunidades.

A medida que los adolescentes sufren las numerosas presiones sociales y económicas que acompañan la transición hacia la edad adulta, su vulnerabilidad al VIH se hace mayor. Puede que comiencen a tener relaciones sexuales o a experimentar con las drogas y el alcohol, y esto aumenta el riesgo que corren. Pero ocurre muy a menudo que los propios adolescentes no se perciben a sí mismos como más vulnerables al VIH.

Se calcula que aproximadamente 2,1 millones (1,7 millones–2,8 millones) de adolescentes vivían con

GRÁFICO 2.1

Número estimado de adolescentes de 10 a 19 años que viven con el VIH, según el país, y porcentajes masculinos/femeninos, por regiones de UNICEF, 2012
Total de adolescentes: 2,1 millones (1,7 millones–2,8 millones). Mujeres: 1,2 millones; hombres: 930.000

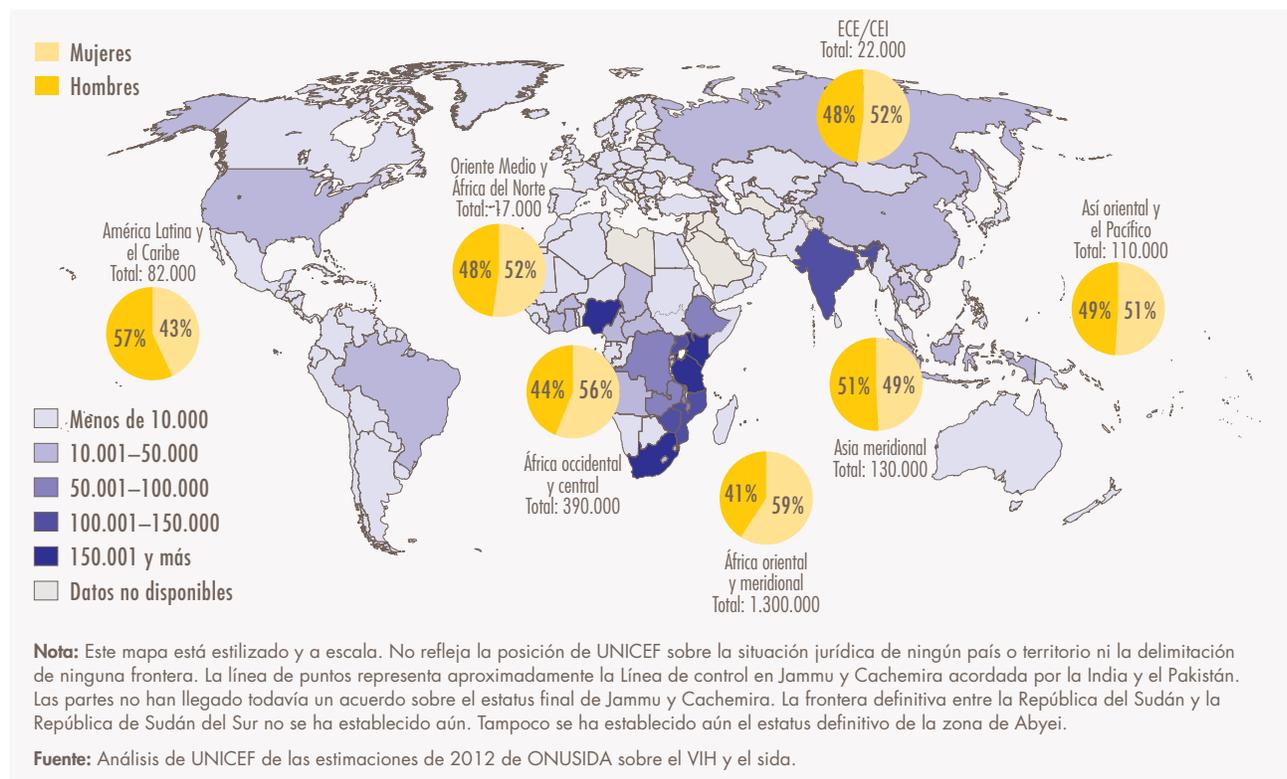
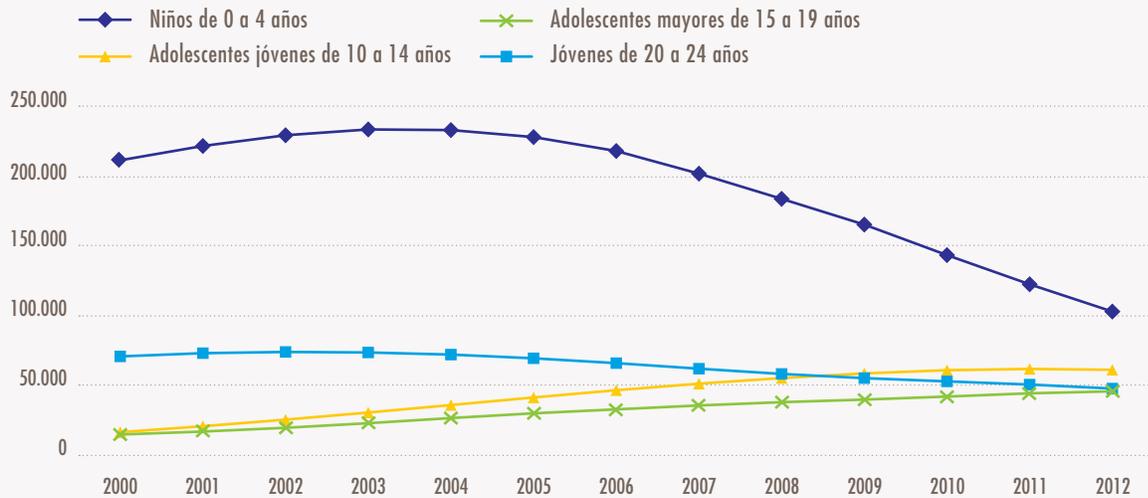


GRÁFICO 2.2

Número estimado de muertes relacionadas con el sida entre los niños de 0 a 4 años, los adolescentes jóvenes de 10 a 14 años, los adolescentes mayores de 15 a 19 años y los jóvenes de 20 a 24 años, 2000–2012



Fuente: Análisis de UNICEF de las estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

el VIH en todo el mundo en 2012, más del 80% de ellos en África subsahariana (véase el gráfico 2.1). Aunque el número de muertes relacionadas con el sida a nivel mundial para todas las edades se redujo en un 30% entre 2005 y 2012, entre los adolescentes aumentó en un 50% durante ese mismo período¹⁰⁸ (véase el gráfico 2.2).

Si bien la disminución de las nuevas infecciones entre los niños ha sido considerable, debido a los avances en la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH, el descenso de las nuevas infecciones entre los adolescentes ha sido mucho más modesto. En 2012, alrededor de una tercera parte de todas las nuevas infecciones se produjo entre los jóvenes de 15 a 24 años (780.000; (670.000–960.000). De ellas, alrededor de 300.000 (250.000–390.000) lo fueron entre adolescentes de 15 a 19 años¹⁰⁹ (véase el gráfico 2.3).

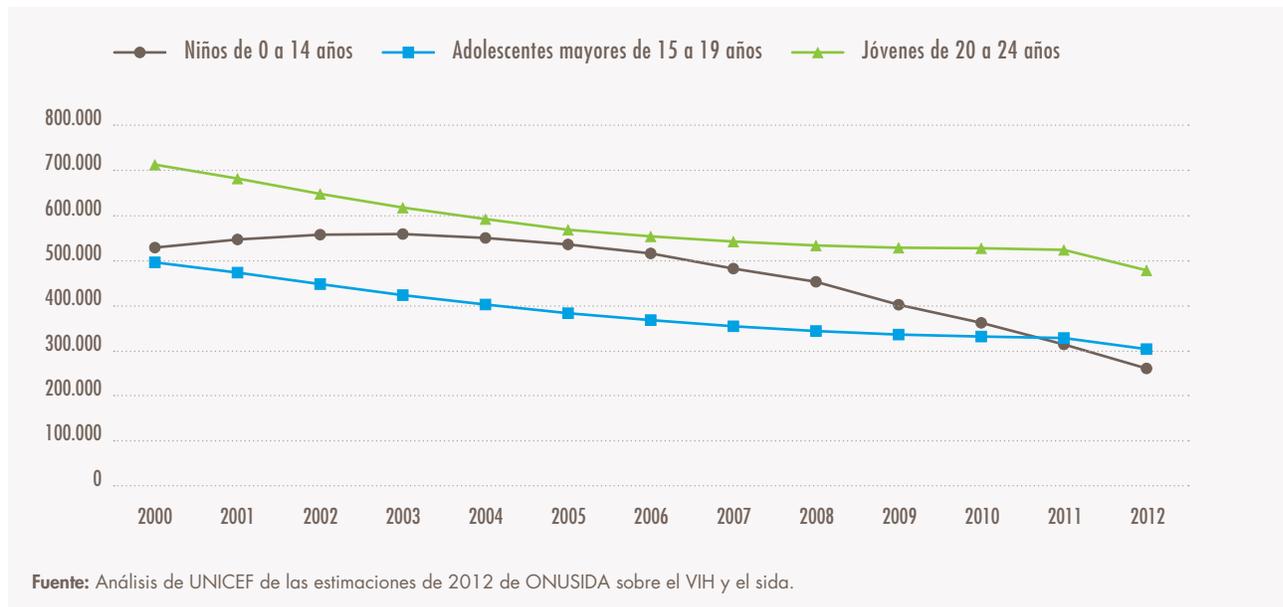
Los datos recientes sugieren que el cambio de comportamiento entre estos grupos de edad está logrando avances positivos, aunque no se produce de manera tan rápida como sería necesario. A nivel mundial, los varones tienden a informar sobre una mayor utilización del preservativo que las niñas. En África subsahariana, sólo una de cada tres adolescentes (de 15 a 19 años) que informaron haber tenido múltiples

parejas en los últimos 12 meses dijeron haber utilizado el preservativo en la última relación sexual¹¹⁰. Aunque todavía se encuentra en un nivel bajo, el uso de preservativos ha aumentado en la mayoría de las regiones, mientras que el número de parejas sexuales entre los adolescentes de 15 a 19 años ha descendido, y los adolescentes comienzan su actividad sexual a una edad más tardía que en el pasado¹¹¹. La región de ECE/CEI parece apartarse de esta tendencia. Los estudios recientes realizados en varios países de la región sugieren que la edad en que se inicia la actividad sexual está disminuyendo, ya que la edad promedio de la primera relación sexual entre los adolescentes es de 15 a 17 años, o menos¹¹².

La circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV) está respaldada por una serie de pruebas convincentes procedentes de tres ensayos clínicos que demostraron una reducción del 60% en el riesgo de la transmisión de mujer a hombre del VIH¹¹³. Las recomendaciones de la OMS y ONUSIDA hacen hincapié en que la circuncisión masculina debe considerarse como una intervención eficaz para la prevención del VIH en países con una alta carga de VIH y una baja incidencia de circuncisión masculina¹¹⁴. Algunos de los 14 países prioritarios de África que cumplen estos criterios están comenzando a mostrar resultados¹¹⁵. Hay pruebas empíricas de que los

GRÁFICO 2.3

Número estimado de nuevas infecciones por VIH entre los niños de 0 a 14 años, los adolescentes de 15 a 19 años y los jóvenes de 20 a 24 años



programas en Kenya han tenido un gran éxito en llegar con su mensaje a los varones menores de 25 años¹¹⁶. Cambiar las normas sociales será un elemento esencial para acelerar el progreso en las culturas que no practican la circuncisión masculina.

Según ONUSIDA, 3,2 millones de hombres africanos habían sido circuncidados a través de servicios

específicos de CMMV. Aunque el número total de hombres circuncidados en 2012 fue de casi el doble de lo que era en 2011 (1,5 millones), es poco probable que se cumpla el objetivo de 20 millones de hombres circuncidados en 2015¹¹⁷.

Los países de África subsahariana están examinando la posibilidad de ampliar la circuncisión masculina a

RECUADRO

Las adolescentes y el VIH¹¹⁸

El **40%** de las mujeres que viven del sexo en América del Norte, Asia oriental y Asia meridional comenzaron a hacerlo antes de los 18 añosⁱ.

En tres países de África, más del **80%** de los adolescentes de 15 a 19 años que contrajeron el VIH en 2012 eran niñas: Sudáfrica (82%), Sierra Leona (85%), Gabón (89%).

En Asia meridional el conocimiento amplio del VIH es reducido: un **17%** sólo en el caso de las jóvenes y un **34%** en el de los jóvenes de 15 a 19 añosⁱⁱ.

En 35 países, más de **una tercera** parte de las mujeres de 20 a 24 años estaban casadas o en unión cuando tenían 18 añosⁱⁱⁱ.

Cada día, más de **15 millones** de adolescentes entre los 15 y los 19 años dan a luz^{iv}.

temprana edad como una estrategia para la prevención del VIH a largo plazo. UNICEF y sus aliados están evaluando las primeras experiencias en la prestación de circuncisión médica masculina a temprana edad utilizando las plataformas de salud de las madres, de los recién nacidos y de los niños, una actividad que podría servir para ampliar esta intervención en los países de alta prevalencia del VIH.

Los adolescentes hacen frente a muchos obstáculos para acceder a los servicios de salud y apoyo, y se les olvida sistemáticamente en las estrategias nacionales y mundiales contra el sida. Esto tiene que cambiar. Sin una mayor atención a las necesidades de los adolescentes no será posible lograr una generación libre de sida.

INEQUIDADES Y OBSTÁCULOS A LOS SERVICIOS

Hay tres amplios grupos de adolescentes que afrontan importantes obstáculos en el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención: las adolescentes, las poblaciones adolescentes clave y los adolescentes que viven con VIH. La vulnerabilidad básica de estos grupos radica en las desigualdades estructurales, socioeconómicas y de género, incluidas las deficiencias en la protección de la infancia y la protección social. Esto puede agravarse allí donde los proveedores carecen de las capacidades necesarias, o no están dispuestos a trabajar con adolescentes en riesgo y vulnerables, y esto a menudo se transforma

en una limitación de la disponibilidad de una información precisa y de acceso a los servicios que necesitan.

Las desigualdades sociales y económicas propagan el VIH en las niñas adolescentes

En 2012, aproximadamente dos terceras partes de los adolescentes de 15 a 19 años que habían contraído nuevas infecciones por VIH eran niñas, sobre todo en África subsahariana¹¹⁹. En tres países de esta región, más del 80% de los adolescentes de 15 a 19 años que acababan de contraer el VIH en 2012 eran niñas adolescentes: Sudáfrica (85% niñas), Sierra Leona (85% niñas) y Gabón (89% niñas¹²⁰).

Las desigualdades sociales y económicas desempeñan un importante papel en la vulnerabilidad de las adolescentes y los niveles desproporcionados de VIH entre ellas. Una baja posición social, la pobreza en los hogares y la inseguridad alimentaria, la deficiencia en la calidad de la educación y la violencia limitan las oportunidades para las niñas. La muerte de los cuidadores, y el hecho de que sean las mujeres y las niñas quienes suelen asumir la función de cuidador, pueden limitar sus posibilidades. La promesa de regalos y otros beneficios económicos y sociales, incluida la posibilidad de un ascenso en la escala social, puede afectar la iniciación sexual temprana y motivar a las niñas a tener relaciones sexuales con personas mayores que ellas o por dinero, o a casarse a una edad temprana. En los lugares donde la prevalencia del VIH es alta, una mayor vulnerabilidad biológica,

1 de cada 5

mujeres en el mundo ha tenido un hijo a los 18 años^v.

En la región de África oriental y meridional de UNICEF, el **29%** de las mujeres y el **20%** de los varones de 15 a 19 años nunca se han sometido a la prueba del VIH ni recibido los resultados^{vi}.

Se estima que unos **210.000** niños menores de 15 años murieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida en 2012.

150 millones de niñas y **73 millones** de niños menores de 18 años han experimentado violencia sexual^{vii}.

En África subsahariana, donde la prevalencia del VIH es elevada, el **13%** de las niñas y el **9%** de los varones de 15 a 19 años informaron que habían comenzado su actividad sexual antes de cumplir 15 años. Unas tasas ligeramente más elevadas se registran para las adolescentes en África occidental y central^{viii}.



© UNICEF Serbia/2010/Macraak

un conocimiento limitado sobre el VIH y una escasa percepción del riesgo se combinan para aumentar los peligros y limitar las decisiones que puedan tomar las niñas y sus familias¹²¹.

Poblaciones clave: excluidas, estigmatizadas y penalizadas

A nivel mundial, se registra una prevalencia desproporcionadamente elevada del VIH entre los varones adolescentes que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los adolescentes que se inyectan drogas y los adolescentes sexualmente explotados¹²². En uno de los escasos informes sobre el tema, se informó que más del 95% de las nuevas infecciones por VIH entre los adolescentes de Asia y el Pacífico se producían entre los adolescentes que pertenecen a “poblaciones clave”: personas cuyos comportamientos les ponen en un riesgo considerable de infección por el VIH y cuya juventud les hace particularmente vulnerables¹²³. En algunos países de Asia, los pocos datos disponibles sugieren que más del 60% de las poblaciones jóvenes clave inician su actividad sexual a temprana edad (15 a 19 años) y que apenas se someten a la prueba del VIH¹²⁴.

Se considera que los programas de prevención en Asia han limitado la transmisión del VIH como resultado de la explotación y el comercio sexuales, a pesar de que existen elementos preocupantes¹²⁵. Sin embargo, la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales sin protección entre varones parece ser cada vez más un poderoso motor de la epidemia en varios países. En los lugares donde se ha medido la incidencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, se ha descubierto que era muy elevada. En China¹²⁶, India¹²⁷, Tailandia¹²⁸ y Viet Nam¹²⁹ se ha encontrado una incidencia por encima del 10% del VIH. Las epidemias impulsadas por las relaciones sexuales sin protección entre varones también predominan en los países más pequeños del Pacífico, pero la incidencia del VIH sigue siendo baja. Los estudios tienden a ser limitados a su alcance y pueden incluir a los hombres jóvenes.

Compartir jeringuillas contaminadas es una manera muy eficiente de transmitir el VIH, y el riesgo de infección aumenta considerablemente cuanto más tiempo la persona se siga inyectando. En una encuesta realizada en 2012 en Myanmar, la prevalencia del VIH era de un 7% entre los jóvenes de 15 a 19 años que se inyectaban drogas, y más del doble (15%) entre los jóvenes de 20 a 24 años¹³⁰. Los estudios sugieren que inyectarse drogas representa más de dos terceras partes de las nuevas infecciones en el Irán, 40% de las nuevas infecciones en Europa del Este y más de una tercera parte en Filipinas¹³¹. En el Pakistán, donde el consumo de drogas es un factor clave de la epidemia, los estudios indican que la prevalencia del VIH se ha más que triplicado, desde un 11% en 2005 a un 38% en 2011¹³². Los nuevos datos de Europa del Este sugieren que una pequeña pero importante proporción de las personas que se inyectan drogas comienzan a hacerlo durante la adolescencia¹³³.

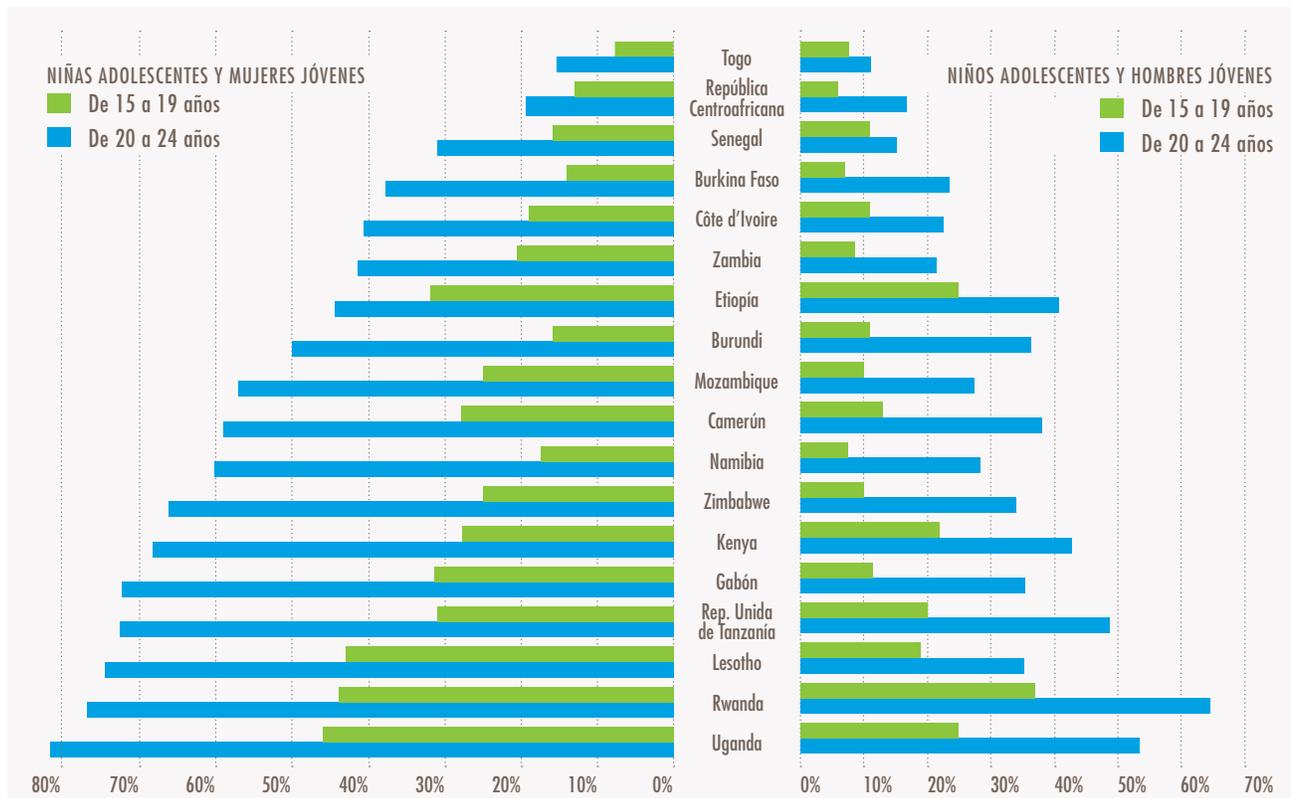
Además de los factores que aumentan la vulnerabilidad para todos los adolescentes, la vulnerabilidad de los adolescentes en estos grupos de población clave se agrava profundamente debido al grave estigma social que sufren, así como los marcos jurídicos y de políticas restringidos, y las prácticas de aplicación de la ley, que penalizan sus comportamientos y fomentan la discriminación y la violencia, dificultando así el acceso a los escasos servicios de salud y a otras intervenciones de prevención, tratamiento, protección, atención y apoyo en materia de VIH dirigidas a resolver las necesidades de estas poblaciones.

Los adolescentes que viven con el VIH: sin acceso a las pruebas, el tratamiento ni la atención

La cobertura con pruebas y asesoramiento en materia de VIH es baja entre los adolescentes, y especialmente baja entre las poblaciones clave de la mayor parte del mundo. Mientras que el acceso y la cobertura varían mucho según el país, los datos de la encuesta realizada de 2008 a 2012 en África subsahariana indicaron que menos de una de cada cinco mujeres adolescentes de 15 a 19 años estaba al tanto de su estado en materia de VIH (véase el gráfico 2.4¹³⁴). Las directrices que indican que las pruebas deben ser estrictamente voluntarias son claras. Sin embargo, hay informes que revelan que la administración de pruebas entre las poblaciones clave de algunos entornos es obligatoria o forzada, y esto supone una gran preocupación¹³⁵.

GRÁFICO 2.4

Porcentaje de niñas y niños adolescentes de 15 a 19 años y mujeres y hombres jóvenes de 20 a 24 años que han sido sometidos a la prueba del VIH y han recibido resultados, en países seleccionados de África subsahariana



Nota: Los países fueron seleccionados sobre la base de la disponibilidad de datos.

Fuente: Base mundial de datos de UNICEF, 2013, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y otras encuestas nacionales, 2006-2012.



© UNICEF/NYHQ2011-2154/Estève

Solamente una pequeña proporción de adolescentes que son sobrevivientes a largo plazo nacidos con VIH tienen acceso a la ART, y la mayoría recibe la terapia a través de un número limitado de centros especializados en entornos urbanos y periurbanos¹³⁶. Las tasas de retención son también deficientes.

En general, los programas de VIH tienen problemas para llegar y retener a los adolescentes, y los incentivos para atraer a los adolescentes a los servicios son poco frecuentes. Por el contrario, las leyes de la mayoría de edad limitan con frecuencia el acceso a las pruebas y a otras intervenciones, lo que lleva un retraso en el diagnóstico del VIH entre los adolescentes y un acceso tardío a la atención en muchos países¹³⁷. La falta de servicios favorables a los adolescentes es un factor importante en el hecho de que los resultados del tratamiento con antirretrovirales entre los adolescentes sean más deficientes que entre los adultos que reciben la misma terapia¹³⁸.

Proporcionar tratamiento de por vida a los adolescentes que no pueden ser adecuadamente atendidos por los programas de tratamiento del VIH para niños o para adultos presenta dificultades especiales. Ya sea porque contrajeron el VIH en la infancia, debido a la transmisión de madre a hijo, o más tarde, a través de la transmisión

sexual o el uso de drogas inyectables, la escasa adherencia a la terapia antirretroviral y las cuestiones que rodean la revelación de su estado serológico son temas esenciales para este grupo de edad¹³⁹. En algunos casos, los adolescentes pueden no saber que están viviendo con el VIH, incluso a pesar de que se les haya diagnosticado y a que estén recibiendo tratamiento. Para los adolescentes que contrajeron el virus por transmisión de madre a hijo, la preocupación de los progenitores sobre si deben revelar o no su propia condición con respecto al VIH puede afectar la decisión de informar al adolescente. Tratar temas relacionados con la sexualidad resulta difícil para la mayoría de los adolescentes, pero estar viviendo también con el VIH aumenta la complejidad de la situación y las posibles consecuencias. El estigma agrava además todas estas situaciones.

ESTRATEGIAS PARA ACELERAR LOS PROGRESOS EN LA SEGUNDA DÉCADA DE VIDA

Las oportunidades para lograr mayores éxitos en la reducción del impacto del VIH entre los adolescentes radican en aumentar la demanda, el acceso y la utilización de las intervenciones clave, al mismo tiempo que se abordan los factores económicos y sociales que agravan

INICIATIVAS

Encontrar formas convincentes para incorporar a los adolescentes



Cuando UNICEF, MTV y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) unieron sus fuerzas para encontrar la forma de persuadir a los adolescentes y a los jóvenes para que participaran en su propia protección contra el VIH y el sida, eligieron uno de los sistemas más antiguos del mundo: una historia convincente. *Shuga*, una serie dramática en video y radio que sigue la vida cotidiana de un grupo de jóvenes de zonas urbanas y rurales de África que confrontan el desafío que supone el riesgo de contraer el VIH, se convirtió pronto en la base de una campaña multimedia de prevención del VIH.

Shuga, presentado en la televisión de Kenya en 2009, se había complementado en 2012 con *Shuga: Amor, Sexo, Dinero*, una serie radiofónica que se escuchaba en seis países –Camerún, Kenya, Lesotho, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania y Sudáfrica– con una audiencia colectiva de unos 45 millones de jóvenes.

La serie radiofónica *Shuga* ha tenido ya repercusiones en los comportamientos para procurar atención de la salud entre los jóvenes. Mientras se emitía en la República Democrática del Congo, por ejemplo, se realizó un seguimiento de ocho sitios seleccionados de pruebas y orientación financiados por el gobierno y las ONG en Kinshasa, la mayor zona urbana. Los datos recopilados durante 12 meses indicaron que el número de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que recibían pruebas y orientación voluntaria sobre el VIH había aumentado en un 50% después del inicio de la serie radiofónica *Shuga* y las publicaciones relacionadas.



© UNICEF/INDA2011-00068/Crouch

la vulnerabilidad de los adolescentes al VIH y limitan su acceso a los servicios que necesitan. Las cinco estrategias siguientes ofrecen una oportunidad para lograr mayores repercusiones entre los adolescentes:

1. Ampliar la escala de las pruebas y orientación sobre el VIH para los adolescentes y fortalecer los vínculos con la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo

La ampliación de la prueba del VIH y los servicios de asesoramiento para los adolescentes por medio de una variedad de modalidades –como la prueba móvil de detección del VIH y otras formas de divulgación, enfoques basados en la comunidad y servicios de prueba y orientación iniciados por los proveedores– es esencial para abordar retrasos en el diagnóstico y el comienzo de la atención. Hay indicios alentadores que indican que los países están revisando las leyes relacionadas con la edad de consentimiento para las pruebas del VIH a fin de facilitar la participación de los adolescentes. En Ucrania, una ley de consentimiento de los progenitores que regula la mayoría de edad para las pruebas del VIH redujo en

2010 la edad mínima desde los 18 a los 14 años, y en Bosnia y Herzegovina, la edad en que los adolescentes pueden proporcionar de forma independiente su consentimiento a las pruebas del VIH, o acceder a los servicios de prevención y atención, se ha reducido de 18 a 15 años. En Belarus la edad se ha reducido a los 16 años, y se está estudiando la posibilidad de reducirla incluso a los 14 años. Al mismo tiempo, es preciso fortalecer los servicios de atención y tratamiento existentes para garantizar que los adolescentes gestionen la transición desde los servicios pediátricos a los de adultos, cumplan con la medicación y sigan recibiendo la atención de por vida.

Las directrices de 2013 de la OMS sobre el asesoramiento y las pruebas del VIH y la atención a los adolescentes que viven con VIH proponen una amplia gama de estrategias para la ampliación de las pruebas y orientación de VIH para los adolescentes y el fortalecimiento de los vínculos con la atención¹⁴⁰. Incluyen la recomendación de que las pruebas y orientación del VIH se vinculen con la prevención, el tratamiento y la atención, y se ofrezcan a las poblaciones clave de adolescentes en entornos de epidemias concentradas o bajas, y a todas las poblaciones en los contextos de epidemia generalizada.

Adaptar las intervenciones de alto impacto a los adolescentes más necesitados



El sector de la salud tiene una responsabilidad especial para lograr que los servicios estén mejor adaptados a los adolescentes. Los proveedores de tratamiento del sida para los niños y los adultos tienen que trabajar juntos más estrechamente para ayudar a los adolescentes a realizar la transición entre estos servicios y vincularlos con un tratamiento, atención y apoyo a largo plazo en entornos apropiados, como son por ejemplo los servicios de atención primaria y basados en la comunidad.

Muchas adolescentes saben que viven con el VIH por vía de las pruebas relacionadas con el embarazo. Integrar la PTMH en los servicios de maternidad y pediatría es esencial para el bienestar de los adolescentes que viven con VIH, especialmente a medida que los países avanzan hacia una oferta de tratamiento de por vida para todas las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Los servicios de la salud sexual y de la reproducción son importantes para ayudar a prevenir los embarazos no deseados entre las adolescentes, y también son una plataforma importante para la integración de los programas de PTMH. Sin embargo, es preciso prestar una mayor atención a la calidad y la aceptabilidad de la atención relacionada con el VIH para los clientes adolescentes en estos entornos.

Iniciativas como la incorporación de la vacunación para el virus del papiloma humano dirigidas a las adolescentes de 9 a 13 años en las escuelas y los entornos comunitarios ofrecen una oportunidad para su integración con otras intervenciones de la salud sexual y de la reproducción destinadas a los adolescentes.

Las poblaciones clave hacen frente a la discriminación, la violencia y una amplia gama de obstáculos en el acceso a los servicios de salud. Es necesario ampliar los esfuerzos para abordar la escasa concienciación y las actitudes negativas sobre estos grupos que hay entre los proveedores de servicios en los establecimientos de salud. La divulgación en la comunidad y las intervenciones localizadas, incluidos los enfoques dirigidos a crear conciencia y demanda de servicios, tienen más posibilidades de ser más eficaces y de ser bien recibidos por estos grupos. Por ejemplo, Child Helpline International, un servicio telefónico de orientación y remisión de casos que opera en más de 140 países, apoya a los niños y los adolescentes de distintos entornos y situaciones, incluidas las poblaciones clave, sobre una serie de temas de salud y sociales¹⁴¹. Aunque la información y las referencias que proporciona son fundamentales, el contacto sin prejuicios que ofrece es un servicio en sí mismo.

2. Ampliar la escala de las intervenciones de alto impacto basadas en un enfoque de inversión y adaptarlas a las necesidades de los adolescentes en mayor riesgo

La Estrategia de inversión de ONUSIDA propone centrar las inversiones para el VIH en seis intervenciones de alto impacto: preservativos, circuncisión médica masculina, prevención adaptada a las poblaciones clave, PTMH, ART y comunicaciones para el cambio de comportamiento¹⁴². Las inversiones en estas intervenciones de alto impacto deben equilibrarse con inversiones en “habilitadores esenciales” sociales y programáticos para mejorar los resultados, en sinergia con actividades de desarrollo que puedan tener un efecto en los factores estructurales

de la vulnerabilidad al VIH. Se necesitan enfoques innovadores que aumenten la demanda de intervenciones y permitan adaptarlas de forma eficaz a las necesidades y los contextos culturales únicos de los adolescentes.

Los informes de evaluación del gasto nacional en el sida, recopilados por el ONUSIDA en los países con alta carga, sugieren que la inversión general en la prevención del VIH para los adolescentes debe ser más sistemática y sostenible a lo largo del tiempo¹⁴³. Los nuevos modelos de UNICEF y del Instituto Futures para evaluar las repercusiones de la Estrategia de inversión del ONUSIDA en los adolescentes muestra que se pueden lograr ganancias considerables mediante el aumento de los gastos para este grupo de edad en forma selectiva¹⁴⁴.

Se han modelado cuatro escenarios (véase gráfico 2.5). El escenario 1 es el escenario base y asume una cobertura constante de prevención y tratamiento hasta 2020; el escenario 2 es la estrategia ideal de inversión y asume un aumento de la escala de los servicios a lo largo de 2015; el escenario 3 es el enfoque de inversión diferida y asume que se lograrán las metas de cobertura, pero con un retraso de cinco años (es decir, no hasta 2020); y el escenario 4 es el escenario más deficiente en la implementación, o estrategia de inversión reducida, y asume metas por debajo del ideal, una postergación hasta 2020 del logro de los objetivos y un escaso impacto de la intervención.

El modelo muestra que el escenario 2 (el método ideal de inversión) podría evitar 2 millones de nuevas infecciones entre los adolescentes para 2020, la mitad del número de nuevas infecciones que se producirían entre los adolescentes si la inversión y el enfoque del programa del país se mantuvieran sin cambios entre 2011 y 2020. Además, reduciría la población adolescentes que viven con VIH de aproximadamente 2,1 millones en 2011 a alrededor de 1,6 millones en 2020. La mayoría de las infecciones evitadas sería entre las mujeres¹⁴⁵.

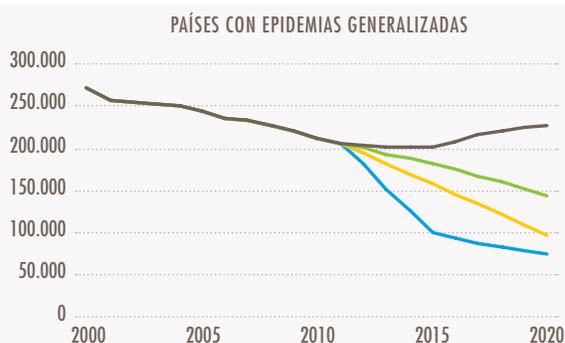
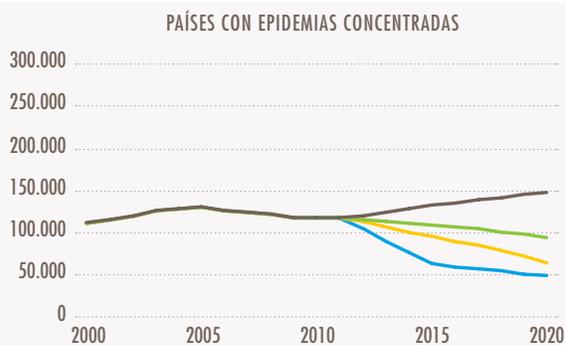
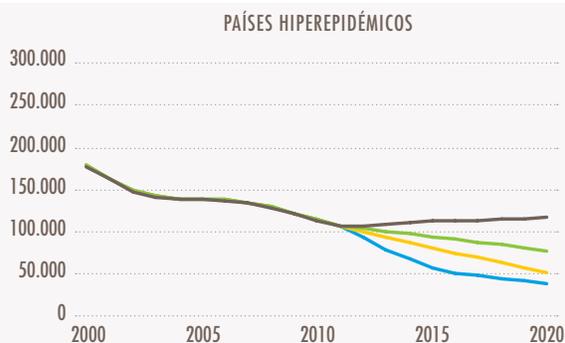
Una respuesta eficaz al VIH centrada específicamente en los adolescentes que se base en la estrategia de inversión exigiría aproximadamente una cuarta parte del total de recursos mundiales invertidos en el sida. Lograr este nivel de inversión óptima implicaría aumentar la financiación de los fondos para el VIH destinados a los adolescentes en países de bajos y medianos ingresos de algo más de 3.800 millones de dólares en 2010 a casi 5.500 millones en 2014. Después de 2015, la disminución en el número de nuevas infecciones reduciría en cierto modo la necesidad general de financiación.

Además de la urgente necesidad de ampliar las intervenciones de alto impacto, el modelo sugiere que la programación para adolescentes requiere hacer un mayor hincapié en los habilitadores fundamentales y en las sinergias de desarrollo que en la programación para los adultos. Las sinergias de desarrollo clave para los adolescentes provendrían de los sectores de la educación, protección de la infancia, protección social, justicia y salud. Siguiendo el escenario 2, se calcula que es necesario asignar el 25% de los recursos para 2020 en intervenciones de alto impacto, 50% en habilitadores fundamentales y un 25% en sinergias de desarrollo.

GRÁFICO 2.5

Cifra proyectada de nuevas infecciones por VIH entre los adolescentes de 10 a 19 años por tipo de epidemia, 2000–2020

- Escenario 1 (base): Proyección básica con una cobertura constante de todas las intervenciones
- Escenario 2 (ideal): Todos los países aumentan la escala de los servicios a fin de lograr los niveles deseados para 2015
- Escenario 3 (diferido): Los países no logran las metas de cobertura hasta 2020
- Escenario 4 (reducido): Los países no invierten adecuadamente en las intervenciones para adolescentes



Fuente: UNICEF y Futures Institute, 'The Impact and Cost of the HIV/AIDS Investment Framework for Adolescents' (documento inédito).

A medida que se logren progresos, la asignación se modificaría hasta 33%, 25% y 40%, respectivamente, para 2020.

El escenario 3 del modelo, la estructura de inversión diferida, sugiere que un retraso de cinco años en la ejecución reduciría el impacto en una tercera parte. Una aplicación deficiente, es decir, el escenario 4, daría lugar a una escasa disminución del número de nuevas infecciones anuales. Tratar de lograr los resultados ideales del escenario 2 exigirá una firme capacidad de liderazgo y un compromiso político sostenido para dar respuestas prioritarias más eficaces y eficientes en favor de los adolescentes.

3. Abordar las causas fundamentales de la vulnerabilidad al VIH por medio de habilitadores fundamentales de servicios del VIH de alto impacto y sinergias con sectores del desarrollo

La Estrategia de Inversión de ONUSIDA hace hincapié en la importancia de abordar habilitadores fundamentales e invertir estratégicamente en los sectores de desarrollo a fin de apoyar y sostener las inversiones específicas sobre el VIH. Estas actividades pueden ayudar a reducir los factores legales, sociales y económicos de la vulnerabilidad de los adolescentes al VIH, y tienen que incluirse en los planes nacionales y otras estrategias junto con las intervenciones de alto impacto.

Los habilitadores fundamentales son actividades que optimizan la prestación de actividades programáticas básicas de alto impacto centradas en el VIH¹⁴⁶. Incluyen la promulgación de leyes y políticas para proteger los derechos humanos e involucrar a las comunidades en la prestación de servicios y la creación de demanda. Entre los habilitadores fundamentales clave para los adolescentes hay que señalar las actividades que mejoran los derechos del niño en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño y sus Protocolos Facultativos, que promueven la igualdad y fortalecen las leyes y las prácticas de aplicación de la ley para reducir el estigma y la discriminación, y que mejoran el acceso a los servicios por parte de las poblaciones clave. Los intereses de otros grupos marginados, como los indígenas, las minorías o las comunidades de inmigrantes, o los niños y adolescentes que viven con discapacidades o en instituciones, o en entornos de justicia criminal, pueden abordarse también prestando atención a los habilitadores

fundamentales del programa. Las estrategias para promover la igualdad de género son esenciales en la lucha contra el VIH entre los adolescentes.

Las normas sociales pueden promover el progreso educativo, el compromiso social y el empleo, pero también puede limitar las oportunidades para que los adolescentes crezcan y alcancen su máximo potencial. La violencia sexual, que es a menudo una manifestación de desequilibrios en el poder relacionados con el género, está directamente relacionada con el riesgo de contraer el VIH. La investigación también muestra una correlación entre las experiencias infantiles de violencia y las conductas de riesgo posteriores asociadas a la adquisición del VIH¹⁴⁷. La violencia infringida a la pareja también está asociada con el riesgo de contraer el VIH¹⁴⁸. Un reciente informe mundial encontró que las mujeres que habían sufrido violencia a manos de la pareja tenían un 50% más probabilidades de haber contraído el VIH que las mujeres que no habían experimentado este tipo de violencia¹⁴⁹. Las normas sociales también configuran las estrategias que las niñas eligen –o que las familias imponen– para hacer frente a la pobreza, al matrimonio precoz y al sexo transaccional.

Los enfoques basados en los derechos humanos son esenciales para la prevención del VIH entre los adolescentes de los grupos de población clave. Estos enfoques incluyen la despenalización de la homosexualidad y hacen hincapié en una estrategia de salud pública –en lugar de justicia penal– para abordar el uso de drogas ilícitas, incluso por medio de programas de reducción de daños. La colaboración entre la justicia penal y los sectores de la salud pública es crucial para apoyar los derechos de los adolescentes que sufren de explotación sexual.

Las sinergias de desarrollo se definen como las inversiones en todos los sectores que puedan tener un efecto positivo en los resultados relacionados con el VIH¹⁵⁰. Para los adolescentes, los sectores de protección de la infancia, protección social y educación presentan oportunidades específicas y esenciales para aprovechar más eficazmente los resultados relativos al VIH.

La vulnerabilidad económica y la inseguridad alimentaria son tanto las causas como las consecuencias de los resultados negativos relacionados con el VIH y la salud sexual y de la reproducción entre los adolescentes. Los programas de protección social ofrecen oportunidades para abordar algunos de los motores económicos de

la vulnerabilidad al VIH en la infancia, incluida la adolescencia. Las transferencias de efectivo, alimentos, gastos de transporte y otros programas de microcrédito y ahorro han sido eficaces para mitigar el impacto del VIH en los niños y las familias afectados por el VIH, y en la reducción de los riesgos relacionados con el VIH¹⁵¹. Los impactos incluyen una mejor capacidad de negociación, un aumento en el uso de preservativos, una reducción del número de compañeros sexuales, un retraso de la iniciación sexual entre las niñas y una mayor aceptación de las pruebas de detección, así como una mejora en la asistencia a la escuela¹⁵². En lugar de concentrar los

esfuerzos en un sector u otro, se necesita un enfoque integrado para mejorar los resultados sociales y de salud para los adolescentes.

La educación se ha descrito a veces como una “vacuna social”, especialmente para las niñas, y hay vínculos entre el aumento del acceso a la educación y la reducción de los matrimonios y embarazos precoces¹⁵³. Aunque las escuelas ofrecen una plataforma fundamental para la respuesta del VIH en muchos países¹⁵⁴, los sistemas educativos no han alcanzado su potencial para equipar a los adolescentes con el conocimiento y las

INICIATIVAS

Educación: un elemento fundamental de un entorno habilitador



Las Encuestas Mundiales basadas en las escuelas sobre la salud de los estudiantes, que lleva a cabo la OMS con niños en edad escolar en más de 51 países, muestran hasta la fecha que la iniciación de la conducta sexual ocurre frecuentemente durante la adolescencia¹⁵⁵. Mientras que los programas basados en las escuelas no son por sí solos suficientes para evitar las nuevas infecciones por el VIH y los riesgos asociados, pueden ser una forma rentable de influir en la vulnerabilidad¹⁵⁶.

La investigación sugiere que los programas de educación sobre el VIH que se ofrecen en las escuelas tienen el potencial de influir en los determinantes de la conducta, en las redes sociales de los niños y los jóvenes y, con el tiempo, en su nivel socioeconómico¹⁵⁷. Atender a la escuela está relacionado también con un aumento de la autoconfianza que puede mejorar la capacidad de los niños para protegerse a sí mismos, tal como se ha demostrado en los programas de Sudáfrica y Uganda. Además, el aumento en el acceso y la permanencia en la enseñanza contribuye a evitar la infección por VIH, algo que es especialmente evidente en el caso de las niñas, los huérfanos y otros niños vulnerables¹⁵⁸.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y otras organizaciones de ONUSIDA llevaron a cabo un examen de más de 87 estudios mundiales sobre las repercusiones de los programas de educación sexual¹⁵⁹. Más de un tercio de los programas examinados condujo a un retraso en la iniciación de las relaciones sexuales; una tercera parte redujo la frecuencia de las relaciones sexuales; y más de una tercera parte redujo el número de compañeros sexuales, ya fuera entre toda la muestra o en importantes submuestras. Mientras que algunos programas tuvieron poco o ningún efecto, resulta importante destacar que ninguno de los programas aceleró el inicio de la relación sexual.

El Grupo de trabajo entre organismos sobre la iniciativa para acelerar la educación, dirigido por el Banco Mundial y aliados técnicos como la Asociación para el desarrollo del niño, ha prestado apoyo a los esfuerzos de los gobiernos nacionales en 37 países subsaharianos¹⁶⁰, y después de más de una década alcanzó un importante punto de referencia en 2010: todos los países tenían políticas nacionales de salud en la escuela, y el 76% de ellos disponían de estrategias y planes sobre el VIH basadas específicamente en la educación¹⁶¹.

Para 2012, un análisis en profundidad de 39 países en todo el mundo indicó que el 74% había incluido una respuesta al VIH en los procesos de gestión y planificación de la educación a nivel nacional¹⁶².

Hay disponibles materiales de promoción y más información sobre esta iniciativa en: www.schoolsandhealth.org.

capacidades, o los vínculos a los servicios, que podrían ayudarles a reducir el riesgo de contraer el VIH.

Además, las escuelas, que ya hacían frente a los desafíos que supone mantener a los adolescentes en la escuela, han carecido generalmente de políticas, de personal capacitado y del compromiso necesario con los progenitores y las comunidades para ofrecer una educación sobre la salud sexual y de la reproducción que sea de alta calidad, adecuada para la edad y que tenga en cuenta el género. UNESCO, UNICEF, ONUSIDA, OMS y otros aliados han pedido vínculos más sólidos y prácticos entre los sectores para proporcionar educación de la salud sexual y de la reproducción que aborde una serie de cuestiones afines, incluidas las normas sociales y de género perjudiciales, la prevención del VIH y la prevención del embarazo adolescente.

4. Aumentar la demanda de la salud sexual y de la reproducción y de los servicios relacionados con el VIH mediante el compromiso y el empoderamiento de los adolescentes

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce las capacidades en evolución de los niños en la primera y segunda décadas de la vida y hace suyo el principio de que los niños deben participar en las decisiones que les afecten, de acuerdo a sus capacidades en evolución. Estos sentimientos se reflejan en una serie de foros y se repiten en el documento *Salud en la agenda para después de 2015: Informe de la consulta mundial temática sobre salud*, que dice que “los adolescentes son la próxima generación de adultos y tendrán una gran influencia en el logro de la agenda para después de 2015. Capacitar a los adolescentes en el desarrollo de su salud, incluidas las prácticas saludables de salud sexual y reproductiva... les permitirá entrar en la edad adulta con capacidades generales más sólidas y mejor equipados para tomar decisiones con conocimiento de causa para ellos y sus comunidades¹⁶³”.

Tanto desde una perspectiva de derechos como de salud pública, los programas son más efectivos cuando los beneficiarios participan en su diseño, ejecución y evaluación. Toda la programación de los adolescentes, así como las actividades de apoyo a los habilitadores fundamentales y las sinergias de desarrollo tienen que incorporar y empoderar más activamente a los adolescentes como participantes de pleno derecho en la respuesta al VIH. En

RECUADRO

Declaración política sobre el VIH y el sida: Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011

La Declaración política sobre el VIH y el sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011 exhorta a los países a reafirmar “el papel central de la familia, teniendo presente que en diferentes sistemas culturales, sociales y políticos existen diversos tipos de familia, para reducir la vulnerabilidad al VIH, entre otros medios educando y orientando a los niños... [y teniendo] en cuenta los factores culturales, religiosos y éticos para reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes, asegurando tanto a las niñas como a los niños el acceso a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH y el sida, creando entornos seguros, especialmente para las niñas, ampliando los servicios de buena calidad que ofrezcan información, educación sobre salud sexual y asesoramiento de forma apropiada para los jóvenes, reforzando los programas de salud sexual y salud reproductiva y haciendo participar, en la medida de lo posible, a las familias y los jóvenes en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de atención y prevención del VIH y el sida¹⁶⁴”.

2012, la Declaración Mundial del Foro de la Juventud de Bali hizo hincapié en los grupos marginados y vulnerables y en la creación de un entorno propicio para su participación significativa, además de realizar un llamamiento hacia un reforzamiento de las alianzas¹⁶⁵.

En todo el mundo, los medios de comunicación en sus diversas modalidades están teniendo grandes repercusiones sobre las normas sociales, especialmente para los adolescentes. En todos los sectores de salud y desarrollo se necesitan nuevos vínculos y asociaciones para aprovechar el atractivo que los medios suponen para los adolescentes, especialmente las plataformas de redes de comunicación social. La tecnología y las redes de comunicación social ofrecen grandes potenciales para incorporar a los adolescentes y empoderarlos de manera que apoyen la prevención del VIH y los objetivos del tratamiento.

5. Mejorar los datos y la información estratégica para que sirva de base de la programación, incluido el desglose por edad, género y comportamientos de riesgo

Debido a las cuestiones éticas relacionadas con la investigación relacionada con la infancia, la mayoría de los países no recogen datos comparables para el grupo de edad de 10 a 14 años, y los datos sobre poblaciones clave de adolescentes son aún más difíciles de obtener. Del mismo modo, incluso en los casos en que existen, los datos de los centros de prestación de servicios de los adolescentes no siempre están desagregados por grupos de edad, los métodos de recopilación de los indicadores varían y no hay una estandarización necesaria para comparar los datos entre países.

Se necesita urgentemente obtener información desagregada por edad, género y comportamientos de riesgo a fin de capitalizar los enfoques descritos en este capítulo y responder de manera más eficaz a las necesidades de los adolescentes. La planificación para la ampliación de la escala del tratamiento antirretroviral para adolescentes, por ejemplo, requiere disponer de estimaciones precisas y desagregadas del número de adolescentes elegibles para el tratamiento, sobre la base de las últimas directrices de la OMS, así como los datos reales de cobertura de los servicios y estimaciones precisas de los costos de los servicios y los productos. También es preciso generar estimaciones similares para

el número de poblaciones clave de adolescentes y otras intervenciones básicas. Esto requiere una investigación epidemiológica, programática y operacional para lograr que la prestación de servicios sea eficaz y aceptable para el mayor número posible de comunidades adolescentes.

MANTENER LOS AVANCES LOGRADOS EN LA PRIMERA DÉCADA DE VIDA

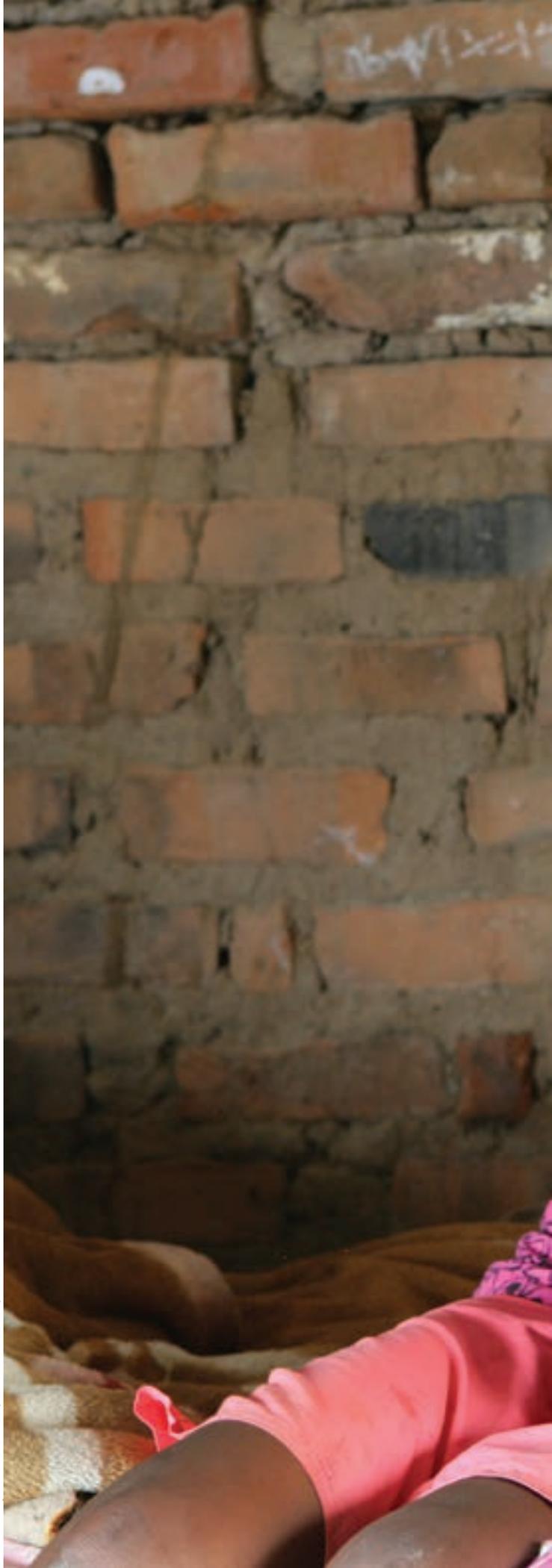
A medida que la comunidad internacional reflexiona sobre los logros alcanzados en la primera década de la vida –el aumento de la cobertura de las intervenciones para abordar el VIH entre los bebés y sus madres, y los resultados considerables de otras inversiones más amplias en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños– no puede seguir desatendiendo la segunda década de la vida, una época crucial. A medida que los adolescentes realizan su transición hacia la edad adulta, se enfrentan a desafíos únicos que están profundamente vinculados con su vulnerabilidad social y económica, con unos servicios de salud que no están adaptados a sus necesidades ni a los riesgos asociados con el VIH, y que sólo es posible satisfacer mediante enfoques intersectoriales eficaces. Se necesita un nuevo compromiso para abordar los desafíos de la segunda década de la vida, para que todos los niños –bebés, niños pequeños y adolescentes por igual– tengan la oportunidad de convertirse en adultos sanos, seguros y productivos.



CAPÍTULO 3

ALIANZAS PARA UNA GENERACIÓN LIBRE DE SIDA

Una generación libre de SIDA sólo se logrará con un fuerte liderazgo del gobierno y una fuerte participación de la sociedad civil.





DOS DÉCADAS, MUCHOS SECTORES

Configurar e impulsar la respuesta al VIH y la infancia no es la responsabilidad exclusiva de una sola institución. Nunca había sido tan importante la necesidad de trabajar en las dos primeras décadas de la vida mediante alianzas sólidas dentro de cada sector y en cada uno de ellos.

Una generación libre de sida sólo se logrará con un fuerte liderazgo del gobierno, especialmente las comisiones nacionales sobre el sida y los ministerios de salud, así como los parlamentarios, las autoridades policiales y los organismos de protección de la infancia. Este objetivo requiere la participación activa de otros ministerios (como el de finanzas, bienestar social, educación y juventud) y del gobierno local, así como una firme participación de la sociedad civil que incluya a las organizaciones no

gubernamentales, religiosas y basadas en la comunidad. Mediante su labor con las comunidades afectadas – incluidas las personas que viven con el VIH, las mujeres, los jóvenes y sus defensores– estas alianzas no sólo serán fundamentales para la ejecución, sino también para las tareas de promoción, concienciación y para compartir responsabilidades. A nivel local, los pactos y las cartas comunitarias son mecanismos útiles.

Los organismos regionales han estado muy activos en la mayor parte del mundo, y las iniciativas regionales han incorporado nuevas formas de gestionar la situación. Por ejemplo, la iniciativa Laços Sul-Sul (Lazos sur-sur), que tiene un sólido enfoque en los derechos humanos, une a los ocho países participantes (Bolivia, Brasil, Cabo Verde, Guinea-Bissau, Nicaragua, Paraguay, Santo Tomé y Príncipe, y Timor-Leste) en torno al objetivo de poner fin a la epidemia del sida compartiendo información, estrategias y planes de acción, y fomentando la



Este informe nos recuerda que una generación libre de sida es aquella en la que todos los niños nacen libres del VIH y lo siguen estando –desde el nacimiento y a lo largo de todas sus vidas– y representa el acceso al tratamiento para todos los niños que viven con VIH. También nos recuerda que la salud y el bienestar de la mujer deben estar en el centro mismo de la respuesta al sida. No tengo ninguna duda de que vamos a lograr estos objetivos. El bienestar de los niños no termina con detener la propagación del sida, sino que incluye la protección de los niños contra los factores que les hacen vulnerables, como la pobreza, la discriminación y la marginación social, y las violaciones de sus derechos humanos, incluidas las violaciones sexuales. Son varios los factores que contribuyen a la propagación del VIH y que se manifiestan de forma aguda durante la infancia y la adolescencia, y los niños necesitan información y oportunidades que les permitan el mejor comienzo posible en la vida.”

Michel Sidibé, Director Ejecutivo, ONUSIDA

solidaridad. En África, una nueva hoja de ruta sobre la responsabilidad compartida y la solidaridad mundial en lo relativo al sida, la tuberculosis y el paludismo, recibió el apoyo de la decimonovena cumbre de la Unión Africana en 2012. Elaborada por la Comisión de la Unión Africana y el organismo planificador y coordinador de la Nueva Alianza para el Desarrollo de África, la hoja de ruta está estructurada en torno a tres pilares estratégicos: gobernanza de la salud, financiación diversificada y acceso a los medicamentos. Ofrece una serie de soluciones prácticas, gestionadas por los propios africanos, para mejorar la respuesta sostenible al sida, la tuberculosis y el paludismo, con objetivos, resultados previstos, funciones y responsabilidades que obligan a las partes interesadas durante un periodo de tres años, hasta 2015; y hace hincapié en la búsqueda de nuevas asociaciones, nuevos acuerdos de financiación y nuevas formas de fortalecer las instituciones africanas sostenibles.

A nivel internacional, los requisitos de presentación de informes proporcionan a menudo el material de promoción más sólido. A todos los niveles, la transparencia en torno a los datos y la financiación puede ayudar a crear y mantener los compromisos y la responsabilidad compartida. El compromiso continuo de los aliados clave, como el Fondo Mundial y PEPFAR, y el fortalecimiento de

las asignaciones domésticas para la programación, serán fundamentales para el éxito futuro, como lo será también ampliar las alianzas con los proveedores de atención de la salud, los investigadores y el sector privado, todos los cuales tienen un papel esencial que desempeñar.

Todos los organismos copatrocinadores del ONUSIDA, que abarcan múltiples sectores, tienen importantes responsabilidades en la primera y segunda décadas, tanto en el apoyo directo a la ejecución de intervenciones de alto impacto como en ayudar a crear entornos jurídicos, sociales y económicos propicios para los niños y sus familias.

Varios equipos de tareas entre organismos son esenciales para apoyar los progresos en los países¹⁶⁶. Estos equipos de tareas están formados por las organizaciones copatrocinadores del ONUSIDA, así como organizaciones aliadas en la esfera de las políticas y las cuestiones técnicas.

El Equipo de tareas interinstitucional sobre la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH en mujeres embarazadas, madres e hijos¹⁶⁷ desempeña un papel esencial en el apoyo a la implementación dirigida por los países del Plan Mundial. Aunque el Plan Mundial está presidido por

RECUADRO

Comisión mundial sobre VIH y derecho

En su informe sobre riesgos, derechos y salud, la Comisión mundial sobre VIH y derecho, coordinada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), pide la eliminación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias que afectan a las personas que viven con el VIH y la promoción de leyes basadas en los derechos humanos y respaldadas por pruebas empíricas. El informe, publicado en 2012, describe cómo las leyes que protegen los derechos humanos salvan vidas, ahorran dinero y generan respuestas eficaces al VIH. El informe incluye recomendaciones específicas sobre los niños y los adolescentes. Responder a este llamamiento implica ayudar a los países a aplicar las leyes que prohíben la discriminación contra los niños afectados por el sida en la escuela, en el hogar y en sus comunidades; promover modelos de atención centrados en la familia para los niños huérfanos a causa del sida; promover el acceso a la educación integral de la salud sexual para los niños dentro y fuera de la escuela; y asegurar que las personas jóvenes sexualmente activas tengan acceso confidencial e independiente a los servicios de salud. En colaboración con una serie de asociados, UNICEF ayuda a los países a armonizar su trabajo con sus obligaciones de presentación de informes en su calidad de Estados Parte de la Convención sobre los Derechos del Niño¹⁶⁸.

Riesgos, derechos y salud, Comisión mundial sobre VIH y derecho, julio de 2012, <www.hivlawcommission.org> y <www.undp.org>.



© UNICEF Mozambique/2013

el ONUSIDA y PEPFAR, el equipo de tareas está convocado conjuntamente por UNICEF y la OMS. Establecido en 1998, está compuesto por 32 organizaciones multilaterales, gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en favor del fortalecimiento de las alianzas y los programas mundiales, regionales y nacionales dedicados a abordar la supervivencia de las mujeres embarazadas, las madres y los niños que viven con VIH.

ABORDAR EL VIH ENTRE LOS NIÑOS EN LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA: UN CASO PARA FORTALECER LAS ALIANZAS

En 2012, los niños menores de 18 años constituían el 46% de los 45,2 millones de personas que fueron desplazados por la fuerza en todo el mundo como resultado de la persecución, los conflictos, la violencia generalizada y las violaciones de los derechos humanos. Durante la última década, este porcentaje ha oscilado entre un mínimo de un 41% en 2009 a un máximo de un 50% en 2004¹⁶⁹.

A medida que las estructuras sociales se descomponen en las situaciones de emergencia y humanitarias, la inseguridad alimentaria, la violencia, el asalto sexual, la pobreza y las cuestiones relacionadas con la protección agravan los riesgos y vulnerabilidades existentes al VIH, en particular para las niñas y las adolescentes. En muchas situaciones de emergencia también existen importantes desafíos para mantener el acceso a la

información –como los registros de salud– y a los servicios de salud, incluyendo la ART, la PTMH y los servicios de salud materna e infantil. Garantizar la continuidad de los antirretrovirales y otros productos en situaciones inestables es de máximo interés, así como los esfuerzos para mantener la prevención del VIH, que incluyen el acceso a los preservativos y la profilaxis posterior a la exposición. Dada la incertidumbre en torno a la duración de la mayoría de las situaciones de emergencia y la propensión a que se produzcan situaciones humanitarias prolongadas, la prevención, el tratamiento y la atención en relación al VIH para los niños pequeños y los adolescentes se deben incluir desde el principio en la evaluación de los riesgos, la preparación y la capacitación en las situaciones de emergencia.

Las interrupciones en el tratamiento del VIH son un riesgo claro en las situaciones de emergencia. En Mozambique, por ejemplo, las inundaciones en la provincia de Gaza a principios de 2013 dejaron a más de 12.000 personas en riesgo de perder el acceso al tratamiento¹⁷⁰. Como resultado de las inundaciones, se cerraron los centros de salud y se dañaron las existencias de medicamentos; las rutas de transporte se hicieron inaccesibles, dando como resultado inicialmente una escasez temporal de productos como los antirretrovirales, los kits de profilaxis después de la exposición y los preservativos. Por medio de alianzas entre los ministerios del gobierno –incluido el Instituto Nacional de Gestión de Desastres, el Ministerio de Salud, la Comisión Nacional del sida, las ONG y los organismos de las Naciones Unidas– se restablecieron los servicios sistemáticos. Con miras al futuro, se están llevando a cabo sesiones de formación específicas en las dos provincias que corren el mayor riesgo de sufrir desastres naturales y una elevada carga del VIH (Gaza y Zambezia), y se están elaborando planes de contingencia a fin de preparar al gobierno y a los aliados para una respuesta adecuada al VIH en futuras situaciones de emergencia.

La reciente escalada del conflicto en la República Centroafricana, que ha dado como resultado situaciones de inseguridad, violencia, saqueos y robos, es la última de una serie de crisis que han afectado al país desde mediados de la década de 1990. Desde principios de 2013, decenas de miles de personas han huido a la selva o han sido desplazados. Se han saqueado varios hospitales y puestos de salud, y muchos han sido abandonados. El desplazamiento y la interrupción de los servicios de salud han dejado a muchas personas que

Los adolescentes y el VIH en situaciones de emergencia



Las situaciones de emergencia pueden aumentar los factores que hacen que los jóvenes sean más vulnerables al VIH e interrumpir los servicios vitales de prevención, tratamiento y atención del VIH.

Aunque Haití y Côte d'Ivoire se encuentran separados por miles de kilómetros y las situaciones de emergencia a las que hacen frente tienen causas muy diferentes –una geológica, la otra política– un análisis retrospectivo de estas dos emergencias encontró que los resultados para los adolescentes y los jóvenes habían sido prácticamente los mismos. Entre las lecciones aprendidas está la necesidad de:

- garantizar un enfoque sobre los adolescentes cuando se dirijan las intervenciones, e incluir a los adolescentes
- incorporar a los adolescentes y a los jóvenes como participantes en las intervenciones para garantizar que sus ideas y sus puntos de vista reciban la consideración adecuada
- comprender la forma en que las emergencias aumentan los factores que hacen que los jóvenes sean vulnerables al VIH.

El análisis destaca la urgencia de poner en marcha las intervenciones para los adolescentes mucho antes de que se produzcan las emergencias reales. La preparación es fundamental; sin ella, los países corren el riesgo de tener que adaptarse a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes en medio de los desafíos que representa una situación de emergencia.

viven con VIH sin acceso a los antirretrovirales. Antes de la reciente crisis, hasta 15.000 personas con VIH recibían tratamiento antirretroviral, y había alrededor

50.000 personas elegibles para el tratamiento que no estaban cubiertas. El *Comité national de lutte contre le sida* ha calculado en miles de personas el número de pacientes cuya terapia antirretroviral fue interrumpida por la crisis. Una respuesta bien coordinada por los agentes humanitarios y de salud está en marcha para volver a identificar a los pacientes que no reciben la ART y garantizar la prestación de un conjunto mínimo para el VIH tal como lo indican las Directrices del Comité Permanente entre organismos para intervenciones de VIH en entornos humanitarios¹⁷¹.

HACIA UNA GENERACIÓN LIBRE DE SIDA: ABORDAR LAS LAGUNAS, MANTENER LOS AVANCES

Los niños no tuvieron un lugar destacado en la agenda mundial sobre el sida de 2001, cuando se establecieron los ODM y se celebró la primera Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Ambos eventos generaron importantes cambios y llevaron a la creación del Fondo Mundial y el PEPFAR, así como un extraordinario esfuerzo mundial para establecer una respuesta más eficaz a la pandemia del VIH. Se han logrado progresos considerables al reducir las nuevas infecciones entre los niños y mantener a sus madres vivas y sanas. Sin embargo, se debería aplicar un dinamismo similar para reducir las lagunas persistentes en los programas dirigidos a los huérfanos y a los niños vulnerables, en la atención y el tratamiento para niños y adolescentes, y en la programación general para los adolescentes.

Este informe describe los retos importantes que persisten en la lucha contra el VIH en la infancia, así como las nuevas e importantes oportunidades para abordarlos. A medida que la comunidad internacional comienza a unirse en torno a una nueva agenda de desarrollo más allá de 2015, una respuesta mejorada al VIH entre los niños puede ayudar a lograr nuevos avances e impulsar una colaboración más eficaz en materia de derechos, salud, supervivencia y desarrollo de la infancia.

El camino hacia una generación libre de sida es claro. Para recorrerlo con éxito, el mundo debe comprometerse ahora firmemente a mantener los logros alcanzados con dificultad y para hacer frente a las desigualdades y lagunas que aún persisten en la respuesta al VIH y la infancia.

REFERENCIAS

- 1 Las economías de los países se clasifican según el ingreso nacional bruto per cápita, calculado utilizando el método del Atlas del Banco Mundial. Las clasificaciones hasta el 1 de julio de 2013 eran: bajos ingresos, \$1.035 o menos; bajos medianos ingresos, \$1.036 a \$4.085; y altos medianos ingresos, \$4.086 a \$12.615.
- 2 Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, págs. 6, 39.
- 3 Los 22 países prioritarios del Plan Mundial son: Angola, Botswana, Burundi, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, India, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe. La India es el único país prioritario fuera de África. Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Countdown to Zero: Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections Among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive*, ONUSIDA, Ginebra, 2011; y análisis de UNICEF de las estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- 4 Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Countdown to Zero: Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections Among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive*, ONUSIDA, Ginebra, 2011; y análisis de UNICEF de las estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012. Las cifras entre paréntesis indican la escala de incertidumbre en torno a las estimaciones.
- 5 Organización Mundial de la Salud, *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2013.
- 6 Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, págs. A87, A94.
- 7 Newell, Marie Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis', *The Lancet*, vol. 364, no. 9441, 2 de octubre de 2004, págs. 1236-1243.
- 8 Estimaciones inéditas de ONUSIDA y UNICEF.
- 9 Análisis de UNICEF de las estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- 10 Baral, Stefan, et al., 'HIV Risk and Associations of HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Peri-Urban Ciudad del Cabo, South Africa', *BMC Public Health*, vol. 11, no. 1, 5 de octubre de 2011, págs. 766-773; y Fay, Heather, et al., 'Stigma, Health Care Access, and HIV Knowledge among Men Who Have Sex with Men in Malawi, Namibia, and Botswana', *AIDS Behaviour*, vol. 15, no. 6, agosto de 2011, págs. 1088-1097.
- 11 Institute of Medicine of the National Academies, 'Summary Evaluation of PEPFAR', Report brief, National Academies Press, Washington, D.C., febrero de 2013; y Miller, Elizabeth, y Michael Samson, 'HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa', Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Economic Policy Research Institute, Nueva York y Ciudad del Cabo, julio de 2012.
- 12 Estimaciones inéditas de ONUSIDA y UNICEF.
- 13 Miller, Elizabeth, y Michael Samson, 'HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa', Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Economic Policy Research Institute, Nueva York y Ciudad del Cabo, julio de 2012.
- 14 Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Countdown to Zero: Global Plan towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive*, ONUSIDA, Ginebra, 2011, pág. 6.
- 15 Los 22 países prioritarios del Plan Mundial son: Angola, Botswana, Burundi, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, India, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe. La India es el único país prioritario fuera de África. Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Countdown to Zero: Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections Among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive*, ONUSIDA, Ginebra, 2011; y análisis de UNICEF de las estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- 16 Organización Mundial de la Salud, *Rapid Advice: Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*, OMS, Ginebra, junio de 2010, pág. 4.
- 17 Estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- 18 De Cock, Kevin M., et al., 'Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource Poor Countries: Translating research into policy and practice', *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, no. 9, 1 de marzo de 2000, págs. 1175-1182.
- 19 Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, pág. 38.
- 20 Equipo de tareas interinstitucional sobre la prevención y el tratamiento de las infecciones en mujeres embarazadas, madres e hijos, 'Regional Workshops on Costing of National Plans to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV (eMTCT): Technical report and workshop recommendations', Equipo de tareas interinstitucional sobre la prevención y el tratamiento de las infecciones en mujeres embarazadas, madres e hijos, Nueva York, 30 de noviembre de 2012.
- 21 ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013*, y estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- 22 Ibid.
- 23 Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013. Véanse los anexos de los países.
- 24 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Children and AIDS: A profile of UNICEF's response in East Asia and Pacific, 2007*, UNICEF, Bangkok, 2010; Organización Panamericana de la Salud, *2012 Progress Report: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas*, PAHO, Washington, D.C., 2013; y datos inéditos de ONUSIDA de 2012.
- 25 Comité Nacional para la prevención y el control del sida, las drogas y la prostitución, *Viet Nam AIDS Response Progress Report 2012: Following up the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS - Reporting period: January 2010-December 2011*, Gobierno de Viet Nam, Hanói, marzo de 2012, pág. 43.
- 26 Ministerio de salud y bienestar familiar, 'A Strategic Approach to Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (RMNCH+A) in India: For healthy mother and child', Gobierno de la India, Nueva Delhi, febrero de 2013, pág. 18.

- ²⁷ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, págs. 42, A87.
- ²⁸ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *2013 Progress Report on the Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections Among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive*, ONUSIDA, Ginebra, junio de 2013, págs. 12–13.
- ²⁹ Organización Mundial de la Salud, *Consolidated Guidelines on the Use of ARV Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, junio de 2013.
- ³⁰ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, pág. 38.
- ³¹ Estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- ³² Ibid.
- ³³ Análisis de UNICEF de las estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- ³⁴ Ibid.
- ³⁵ Organización Panamericana de la Salud, *2012 Progress Report: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas*, PAHO, Washington, D.C., 2013.
- ³⁶ Coalición tailandesa sobre el sida, Ministerio de salud pública y Departamento para el control de las enfermedades de Tailandia, 'Thailand AIDS Progress Report 2012: Status at a glance', Gobierno de Tailandia, Bangkok, marzo de 2012.
- ³⁷ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, '2012 Progress Reports Submitted by Countries', ONUSIDA, Ginebra, <www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries>, consultado el 27 agosto de 2013.
- ³⁸ Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, *European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015*, OMS Europa, Copenhague, 2011.
- ³⁹ Srikantiah, Padmini, *Elimination of New Paediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Asia-Pacific 2011–2015: Conceptual framework – Monitoring and evaluation guide*, Oficina Regional para Asia oriental y el Pacífico del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Bangkok, Tailandia, agosto de 2011; y Organización Mundial de la Salud, 'Elimination of Congenital Syphilis: Regional updates', OMS, Ginebra, 2013, <www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/cs_regional_updates/en/index.html>, consultado el 20 de agosto de 2013.
- ⁴⁰ International AIDS Society, 'Measuring Effectiveness of the National PMTCT Programme and Validating EMTCT: Towards elimination of mother-to-child transmission of HIV', XIX International AIDS Conference, Washington, D.C., 22–27 de julio de 2012, <<http://pág.aids2012.org/session.aspx?s=50>>, consultado el 20 de agosto de 2013.
- ⁴¹ Newell, Marie Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis', *The Lancet*, vol. 364, no. 9441, 2 de octubre de 2004, págs. 1236–1243.
- ⁴² Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Global Update on HIV Treatment 2013: Results, impact and opportunities*, OMS, Ginebra, junio de 2013, pág. 13.
- ⁴³ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, págs. A87, A94.
- ⁴⁴ ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013 y estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012*.
- ⁴⁵ ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013 y estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012*.
- ⁴⁶ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *2013 Progress Report on the Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive*, ONUSIDA, Ginebra, junio de 2013. Véanse los anexos de los países.
- ⁴⁷ Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Global Update on HIV Treatment 2013: Results, impact and opportunities*, OMS, Ginebra, junio de 2013, pág. 60.
- ⁴⁸ Ibid., pág. 30.
- ⁴⁹ Organización Mundial de la Salud, *WHO Recommendations on the Diagnosis of HIV Infection in Infants and Children*, OMS, Ginebra, 2010.
- ⁵⁰ ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013*, y estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- ⁵¹ Ibid.
- ⁵² Los datos de Lesotho son de 2011; los datos de 2012 no estaban disponibles.
- ⁵³ ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013*, y estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- ⁵⁴ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, págs. 48, A94.
- ⁵⁵ La Organización Mundial de la Salud define la delegación de tareas o compartir tareas como "la redistribución racional de tareas entre los equipos de la fuerza laboral de la salud. Las tareas específicas se delegan, cuando sea apropiado, de los trabajadores de la salud de alta cualificación a los trabajadores de salud que tienen menos cualificaciones, a fin de hacer un uso más eficaz de los recursos humanos disponibles para la salud". Organización Mundial de la Salud, *Task Shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams – Global recommendations and guidelines*, OMS, Ginebra, 2008.
- ⁵⁶ Organización Mundial de la Salud, *Consolidated Guidelines on the Use of ARV Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, junio de 2013.
- ⁵⁷ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *2013 Progress Report on the Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections by 2015 and Keeping Their Mothers Alive*, ONUSIDA, Ginebra, junio de 2013, pág. 9.
- ⁵⁸ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, pág. 41.
- ⁵⁹ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Preventing HIV and Unintended Pregnancies: Strategic framework 2011–2015 – In support of the Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections Among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive*, ONUSIDA, Nueva York, 2012.
- ⁶⁰ Alkema, Leontine, et al., 'National, Regional and Global Rates and Trends in Contraceptive Prevalence and Unmet Need for Family Planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis', *The Lancet*, vol. 11, no. 381, 11 de mayo de 2013, págs. 1642–1652.

- ⁶¹ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, págs. 41–42.
- ⁶² Family Planning 2020, 'Family Planning 2020', Fundación Bill & Melinda Gates, Seattle (WA), 2012, <www.familyplanning2020.org>, consultado el 16 de agosto de 2013.
- ⁶³ Nair, Pooja, 'Litigating against the Forced Sterilization of HIV-Positive Women: Recent developments in Chile and Namibia', *Harvard Human Rights Journal*, vol. 23, no. 1, 2010, págs. 223–231; y Center for Reproductive Rights y Vivo Positivo, 'Dignity Denied: Violations of the right to HIV-positive women in Chilean health facilities', Center for Reproductive Rights, Nueva York, 2010, <www.genderandaids.org/index.php?option=com_content&view=article&id=861:dignity-denied-violations-of-the-rights-of-hiv-positive-women-in-chilean-health-facilities&catid=38:latin-america-and-the-caribbean&Itemid=118>.
- ⁶⁴ Organización Mundial de la Salud, *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2013.
- ⁶⁵ Chimwandira, Frank, et al., 'Impact of an Innovative Approach to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV: Malawi, July 2011 to September 2012', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 62, no. 8, 1 de marzo de 2013, págs. 148–151.
- ⁶⁶ Ibid; y Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Global Update on HIV Treatment 2013: Results, impact and opportunities*, OMS, Ginebra, junio de 2013, pág. 27.
- ⁶⁷ Organización Mundial de la Salud, *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2013, pág. 35.
- ⁶⁸ Ministerio de salud y bienestar familiar, 'A Strategic Approach to Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (RMNCH+A) in India: For healthy mother and child', Gobierno de la India, Nueva Delhi, febrero de 2013, pág. 21; y Gobierno de Rwanda, International Planned Parenthood Federation, Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud, 'Linking Sexual and Reproductive Health and HIV: Gateways to integration – A case study from Rwanda – A glimpse of the future – Eliminating new HIV infections among children and keeping their mothers alive', Gobierno de Rwanda, IPPF, ONUSIDA, UNFPA y OMS, Rwanda, 2013, pág. 13.
- ⁶⁹ Organización Mundial de la Salud, *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2013, pág. 108.
- ⁷⁰ Filteau, Suzanne, 'The HIV-Exposed, Uninfected African Child', *Tropical Medicine & International Health*, vol. 14, no. 3, marzo de 2009, págs. 276–287; Marinda, Edmore, et al., 'Child Mortality according to Maternal and Infant HIV Status in Zimbabwe', *Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 26, no. 6, junio de 2007, págs. 519–526; y Landes, Megan, et al., 'Mortality and Health Outcomes of HIV-Exposed and Unexposed Children in a PMTCT Cohort in Malawi', *PLoS One*, vol. 7, no. 10, octubre de 2012, págs. 1–7.
- ⁷¹ Organización Mundial de la Salud, *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2013.
- ⁷² Thorne, Claire, et al., 'Prevention of Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus among Pregnant Women Using Injecting Drugs in Ukraine, 2000–10', *Addiction*, vol. 107, no. 1, 1 de enero de 2012, págs. 118–128.
- ⁷³ Ibid; y Adelekan, Moruf L., 'Substance Use, HIV Infection and the Harm Reduction Approach in Sub-Saharan Africa', *International Journal of Drug Policy*, vol. 9, no. 5, 1 de octubre de 1998, págs. 315–323.
- ⁷⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 'Women and HIV in Prison Settings', Policy brief, UNODC, Viena, Austria, 2008, pág. 1; y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Internacional del Trabajo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 'Policy Brief: HIV prevention, treatment, and care in prisons and other closed settings – A comprehensive package of interventions', UNODC, Viena, junio de 2013, pág. 1.
- ⁷⁵ Kali, Paula B. N., et al., 'Combining PMTCT with Active Case Finding for Tuberculosis', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 42, no. 3, julio de 2006, págs. 379–381; y Organización Mundial de la Salud, *WHO Policy on Collaborative TB/HIV Activities: Guidelines for national programmes and other stakeholders*, OMS, Ginebra, 2012.
- ⁷⁶ Gupta, Amita, et al., 'Maternal Tuberculosis: A risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus', *Journal of Infectious Diseases*, vol. 203, no. 3, 1 de febrero de 2011, págs. 358–362.
- ⁷⁷ Organización Mundial de la Salud, *Guidelines for Intensified Tuberculosis Case-Finding and Isoniazid Preventive Therapy for People Living with HIV in Resource-Constrained Settings*, OMS, Ginebra, 2011; y Patel, M. R., et al., 'Outcomes of Integrated Treatment for Tuberculosis and HIV in Children at the Primary Health Care Level', *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 17, no. 9, 1 de septiembre de 2013, págs. 1206–1211.
- ⁷⁸ Organización Mundial de la Salud, *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginebra, 2013.
- ⁷⁹ Weigel, Ralf, et al., 'Managing HIV-Infected Children in a Low-Resource, Public Clinic: A Comparison of Nurse vs. Clinical Officer Practices in ART Refill, Calculation of Adherence and Subsequent Appointments', *Journal of the International AIDS Society*, vol. 15, no. 2, 17 de agosto de 2012; Cohen, Rachel, et al., 'Antiretroviral Treatment Outcomes from a Nurse-Driven, Community-Supported HIV/AIDS Treatment Programme in Rural Lesotho: Observational cohort assessment at two years', *Journal of the International AIDS Society*, vol. 12, 8 de octubre de 2009; y Van Griensven, Johan, et al., 'Success with Antiretroviral Treatment for Children in Kigali, Rwanda: Experience with health center/nurse-based care', *BMC Pediatrics*, vol. 8, no. 1, 2 de octubre de 2008.
- ⁸⁰ Kredo, Tamara, et al., 'Decentralising HIV Treatment in Lower- and Middle-Income Countries', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 6, 27 de junio de 2013; Gobierno de Rwanda, International Planned Parenthood Federation, Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud, 'Linking Sexual and Reproductive Health and HIV: Gateways to integration – A case study from Rwanda – A glimpse of the future – Eliminating new HIV infections among children and keeping their mothers alive', Gobierno de Rwanda, IPPF, ONUSIDA, UNFPA y OMS, Rwanda, 2013, pág. 13; Ong'ech, John O., et al., 'Provision of Services and Care for HIV-Exposed Infants: A comparison of maternal and child health clinic and HIV

- comprehensive care clinic models', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 61, no. 1, 1 de septiembre de 2012, págs. 83–89; y Bolton-Moore, Carolyn, et al., 'Clinical Outcomes and CD4 Cell Response in Children Receiving Antiretroviral Therapy at Primary Health Care Facilities in Zambia', *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, no. 16, 24 de octubre de 2007, págs. 1888–1899.
- ⁸¹ Organización Internacional del Trabajo, 'Outcome 8: The world of work responds effectively to the HIV/AIDS epidemic', OIT, Ginebra, 2012, <www.ilo.org/public/english/bureau/program/download/pdf/10-11/iroutcome8.pdf>, consultado el 22 de agosto de 2013; y Organización Internacional del Trabajo, *Report of the Director-General: OIT programme implementation 2008–2009*, OIT, Ginebra, 2012, págs. 85–86.
- ⁸² Gobierno de Rwanda, International Planned Parenthood Federation, Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud, 'Linking Sexual and Reproductive Health and HIV: Gateways to integration – A case study from Rwanda – A glimpse of the future – Eliminating new HIV infections among children and keeping their mothers alive', Gobierno de Rwanda, IPPF, ONUSIDA, UNFPA y OMS, Rwanda, 2013, pág. 13.
- ⁸³ Rollins, Nigel, et al., 'Universal HIV Testing of Infants at Immunization Clinics: An acceptable and feasible approach for early infant diagnosis in high HIV prevalence settings', *AIDS*, vol. 23, no. 14, 10 de septiembre de 2009, págs. 1851–1857.
- ⁸⁴ Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010 – WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates*, OMS, Ginebra, 2012, pág. 25.
- ⁸⁵ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Committing to Child Survival: A promise renewed – Progress report 2013*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2013, pág. 7.
- ⁸⁶ Organización Mundial de la Salud, *Accountability for Maternal, Newborn & Child Survival: The 2013 update*, OMS, Ginebra, 2013, pág. 7.
- ⁸⁷ ONUSIDA, UNICEF, OMS, *2013 Global AIDS Response Progress Reporting*, y estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- ⁸⁸ Ibid.
- ⁸⁹ Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Global Update on HIV Treatment 2013: Results, impact and opportunities*, OMS, Ginebra, junio de 2013; Ong'ech, John O., et al., 'Provision of Services and Care for HIV-Exposed Infants: A comparison of maternal and child health clinic and HIV comprehensive care clinic models', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 61, no. 1, 1 de septiembre de 2012, págs. 83–89; Fayorsey Ruby, N., et al., 'Decentralization of Pediatric HIV Care and Treatment in Five Sub-Saharan African Countries', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 62, no. 5, 15 de abril de 2013, págs. 124–130; y Bolton-Moore, Carolyn, et al., 'Clinical Outcomes and CD4 Cell Response in Children Receiving Antiretroviral Therapy at Primary Health Care Facilities in Zambia', *Journal of the Medical American Association*, vol. 298, no. 16, 24 de octubre de 2007, págs. 1888–1899.
- ⁹⁰ Institute of Medicine of the National Academies, 'Summary Evaluation of PEPFAR', Report brief, National Academies Press, Washington, D.C., febrero de 2013; y Miller, Elizabeth, y Michael Samson, 'HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa', Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Economic Policy Research Institute, Nueva York y Ciudad del Cabo, julio de 2012.
- ⁹¹ Estimaciones inéditas de ONUSIDA y UNICEF.
- ⁹² Análisis de UNICEF de las estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- ⁹³ Garcia, Marito, y Charity M. T. Moore, *The Cash Dividend: The rise of cash transfer programs in Sub-Saharan Africa*, Publicaciones del Banco Mundial, Washington D.C., febrero de 2012.
- ⁹⁴ Miller, Elizabeth, y Michael Samson, 'HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa', Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Economic Policy Research Institute, Nueva York y Ciudad del Cabo, julio de 2012; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Understanding and Acting on Critical Enablers and Development Synergies for Strategic Investments*, PNUD, Nueva York, 2012, págs. 5, 19; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Good Policy and Practice in HIV and Health Education: Booklet 7 – Gender equality, HIV and education*, UNESCO, París, 2012, págs. 35–43; Erulkar, Annabel, et al., 'Tap and Reposition Youth (TRY): Providing social support, savings, and microcredit opportunities for young women in areas with high HIV prevalence', SEEDS Pamphlet Series, vol. 23, Population Council, Nueva York, 23 de noviembre de 2006; Vincent, Katharine, and Tracy Cull, 'Impacts of Social Cash Transfers: Case study evidence from across southern Africa', Second Conference of the IESE: Poverty Dynamics and Economic Accumulation Patterns in Mozambique, Maputo, 22–23 de abril de 2009, Regional Hunger and Vulnerability Program, Johannesburgo, Sudáfrica, 2009; y Baird, Sarah J., et al., 'Effect of a Cash Transfer Programme for Schooling on Prevalence of HIV and Herpes Simplex Type 2 in Malawi: A cluster randomised trial', *The Lancet*, vol. 379, no. 9823, 7 de abril de 2012, págs. 1320–1329.
- ⁹⁵ Este trabajo recibe el apoyo de la Fundación Hilton y UNICEF.
- ⁹⁶ Ministerio de Salud y Bienestar Familiar. 'A Strategic Approach to Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (RMNCH+A) in India: For healthy mother and child', Gobierno de la India, Nueva Delhi, febrero de 2013, pág. 21.
- ⁹⁷ Kim, Maria H., et al., 'The Tingathe Program: A pilot intervention using community health workers to create a continuum of care in the prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) cascade of services in Malawi', *Journal of the International AIDS Society*, vol. 15, suplemento 2, 11 de julio de 2012, doi: 10.7448/IAS.15.4.17389.
- ⁹⁸ Organización Mundial de la Salud, Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Guidelines on HIV and infant feeding 2010: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*, OMS, Ginebra, 2010.
- ⁹⁹ Stover, John, y Mary Mahy, 'The Cost-Effectiveness of Family Planning in Reducing the Number of Children with HIV Infection', presentación en la XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ETS en África, Addis Ababa, 4–8 de diciembre de 2011.
- ¹⁰⁰ Estos países incluyen Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, India, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, Sudáfrica, Sudán, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe; y Mahy, Mary, et al., 'What Will it Take to Achieve Virtual Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs', *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, suplemento 2, diciembre de 2010, págs. ii48–ii55.
- ¹⁰¹ Ibid.

- ¹⁰² Organización Mundial de la Salud, *Male Involvement in the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV*, OMS, Ginebra, 2012.
- ¹⁰³ Gobierno de Rwanda, International Planned Parenthood Federation, Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud, 'Linking Sexual and Reproductive Health and HIV: Gateways to integration – A case study from Rwanda – A glimpse of the future – Eliminating new HIV infections among children and keeping their mothers alive', Gobierno de Rwanda, IPPF, ONUSIDA, UNFPA y OMS, Rwanda, 2013, pág. 13.
- ¹⁰⁴ Thorne, Claire, et al., 'Prevention of Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus among Pregnant Women Using Injecting Drugs in Ukraine, 2000–10', *Addiction*, vol. 107, no. 1, 1 de enero de 2012, págs. 118–128.
- ¹⁰⁵ International Treatment Preparedness Coalition, 'Missing the Target 10: Communities and the Treatment 2.0 initiative – Delivering on the next treatment scale-up', ITPC, Bangkok y Nueva York, octubre de 2012.
- ¹⁰⁶ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, 'World Population Prospects: The 2012 revision', CD-ROM, DESA, junio de 2013.
- ¹⁰⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín sobre los adolescentes*, Número 10, UNICEF, Nueva York, abril de 2012, pág. 9.
- ¹⁰⁸ Análisis de UNICEF de las estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- ¹⁰⁹ Estimaciones inéditas de ONUSIDA y UNICEF.
- ¹¹⁰ Base mundial de datos de UNICEF, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2008–2012.
- ¹¹¹ *Ibid.*; y Mahy, Mary, Jesus Maria Garcia-Calleja y Kimberly Anne Marsh, 'Trends in HIV Prevalence among Young People in Generalised Epidemics: Implications for monitoring the HIV epidemic', *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88, 2012, págs. i65–i75.
- ¹¹² Eurasian Harm Reduction Network, *Young People and Injecting Drug Use in Selected Countries of Eastern and Central Europe*, EHRN, Vilnius, 2009.
- ¹¹³ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Organización Mundial de la Salud, *Joint Strategic Action Framework to Accelerate the Scale-Up of Voluntary Male Medical Circumcision for HIV Prevention in Eastern and Southern Africa, 2012–2016*, UNAIDS and OMS, Ginebra, noviembre de 2011, pág. 7.
- ¹¹⁴ *Ibid.*
- ¹¹⁵ Los 14 países prioritarios de África son: Botswana, Etiopía, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Swazilandia, Sudáfrica, República Unida de Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe.
- ¹¹⁶ Cherutich, Peter, et al., 'Progress in Voluntary Medical Male Circumcision Service Provision: Kenya, 2008–2011', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 61, no. 47, 30 de noviembre de 2012, págs. 957–961.
- ¹¹⁷ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013, pág. 18.
- ¹¹⁸ (i) Silverman, Jay G., 'Adolescent Female Sex Workers: Invisibility, violence and HIV', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 96, no. 5, 28 de febrero de 2011, págs. 478–481. (ii) Base mundial de datos de UNICEF, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012. (iii) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2014* (de próxima aparición). (iv) Naciones Unidas, *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013*, Naciones Unidas, Nueva York, junio de 2013, pág. 33. (v) Organización Mundial de la Salud, 'Adolescent Pregnancy: Fact sheet number 364', OMS, Ginebra, mayo de 2012, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en>>, consultado el 23 octubre de 2013. (vi) Base mundial de datos de UNICEF, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012. (vii) Pinheiro, Paulo Sérgio, *Informe mundial sobre la violencia contra los niños*, Naciones Unidas, Ginebra, 2006, pág. 12. (viii) Base mundial de datos de UNICEF, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.
- ¹¹⁹ Análisis de UNICEF de las estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el sida de 2012.
- ¹²⁰ *Ibid.*
- ¹²¹ Leclerc-Madlala, Suzanne, 'Age-Disparate and Intergenerational Sex in Southern Africa: The dynamics of hypervulnerability', *AIDS*, vol. 22, suplemento 4, diciembre de 2008, págs. S17–S25; Leclerc-Madlala, Suzanne, 'Cultural Scripts for Multiple and Concurrent Partnerships in Southern Africa: Why HIV prevention needs anthropology', *Sexual Health*, vol. 6, no. 2, mayo de 2009, págs. 103–110; Stroeken, Koen, et al., 'HIV among Out-of-School Youth in Eastern and Southern Africa: A review', *AIDS Care*, vol. 24, no. 2, febrero de 2012, págs. 186–194; y Cluver, Lucie, et al., 'Transactional Sex amongst AIDS-Orphaned and AIDS-Affected Adolescents Predicted by Abuse and Extreme Poverty', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 58, no. 3, 1 de noviembre de 2011, págs. 336–343.
- ¹²² Baral, Stefan, et al., 'HIV Risk and Associations of HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Peri-Urban Ciudad del Cabo, South Africa', *BMC Public Health*, vol. 11, no. 1, 5 de octubre de 2011, págs. 766–773; y Fay, Heather, et al., 'Stigma, Health Care Access, and HIV Knowledge Among Men Who Have Sex with Men in Malawi, Namibia, and Botswana', *AIDS Behaviour*, vol. 15, no. 6, agosto de 2011, págs. 1088–1097.
- ¹²³ Comisión sobre el sida en Asia, *Redefining AIDS in Asia: Crafting an effective response*, Oxford University Press, Nueva Delhi, 2008.
- ¹²⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Living in Harm's Way: Young key populations in Asia Pacific's HIV epidemic* (de próxima aparición).
- ¹²⁵ Organización nacional para el control del sida de la India, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar y Gobierno de la India, 'HIV Sentinel Surveillance 2010–11: A technical brief', Gobierno de la India, Nueva Delhi, septiembre de 2012; y Oficina de epidemiología de Tailandia, 'HIV Serological Surveillance Report: 2011 Thailand – 29th Round', Oficina de epidemiología de Tailandia, Bangkok, 2012.
- ¹²⁶ Chengdu MSM HIV/AIDS Prevention Team, 'Chengdu MSM HIV/AIDS Prevention Situation and Response Analysis', Presentation by Chengdu MSM HIV/AIDS Prevention Team at the Men Who Have Sex with Men and Transgender Populations Multi-City HIV Initiative Meeting, Hong Kong, 7–9 de diciembre de 2010.
- ¹²⁷ Organización nacional para el control del sida de la India, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar y Gobierno de la India, 'HIV Sentinel Surveillance 2010–11: A technical brief', Gobierno de la India, Nueva Delhi, septiembre de 2012.
- ¹²⁸ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida: Anexos*, ONUSIDA, Ginebra, 2012.
- ¹²⁹ República Socialista de Viet Nam, 'Fourth Country Report on Following Up the Implementation to the Declaration of Commitment on HIV and AIDS: Reporting period: January 2008–December 2009', Gobierno de Viet Nam, Hanoi, marzo de 2010.

- ¹³⁰ Programa Nacional del sida (Myanmar), Departamento de Salud y Ministerio de salud, *HIV Sentinel Sero-Surveillance Survey Report 2012*, Programa Nacional del sida, Naypyidaw (Myanmar), febrero de 2013, pág. 33.
- ¹³¹ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida*, 2012, ONUSIDA, Ginebra, 2013, pág. 30.
- ¹³² Emmanuel, Faran, et al., 'Second-Generation Surveillance for HIV/AIDS in Pakistan: Results from the 4th round of Integrated Behavior and Biological Survey 2011–2012', *Sexually Transmitted Infections*, publicado primero en la web: 2 de agosto de 2013, doi:10.1136/sextrans-2013-051161.
- ¹³³ Busza, J., et al., 'Injecting Behaviour and Service Use among Young Injectors in Albania, Moldova, Romania and Serbia', *International Journal of Drug Policy*, vol. 24, no. 5, septiembre de 2013, págs. 423–431; y Oficina Regional de las Naciones Unidas para Europa Central y Oriental/Comunidad de Estados Independientes, *Experiences from the Field: HIV prevention among most at-risk adolescents in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*, Oficina Regional de UNICEF para la ECE/CEI, Ginebra, 2013.
- ¹³⁴ Base mundial de datos de UNICEF, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.
- ¹³⁵ Organización Mundial de la Salud, 'Statement on HIV Testing and Counselling: WHO, UNAIDS re-affirm opposition to mandatory HIV testing', OMS, Ginebra, 28 de noviembre de 2012, <www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/index.html>, consultado el 3 de junio de 2013.
- ¹³⁶ Kasedde, Susan, et al., 'Reducing HIV and AIDS in Adolescents: Opportunities and challenges', *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 10, no. 2, junio de 2013, págs. 159–168.
- ¹³⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Global Commission on HIV and the Law: Risks, rights & health*, PNUD, Nueva York, julio de 2012.
- ¹³⁸ Evans, Denise, et al., 'Treatment Outcomes of HIV-Infected Adolescents Attending Public-Sector HIV Clinics across Gauteng and Mpumalanga, South Africa', *AIDS Research and Human Retroviruses*, vol. 29, no. 6, junio de 2013, págs. 892–900; y Shroufi, Amir, et al., 'HIV-Infected Adolescents in Southern Africa Can Achieve Good Treatment Outcomes: Results from a retrospective cohort study', *AIDS*, vol. 27, no. 12, 31 de julio de 2013, págs. 1971–1978.
- ¹³⁹ Ferrand, Rashida A., et al., 'Survey of Children Accessing HIV Services in a High HIV Prevalence Setting: Time for adolescents to count?', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 88, no. 6, junio de 2010, págs. 428–434; Ferrand, Rashida A., et al., 'Causes of Acute Hospitalization in Adolescence: Burden and spectrum of HIV-related morbidity in a country with an early-onset and severe HIV epidemic – A prospective survey', *PLoS Medicine*, vol. 7, no. 2, 2 de febrero de 2010, págs. 1–11; Ferrand, Rashida A., et al., 'Undiagnosed HIV Infection among Adolescents Seeking Primary Health Care in Zimbabwe', *Clinical Infectious Diseases*, vol. 51, no. 7, 2010, págs. 844–851; y Arrivé, Elise, et al., 'HIV Status Disclosure and Retention in Care in HIV-Infected Adolescents on Antiretroviral Therapy (ART) in West Africa', *PLoS One*, vol. 7, no. 3, 21 de marzo de 2012.
- ¹⁴⁰ Ferguson, Jane, et al., 'WHO Guidelines on HIV Testing and Counselling for Adolescents and Care for Adolescents Living with HIV', cartel de la conferencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2013.
- ¹⁴¹ Child Helpline International, *Annual Report 2012: Giving a voice to children and young people worldwide*, Child Helpline International, Ámsterdam, junio de 2013.
- ¹⁴² Schwarzländer, Bernhard, et al., 'Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS', *The Lancet*, vol. 377, no. 9782, 11 de junio de 2011, págs. 2031–2041.
- ¹⁴³ Birdthistle, Isolde, et al., 'Investing in Young People: A review of national-level spending on HIV prevention for young people in 16 countries with generalized HIV epidemics', Presentado en la 19 Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington, D.C., 22–27 de julio de 2012; y análisis de UNICEF sobre los datos inéditos de la base de datos del Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida de todas las evaluaciones de gasto nacional en el sida, febrero de 2013.
- ¹⁴⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Futures Institute, *The Impact and Cost of the HIV/AIDS Investment Framework for Adolescents*, UNICEF, Nueva York, 2013 (documento inédito).
- ¹⁴⁵ En el momento en que se llevó a cabo este ejercicio de modelización, sólo estaban disponibles los datos y estimaciones para 2011. El modelo y los resultados fueron convalidados por expertos en programas antes del lanzamiento de las nuevas estimaciones por país para 2012 de ONUSIDA, en septiembre de 2013. Las cifras de nuevas infecciones por VIH entre los adolescentes, el número de adolescentes que viven con el VIH y las muertes por sida entre los adolescentes que se registran aquí en relación con el modelado pueden, por lo tanto, diferir de las nuevas estimaciones de 2012 de los países, utilizadas en el presente informe.
- ¹⁴⁶ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Understanding and Acting on Critical Enablers and Development Synergies for Strategic Investments*, PNUD, Nueva York, 2012.
- ¹⁴⁷ Anderson, Mark, et al., 'Violence against Children in Swaziland: Findings from a national survey on violence against children in Swaziland – May 15–June 16, 2007', Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Centro de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de las Enfermedades, Swazilandia y Atlanta, octubre de 2007; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Centro de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de las Enfermedades y Muhimbili University of Health and Allied Sciences, 'Violence against Children in Tanzania: Findings from a national survey 2009', UNICEF, Dar es Salaam, agosto de 2011.
- ¹⁴⁸ Jewkes, Rachel K., et al., 'Intimate Partner Violence, Relationship Power Inequity, and Incidence of HIV Infection in Young Women in South Africa: A cohort study', *The Lancet*, vol. 376, no. 9734, 3 de julio de 2010, págs. 41–48; y Kouyoumdjian, Fiona, et al., 'Intimate Partner Violence Is Associated with Incident HIV Infection in Women in Uganda', *AIDS*, vol. 27, no. 8, 15 de mayo de 2013, págs. 1331–1338.
- ¹⁴⁹ Organización Mundial de la Salud, *Global and Regional Estimates of Violence against Women*, OMS, Ginebra, 2013, pág. 22.
- ¹⁵⁰ Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 'Understanding and Acting on Critical Enablers and Development Synergies for Strategic Investments', PNUD, Nueva York, 2012.
- ¹⁵¹ Interagency Youth Working Group, 'The Intersection of Economic Empowerment and Youth Sexual and Reproductive Health', Youth Lens on Reproductive Health and HIV/AIDS research brief, no. 37, FHI 360, Washington, D.C., mayo de 2013; Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 'Understanding and Acting on Critical Enablers and Development Synergies for Strategic Investments', PNUD, Nueva York, 2012; y Lutz, Brian, 'Can (Conditional) Cash Transfers Contribute to HIV Prevention for Girls?', Discussion paper in Good Policy and Practice in HIV and Health Education: Booklet 7 – Gender equality, HIV and education, UNESCO, París, Francia, 2012, pág. 38.

- ¹⁵² Erulkar, Annabel, et al., 'Tap and Reposition Youth (TRY): Providing social support, savings, and microcredit opportunities for young women in areas with high HIV prevalence', SEEDS pamphlet series, vol. 23, Population Council, Nueva York, 2006; and Baird, Sarah J., et al., 'Effect of a Cash Transfer Programme for Schooling on Prevalence of HIV and Herpes Simplex Type 2 in Malawi: A cluster randomised trial', *The Lancet*, vol. 379, no. 9823, 7 de abril de 2012, págs. 1320–1329.
- ¹⁵³ Rijdsdijk, Liesbeth E., et al., 'The World Starts with Me: A multilevel evaluation of a comprehensive sex education programme targeting adolescents in Uganda', *BMC Public Health*, vol. 11, 18 de mayo de 2011, págs. 334–346; Inter-Agency Task Team on Education, *Communication and Advocacy Tools User's Guide*, American Institutes for Research, Washington, D.C., enero de 2013, págs. 18–22; Jukes, Matthew, Stephanie Simmons y Donald Bundy, 'Education and Vulnerability: The role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa', *AIDS*, vol. 22, suplemento 4, diciembre de 2008, págs. S41–S56; y Baird, Sarah J., et al., 'Effect of a Cash Transfer Programme for Schooling on Prevalence of HIV and Herpes Simplex Type 2 in Malawi: A cluster randomised trial', *The Lancet*, vol. 379, no. 9823, 7 de abril de 2012, págs. 1320–1329.
- ¹⁵⁴ Jukes, Matthew, Stephanie Simmons y Donald Bundy, 'Education and Vulnerability: The role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa', *AIDS*, vol. 22, suplemento 4, diciembre de 2008, págs. S41–S56.
- ¹⁵⁵ Datos de varios países disponibles en la Organización Mundial de la Salud, 'Global School-Based Student Health Surveys', OMS, Ginebra, <www.who.int/chp/gshs/en/index.html>.
- ¹⁵⁶ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*, UNESCO, París, diciembre de 2009; y Kivela, Jari, Evert Ketting y Rob Baltussen, 'Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries', *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, vol. 11, no. 17, 1 de agosto de 2013, págs. 1–7.
- ¹⁵⁷ Jukes, Matthew, Stephanie Simmons y Donald Bundy, 'Education and Vulnerability: The role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa', *AIDS*, vol. 22, suplemento 4, diciembre de 2008, págs. S41–S56.
- ¹⁵⁸ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y Equipo de tareas interinstitucional sobre educación del Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *2011–2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey: Progression, regression or stagnation?*, UNESCO, París, 2013; y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*, UNESCO, París, diciembre de 2009.
- ¹⁵⁹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*, UNESCO, París, diciembre de 2009.
- ¹⁶⁰ Valerio, Alexandria, et al., 'Education and HIV/AIDS: A sourcebook of HIV/AIDS prevention programmes', Working paper, Banco Mundial, Washington, D.C., 2003; Beasley, Michael, Alexandria Valerio y Donald A. P. Bundy, eds., *Education and HIV/AIDS: A sourcebook of HIV/AIDS prevention programs – Education sector-wide approaches*, vol. 2, Banco Mundial, Washington, D.C., 2008; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Partnership for Child Development y Banco Mundial, *Promoting Quality Education for Orphans and Vulnerable Children: A sourcebook of programme experiences in Eastern and Southern Africa*, UNICEF, Nueva York, noviembre de 2009; y O'Connell, Tara, Mohini Venkatesh y Donald Bundy, eds., *Strengthening the Education Sector Response to School Health, Nutrition and HIV/AIDS in the Caribbean Region: A rapid survey of 13 countries*, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2009.
- ¹⁶¹ Bundy, Donald, *Rethinking School Health: A key component of education for all*, Directions in Development Series, Banco Mundial, Washington, D.C., 2011.
- ¹⁶² Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y Equipo de tareas interinstitucional sobre educación del Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *2011–2012 Education Sector HIV/AIDS Global Progress Survey: Progression, regression or stagnation?*, UNESCO, París, 2013.
- ¹⁶³ Task Team for the Global Thematic Consultation on Health in the Post-2015 Development Agenda, 'Health in the Post-2015 Agenda: Report of the global thematic consultation on health', *The World We Want*, abril de 2013, pág. 65.
- ¹⁶⁴ Declaración política sobre el VIH y el SIDA de las Naciones Unidas: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, A/RES/65/277, Naciones Unidas, Nueva York, 10 de junio de 2011.
- ¹⁶⁵ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo más allá de 2014, 'Bali Global Youth Forum Declaration', ICPD, Nueva York, diciembre de 2012.
- ¹⁶⁶ 'About Us', 2010, <www.iattcaba.org/web/guest/about-us>, consultado el 18 de septiembre de 2013; y Inter-Agency Task Team for HIV Prevention and Young People, 'About the IATT', 2013, <www.youngpeopleandhiv.org/iatt_about.html>, consultado el 18 de septiembre de 2013.
- ¹⁶⁷ Equipo de trabajo interinstitucional sobre la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH en las mujeres embarazadas, madres y niños, 'The Inter-Agency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children', Nueva York, 2013, <www.emtct-iatt.org>, consultado el 18 de septiembre de 2013.
- ¹⁶⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, "Comité de los Derechos del Niño", ACNUR, Ginebra, <www2.ohchr.org/english/bodies/crc/>, consultado el 20 de agosto de 2013.
- ¹⁶⁹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, *Displacement: The new 21st-century challenge – UNHCR global trends 2012*, ACNUR, Ginebra, junio de 2013.
- ¹⁷⁰ Gobierno de Mozambique, 'Ministry of Health Reports: ART', Ministerio de salud de Mozambique, 2013, <www.misau.gov.mz/index.php/hiv-sida/cat_view/82-hivsida/89-informacaoestrategica-relatorios/90-relatorios-tarv>, consultado el 2 de octubre de 2013.
- ¹⁷¹ Equipo de trabajo interinstitucional para abordar el VIH en emergencias humanitarias, 'Interrupted HIV Treatment in a Forgotten Conflict: The Central African Republic', Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas, agosto de 2013; y Inter-Agency Standing Committee, IASC Guidelines for Addressing HIV interventions in Humanitarian settings, IASC, Ginebra, septiembre de 2010.

ANEXO: TABLAS ESTADÍSTICAS

NOTAS SOBRE LOS DATOS

Fuentes y compilación de los datos

Los datos y los análisis que se presentan en este quinto informe sobre la situación de la infancia y el sida provienen de información del banco mundial de datos de UNICEF obtenida en diversas fuentes, entre ellas los datos representativos a nivel nacional compilados a través de encuestas a hogares, como las Encuestas Demográficas y de Salud, las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y las Encuestas sobre Salud Reproductiva; las estadísticas de los servicios de los programas nacionales que UNICEF, la OMS y ONUSIDA compilan anualmente por medio del proceso de Informes sobre los progresos a la respuesta mundial contra el sida (GARPR): las estimaciones de los países sobre las necesidades de atención y tratamiento del VIH modeladas por ONUSIDA y la OMS en colaboración con los países; y las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas sobre el número de nacimientos anuales.

En 2013, el ONUSIDA, UNICEF y la OMS recopilaron datos sobre la cobertura de los programas nacionales de VIH en todo el mundo, a través del proceso GARPR 2013, una herramienta de información para supervisar e informar sobre el progreso nacional hacia los objetivos y las metas relacionados con el VIH y el sida. La herramienta comprende generalmente indicadores para medir el progreso hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención, incluyendo las intervenciones para las mujeres y los niños relativas al VIH, como la prevención de la transmisión de madre a hijo y la atención pediátrica del VIH. La herramienta también recopiló datos actualizados de encuestas de hogares sobre nacimientos en torno al VIH y el comportamiento sexual. El GARPR reemplaza la herramienta conjunta de informes sobre la respuesta del sector sanitario al VIH y el SIDA y recopiló datos de los programas contra el VIH para el período de 12 meses de enero a diciembre de 2013.

Estimaciones sobre las necesidades de atención y tratamiento del VIH entre las mujeres embarazadas y los niños

En 2013, ONUSIDA y la OMS refinaron los métodos de estimación sobre el VIH y el sida para reflejar los datos disponibles más fidedignos procedentes de las encuestas de la población, los sistemas nacionales ampliados de vigilancia y las estadísticas referidas a los servicios de los programas de una serie de países. Como resultado, ONUSIDA generó retrospectivamente nuevas estimaciones sobre la prevalencia del VIH, el número de personas que viven con VIH, las necesidades en materia de tratamiento

pediátrico del VIH y los niños cuyos progenitores perdieron la vida por cualquier causa, o por el sida, en años anteriores, todo ello sobre la base de la metodología refinada.

En aras de la coherencia, y para poder establecer una medida comparativa de los progresos, los análisis sobre tendencias se deben volver a calcular utilizando solamente las nuevas estimaciones.

De manera similar, las estimaciones mundiales sobre el número de niños que necesitan terapia antirretroviral y el número de mujeres embarazadas que viven con VIH también se han depurado, y las tasas de cobertura correspondientes al período de 2005–2011 se volvieron a calcular de este modo, utilizando estas nuevas estimaciones. Las estimaciones incluyeron los últimos datos dados a conocer por los países desde 2012. Los métodos y supuestos del modelo de estimaciones de ONUSIDA y la OMS siguen evolucionando y se actualizan periódicamente a medida que se dispone de nueva información.

Como resultado de lo anterior, la proporción estimada de niños de 0 a 14 años que recibieron terapia antirretroviral en 2012 fue del 34%. No resulta muy diferente de la cobertura estimada publicada en otros informes anteriores sobre el inventario de la situación. Cualquier cambio en la cobertura estimada no refleja un aumento ni una disminución en el número de niños que necesitan terapia antirretroviral y reciben el tratamiento, sino a las modificaciones en los métodos de estimación y en la cobertura de las intervenciones programáticas clave en materia de VIH y sida, especialmente la prevención de la transmisión de madre a hijo. Debido a estos cambios, las tasas de cobertura de 2012 no se deben comparar con las cifras de cobertura publicadas en versiones previas de los informes sobre los progresos que incluyen los mismos datos. Por esta razón, todas las estimaciones de años anteriores sobre el tratamiento pediátrico antirretroviral y los antirretrovirales para evitar la transmisión de madre a hijo se han vuelto a calcular para el informe de este año.

En términos generales, las diferencias entre las nuevas estimaciones y las que se publicaron anteriormente no se relacionan con tendencias a lo largo del tiempo, y por lo tanto no se pueden comparar. Tampoco se pueden comparar otras estimaciones revisadas con las estimaciones publicadas en años anteriores. Sin embargo, las tendencias a lo largo del tiempo se pueden evaluar utilizando revisiones metodológicas de ONUSIDA aplicadas retrospectivamente a datos anteriores sobre el VIH y el sida.

Para obtener más detalles sobre los datos, los informes de países y la metodología utilizada en las estimaciones sobre el VIH, sírvase visitar <www.unaids.org>.

Eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y mantener con vida a sus madres

Países y zonas	Estimación de la prevalencia del VIH (%) entre adultos (de 15 a 49 años), 2012	Cobertura de la atención prenatal – por lo menos una visita (%), 2008–2012*	Cifra anual de nacimientos (miles), 2012	Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012			Cifra registrada de mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron ARV para la PTMH, 2012	Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron ARV para la PTMH, 2012		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Afganistán	<0,1	48	1.053	–	<100	<1.000	7	–	1	10
Albania	–	97	40	–	–	–	1	–	–	–
Alemania	–	100 x	699	–	<500	<500	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	2,3	80 x	934	15.000	12.000	19.000	2.656	17	14	22
Antigua y Barbuda	–	100	1	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	97	565	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	–	89 x	946	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	0,4	99 x	695	–	1.400	2.400	1.612	–	63	>95
Armenia	0,2	99	41	–	<100	<100	13	–	22	>95
Australia	–	98	305	–	<100	<200	–	–	–	–
Austria	–	–	80	–	<100	<200	–	–	–	–
Azerbaiyán	0,2	77 x	168	–	<100	<100	35	–	37	75
Bahamas	–	98 x	6	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	100 x	20	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,1	55	3.150	–	<100	1.400	16	–	4	>95
Barbados	–	100 x	4	–	<100	<100	–	–	–	–
Belarús	0,4	100	103	–	<200	<500	203	–	83	>95
Bélgica	–	–	129	–	<200	<500	–	–	–	–
Belice	1,4	96	8	–	<100	<100	40	–	44	60
Benin	1,1	86	371	3.400	2.900	4.000	1.349	40	34	47
Bhután	0,2	97	15	–	<100	<100	9	–	32	>95
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,3	86	273	–	<200	<1.000	163	–	21	72
Bosnia y Herzegovina	–	87	34	–	–	–	1	–	–	–
Botswana	23,0	94 x	48	13.000	11.000	14.000	12.207	>95	86	>95
Brasil	–	98	3.009	–	3.900	5.300	7.641	–	>95	>95
Brunei Darussalam	–	99	7	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	70	–	<100	<100	–	–	–	–
Burkina Faso	1,0	94	683	5.400	4.400	6.700	3.582	66	53	81
Burundi	1,3	99	443	5.100	3.900	6.500	2.742	54	41	69
Cabo Verde	0,2	98 x	10	–	<100	<100	244	–	>95	>95
Camboya	0,8	89	386	–	<1.000	2.300	1.058	–	61	>95
Camerún	4,5	85	820	27.000	23.000	31.000	17.362	64	56	73
Canadá	–	100 x	391	–	<200	<500	–	–	–	–
Chad	2,7	53	579	12.000	10.000	16.000	1.680	14	11	18
Chile	0,4	–	246	–	<100	<500	–	–	–	–
China	–	94	18.455	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	99 x	13	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	0,5	97	912	–	1.400	2.800	854	–	30	59
Comoras	2,1	92	26	–	<200	<500	–	–	1	2
Congo	2,8	93	165	3.100	2.700	3.500	579	19	17	22
Costa Rica	0,3	90	74	–	–	–	37	–	–	–
Côte d'Ivoire	3,2	91	731	20.000	16.000	24.000	13.294	68	55	84
Croacia	–	–	41	–	<100	<100	–	–	–	–
Cuba	<0,1	100	108	–	<100	<100	106	–	>95	>95
Dinamarca	–	–	64	–	<100	<100	–	–	–	–
Djibouti	1,2	92 x	24	<500	<500	<500	63	20	15	26
Dominica	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	0,6	84 x	328	–	<500	1.200	550	–	60	>95
Egipto	<0,1	74	1.898	–	<100	<200	9	–	6	15
El Salvador	0,6	94	128	–	<500	<1.000	166	–	23	81
Emiratos Árabes Unidos	–	100 x	131	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	0,7	70 x	230	<1.000	<500	<1.000	291	46	34	69
Eslovaquia	–	97 x	58	–	<100	<100	–	–	–	–
Eslovenia	–	100 x	21	–	<100	<100	–	–	–	–
España	–	–	493	–	<500	<1.000	–	–	–	–
Estado de Palestina	–	98	130	–	–	–	–	–	–	–
Estados Unidos	–	–	4.226	–	3.200	11.000	–	–	–	–
Estonia	–	–	14	–	<100	<200	–	–	–	–
Etiopía	1,3	43	3.084	38.000	32.000	46.000	15.828	41	35	49

Eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y mantener con vida a sus madres

Países y zonas	Estimación de la prevalencia del VIH (%) entre adultos (de 15 a 49 años), 2012	Cobertura de la atención prenatal – por lo menos una visita (%), 2008–2012*	Cifra anual de nacimientos (miles), 2012	Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012			Cifra registrada de mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron ARV para la PTMH, 2012	Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron ARV para la PTMH, 2012		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
ex República Yugoslava de Macedonia	–	99	23	–	–	–	–	–	–	–
Federación de Rusia	–	–	1.690	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	0,2	100	18	–	<100	<100	14	–	71	>95
Filipinas	<0,1	91	2.383	–	<200	<500	19	–	9	18
Finlandia	–	100 x	61	–	<100	<100	–	–	–	–
Francia	–	100 x	792	–	<1.000	1.700	–	–	–	–
Gabón	4,0	95	53	1.500	1.300	1.900	1.064	70	57	87
Gambia	1,3	98	77	–	<1.000	1.300	1.068	–	80	>95
Georgia	0,3	98	59	–	<100	<100	24	–	36	79
Ghana	1,4	96	794	9.500	7.800	11.000	8.957	95	77	>95
Granada	–	100 x	2	–	–	–	13	–	–	–
Grecia	–	–	110	–	<100	<100	–	–	–	–
Guatemala	0,7	93	474	–	1.000	4.600	252	–	8	36
Guinea	1,7	85	428	6.300	5.000	8.000	2.755	44	34	55
Guinea-Bissau	3,9	93	63	2.200	1.600	3.100	738	33	25	46
Guinea Ecuatorial	–	86 x	26	–	<1.000	2.600	–	–	–	–
Guyana	1,3	92	16	–	<100	<500	152	–	48	>95
Haití	2,1	90	265	5.000	4.200	5.700	4.889	>95	85	>95
Honduras	0,5	97	208	–	<500	<1.000	238	–	37	60
Hungría	–	–	98	–	<100	<100	–	–	–	–
India	0,3	74 x	25.642	–	27.000	49.000	–	–	–	–
Indonesia	0,4	96	4.736	–	8.100	20.000	1.048	–	5	13
Irán (República Islámica de)	0,2	97	1.454	–	<500	1.100	115	–	11	27
Iraq	–	78	1.037	–	–	–	–	–	–	–
Irlanda	–	100 x	71	–	<100	<200	–	–	–	–
Islandia	–	–	5	–	<100	<100	–	–	–	–
Islas Cook	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	81 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	–	74 x	17	–	–	–	–	–	–	–
Israel	–	–	156	–	<100	<500	–	–	–	–
Italia	–	99 x	563	–	<200	<500	–	–	–	–
Jamaica	1,7	99	50	–	<500	<500	295	–	61	>95
Japón	–	–	1.071	–	<100	<100	–	–	–	–
Jordania	–	99	192	–	–	–	–	–	–	–
Kazajstán	–	99	340	–	–	–	302	–	–	–
Kenya	6,1	92	1.535	86.000	76.000	97.000	45.397	53	47	60
Kirguistán	0,3	97	148	–	<100	<200	111	–	64	>95
Kiribati	–	88	2	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	100 x	67	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23,1	92	57	16.000	14.000	17.000	9.153	58	52	64
Letonia	–	92 x	23	–	<100	<200	–	–	–	–
Líbano	–	96 x	62	–	–	–	5	–	–	–
Liberia	0,9	79 x	150	<1.000	<1.000	1.300	850	87	69	>95
Libia	–	93 x	130	–	–	–	34	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	100 x	34	–	<100	<100	–	–	–	–
Luxemburgo	–	–	6	–	<100	<100	–	–	–	–
Madagascar	0,5	86	781	–	2.100	3.100	77	–	2	4
Malasia	0,4	97	516	–	<500	<1.000	342	–	48	>95
Malawi	10,8	95	639	68.000	61.000	75.000	40.770	60	54	67
Maldivas	<0,1	99	8	–	<100	<100	–	–	–	–
Malí	0,9	75	705	–	4.200	7.200	3.339	–	44	77
Malta	–	100 x	4	–	<100	<100	–	–	–	–
Marruecos	0,1	77	739	–	<500	<1.000	195	–	35	65
Mauricio	1,2	–	14	–	<100	<100	95	–	>95	>95
Mauritania	0,4	84	131	–	<500	<1.000	554	–	72	>95
México	0,2	96	2.269	–	1.100	1.900	773	–	41	67
Micronesia (Estados Federados de)	–	80	2	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	<0,1	99	64	–	<100	<100	5	–	15	18

◀ **Eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y mantener con vida a sus madres**

Países y zonas	Estimación de la prevalencia del VIH (%) entre adultos (de 15 a 49 años), 2012	Cobertura de la atención prenatal – por lo menos una visita (%), 2008–2012*	Cifra anual de nacimientos (miles), 2012	Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012			Cifra registrada de mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron ARV para la PTMH, 2012	Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron ARV para la PTMH, 2012		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Montenegro	–	97 x	7	–	–	–	–	–	–	
Mozambique	11,1	91	995	94.000	81.000	110.000	80.779	86	74 >95	
Myanmar	0,6	83	922	–	2.800	4.000	2.890	–	69 >95	
Namibia	13,3	95 x	60	8.100	6.700	9.700	7.619	94	78 >95	
Nauru	–	95 x	–	–	–	–	–	–	–	
Nepal	0,3	58	593	–	<1.000	1.200	110	–	9 18	
Nicaragua	0,3	90 x	139	–	<200	<500	141	–	48 >95	
Níger	0,5	83	858	–	2.500	3.900	707	–	18 30	
Nigeria	3,1	66	7.028	200.000	170.000	230.000	33.323	17	15 19	
Niue	–	100	–	–	–	–	–	–	–	
Noruega	–	–	62	–	<100	<100	–	–	–	
Nueva Zelanda	–	–	63	–	<100	<100	–	–	–	
Omán	–	99	72	–	<100	<100	–	–	–	
Países Bajos	–	–	180	–	<100	<200	–	–	–	
Pakistán	<0,1	61 x	4.604	–	1.000	3.200	55	–	2 6	
Palau	–	90	–	–	–	–	–	–	–	
Panamá	0,7	96	75	–	<200	<500	187	–	59 >95	
Papúa Nueva Guinea	0,5	79 x	210	<1.000	<1.000	1.100	328	39	29 51	
Paraguay	0,3	96	160	–	<500	<1.000	215	–	29 >95	
Perú	0,4	96	600	–	<1.000	4.000	696	–	25 >95	
Polonia	–	–	411	–	<200	<500	–	–	–	
Portugal	–	100 x	94	–	<200	<500	–	–	–	
Qatar	–	100	22	–	–	–	–	–	–	
Reino Unido	–	–	771	–	<1.000	1.100	–	–	–	
República Árabe Siria	–	88	529	–	–	–	–	–	–	
República Centroafricana	–	68	156	–	–	–	–	–	–	
República Checa	–	–	118	–	<100	<100	–	–	–	
República de Corea	–	–	470	–	<100	<200	–	–	–	
República de Moldova	0,7	98 x	43	–	<200	<500	141	–	64 >95	
República Democrática del Congo	1,1	89	2.839	32.000	28.000	37.000	4.176	13	11 15	
República Democrática Popular Lao	0,3	54	181	–	<500	<500	49	–	13 19	
República Dominicana	0,7	99 x	218	–	<1.000	1.200	1.300	–	>95 >95	
República Popular Democrática de Corea	–	100	356	–	–	–	–	–	–	
República Unida de Tanzania	5,1	88	1.898	97.000	83.000	110.000	73.955	77	66 89	
Rumania	–	94 x	224	–	<100	<200	–	–	–	
Rwanda	2,9	98	410	10.000	9.000	12.000	9.057	87	75 >95	
Saint Kitts y Nevis	–	100 x	–	–	–	–	–	–	–	
Samoa	–	93	5	–	–	–	1	–	–	
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
San Vicente y las Granadinas	–	100	2	–	–	–	17	–	–	
Santa Lucía	–	99 x	3	–	–	–	12	–	–	
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Santo Tomé y Príncipe	1,0	98	7	–	<100	<100	36	–	42 86	
Senegal	0,5	93	524	–	2.000	3.300	1.000	–	30 48	
Serbia	–	99	94	–	<100	<100	–	–	–	
Seychelles	–	–	2	–	–	–	4	–	–	
Sierra Leona	1,5	93	222	3.200	2.300	4.800	3.018	93	67 >95	
Singapur	–	–	53	–	<100	<100	–	–	–	
Somalia	0,5	26 x	452	–	1.100	2.700	57	–	2 5	
Sri Lanka	<0,1	99 x	383	–	<100	<100	5	–	6 16	
Sudáfrica	17,9	97	1.102	280.000	260.000	310.000	234.952	83	75 90	
Sudán	–	74	1.263	–	–	–	191	–	–	
Sudán del Sur	2,7	40	396	7.500	4.600	12.000	1.002	13	8 21	
Suecia	–	100 x	114	–	<100	<200	–	–	–	
Suiza	–	–	82	–	<100	<200	–	–	–	
Surinam	1,1	91	10	–	<100	<200	107	–	>95 >95	
Swazilandia	26,5	97	37	12.000	11.000	13.000	10.167	83	75 92	
Tailandia	1,1	99	702	–	4.400	6.200	4.918	–	78 >95	
Tayikistán	0,3	79	265	–	<200	<1.000	62	–	11 44	
Timor-Leste	–	84	40	–	–	–	–	–	–	

Eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y mantener con vida a sus madres

Países y zonas	Estimación de la prevalencia del VIH (%) entre adultos (de 15 a 49 años), 2012	Cobertura de la atención prenatal – por lo menos una visita (%), 2008–2012*	Cifra anual de nacimientos (miles), 2012	Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012			Cifra registrada de mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron ARV para la PTMH, 2012	Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron ARV para la PTMH, 2012		
				Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Togo	2,9	72	245	5.100	4.200	6.300	4.411	86	70	>95
Tonga	–	98	3	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	–	96 x	20	–	<500	<500	–	–	–	–
Túnez	<0,1	98	189	–	<100	<100	9	–	17	52
Turkmenistán	–	99 x	111	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	–	92	1.268	–	<100	<200	–	–	–	–
Tuvalu	–	97 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	0,9	99 x	495	–	2.000	3.900	5.220	–	>95	>95
Uganda	7,2	93	1.591	100.000	88.000	120.000	73.870	72	62	86
Uruguay	0,7	96 x	49	–	<100	<200	–	–	–	–
Uzbekistán	0,1	99 x	623	–	<500	<1.000	508	–	62	>95
Vanuatu	–	84 x	7	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	0,6	94 x	601	–	1.000	2.700	690	–	25	67
Viet Nam	0,4	94	1.440	–	<1.000	6.200	1.294	–	11	86
Yemen	0,1	47 x	752	–	<500	2.400	20	–	1	6
Zambia	12,7	94 x	608	79.000	71.000	88.000	76.963	>95	87	>95
Zimbabue	14,7	90	439	68.000	60.000	76.000	55.849	82	72	91

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana ^{a/}	4,5	78 †	34.734	1.400.000	1.200.000	1.500.000	857.830	63	55	73
África oriental y meridional	6,9	79 †	15.780	1.000.000	940.000	1.100.000	753.490	75	66	85
África occidental y central	2,3	78 †	17.667	350.000	300.000	400.000	104.086	30	26	36
África septentrional y Oriente Medio	0,1	83 †	10.223	6.700	4.600	10.000	641	10	6	14
Asia meridional	<0,1	71 †	35.448	39.000	32.000	57.000	202	1	<1	1
Asia Oriental y Pacífico	0,2	89 **†	30.975	36.000	24.000	53.000	11.966	43	29	66
América Latina y el Caribe	0,5	96 †	10.951	24.000	19.000	33.000	21.449	88	58	>95
ECE/CEI	0,5	– †	5.889	13.000	9.000	17.000	6.621	>95	>95	>95
Países menos adelantados	1,7	74 †	29.287	640.000	580.000	730.000	348.803	63	52	74
Países de bajos y medianos ingresos	0,9	–	–	1.500.000	1.300.000	1.600.000	898.455	62	57	70
Mundo	0,8	83 **†	138.314	1.500.000	1.400.000	1.700.000	–	–	–	–

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa estimada de prevalencia del VIH (%) en los adultos (de 15 a 49 años), 2012: Porcentaje de adultos (15 a 49 años) que vivían con el VIH hasta 2012.

Cobertura de atención prenatal – por lo menos una visita (%), 2008–2012: Porcentaje de mujeres (15 a 49 años) que consultaron por lo menos una vez durante el embarazo con personal sanitario calificado (médico, enfermera o partera).

Cifra anual de nacimientos (miles), 2012: Número estimado de nacidos vivos en 2012 (en miles).

Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012: Número estimado de mujeres embarazadas que vivían con el VIH en 2012.

Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para PTMH del VIH a sus hijos, 2012: Número de mujeres a quienes diagnosticaron el VIH durante sus consultas en los centros prenatales y que recibieron los antirretrovirales más eficaces para prevenir la transmisión a sus hijos. Excluye la dosis única de nevirapina.

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con VIH que recibieron ARV para PTMH, 2012: Se calculó dividiendo el número registrado de mujeres embarazadas infectadas con el VIH que recibieron los antirretrovirales más eficaces (excluida la dosis única de nevirapina) para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos, por el número estimado, sin redondear, de mujeres embarazadas que vivían con VIH en 2012. A los países con epidemia generalizada se asignan estimaciones puntuales y escalas, mientras que a los países con epidemia concentrada y de bajo nivel solo se asignan escalas. En las estimaciones de cobertura, las escalas se basan en márgenes de plausibilidad (incertidumbre) en el denominador (por ejemplo, número estimado bajo y alto de mujeres embarazadas infectadas por el VIH).

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Tasa estimada de prevalencia del VIH (%) en los adultos (de 15 a 49 años), 2012: *ONUSIDA, Informe de 2013 sobre la epidemia.*

Cobertura de atención prenatal – por lo menos una visita (%), 2008–2012: Tabla estadística proporcionada por la Sección de Datos y Análisis de UNICEF, Septiembre de 2013.

Cifra anual de nacimientos (miles), 2012: División de Población de las Naciones Unidas.

Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012: *ONUSIDA, Informe de 2013 sobre la epidemia.*

Cifra registrada de mujeres embarazadas y con VIH que necesitan ARV para PTMH a sus hijos, 2012: OMS, UNUSIDA y UNICEF, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013.*

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con VIH que recibieron ARV para PTMH, 2012: OMS, UNUSIDA y UNICEF, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013*, y UNUSIDA, Informe de 2013 sobre la epidemia.

NOTAS

– No se dispone de datos.

* Los datos se refieren al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado en el titular de la columna.

** Excluye China.

† Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, con la excepción de la India en 2005–2006. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2005.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte del país. Si están dentro del período de referencia, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

p Sobre la base de pequeños denominadores (típicamente 25–29 casos no ponderados). No se presentan datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

a/ África subsahariana incluye el Sudán y Djibouti.

Algunas estimaciones no equivalen a los totales debido al redondeo.

Hasta julio de 2013, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos países forman la base del análisis de los datos de la OMS, UNUSIDA y UNICEF.

Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH

Países y zonas	Cifra estimada de niños (0–14 años) que viven con VIH, 2012			Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012
	Estimado	Bajo	Alto	Estimado	Bajo	Alto					
Afganistán	–	–	–	–	<100	<1.000	–	–	–	–	–
Albania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Alemania	–	–	–	–	<500	<500	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	30.000	24.000	39.000	15.000	12.000	19.000	2.061	13	11	17	2.061
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	–	–	–	–	–	–	9	–	–	–	–
Argentina	–	–	–	–	1.400	2.400	2.525	–	>95	>95	2.525
Armenia	–	–	–	–	<100	<100	10	–	29	>95	12
Australia	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	–	–	–	–	<100	<100	35	–	38	76	31
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	–	–	–	<100	1.400	9	–	1	15	11
Barbados	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Belarús	–	–	–	–	<200	<500	195	–	87	>95	204
Bélgica	–	–	–	–	<200	<500	–	–	–	–	–
Belice	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	44
Benin	9.100	7.700	11.000	3.400	2.900	4.000	–	–	–	–	432
Bhután	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	–	–	–	–	<200	<1.000	–	–	–	–	15
Bosnia y Herzegovina	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–
Botswana	11.000	10.000	12.000	13.000	11.000	14.000	8.688	68	62	76	11.818
Brasil	–	–	–	–	3.900	5.300	–	–	–	–	7.436
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Burkina Faso	21.000	17.000	25.000	5.400	4.400	6.700	1.907	35	29	43	1.732
Burundi	17.000	14.000	21.000	5.100	3.900	6.500	2.149	42	33	55	2.149
Cabo Verde	–	–	–	–	<100	<100	62	–	>95	>95	62
Camboya	–	–	–	–	<1.000	2.300	470	–	20	71	960
Camerún	59.000	51.000	67.000	27.000	23.000	31.000	5.277	19	17	22	10.564
Canadá	–	–	–	–	<200	<500	–	–	–	–	–
Chad	34.000	28.000	43.000	12.000	10.000	16.000	558	4	3	6	1.650
Chile	–	–	–	–	<100	<500	–	–	–	–	–
China	–	–	–	–	–	–	197	–	–	–	3.305
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	–	–	–	–	1.400	2.800	–	–	–	–	–
Comoras	–	–	–	–	<200	<500	0	–	<1	<1	1
Congo	13.000	12.000	15.000	3.100	2.700	3.500	–	–	–	–	–
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	50	–	–	–	50
Côte d'Ivoire	63.000	53.000	74.000	20.000	16.000	24.000	4.951	25	21	31	7.641
Croacia	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	–	<100	<100	1	–	3	8	108
Dinamarca	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Djibouti	1.200	<1.000	1.500	<500	<500	<500	–	–	–	–	22
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	–	–	–	–	<500	1.200	–	–	–	–	550
Egipto	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	9
El Salvador	–	–	–	–	<500	<1.000	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	3.100	2.300	4.400	<1.000	<500	<1.000	166	26	18	36	280
Eslovaquia	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Eslovenia	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
España	–	–	–	–	<500	<1.000	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estados Unidos	–	–	–	–	3.200	11.000	–	–	–	–	–
Estonia	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–

Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH

Países y zonas	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012			Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2012			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben terapia antirretroviral, 2012	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños (de 0 a 14 años), %, 2012		
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-
Albania	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	13	11	17	1.010	7	5	8	19.000	15.000	24.000	2.903	15	12	19
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	-	-	-	63	-	-	-	-	-	-	262	-	-	-
Argentina	-	>95	>95	190	-	8	14	-	-	-	3.000	-	-	-
Armenia	-	35	>95	7	-	21	>95	-	-	-	13	-	-	-
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	-	33	67	38	-	41	83	-	-	-	22	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	1	19	-	-	-	-	-	-	-	48	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	-	91	>95	162	-	72	>95	-	-	-	154	-	-	-
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	-	48	66	44	-	48	66	-	-	-	95	-	-	-
Benin	13	11	15	432	13	11	15	5.300	4.500	6.200	2.635	49	42	58
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	3	9	-	-	-	-	-	-	-	86	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Botswana	93	85	>95	4.827	38	35	42	10.000	9.900	10.000	10.261	>95	>95	>95
Brasil	-	>95	>95	2.241	-	42	57	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-
Burkina Faso	32	26	39	1.101	20	17	25	12.000	9.700	14.000	6.863	59	49	72
Burundi	42	33	55	547	11	8	14	9.700	7.800	12.000	2.023	21	17	26
Cabo Verde	-	>95	>95	42	-	>95	>95	-	-	-	66	-	-	-
Camboya	-	42	>95	439	-	19	66	-	-	-	4.595	-	-	-
Camerún	39	34	45	9.563	35	31	41	33.000	29.000	38.000	4.992	15	13	17
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	13	10	16	443	4	3	4	20.000	17.000	25.000	5.812	29	24	37
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	1.119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	-	-	-	332	-	12	23	-	-	-	6.249	-	-	-
Comoras	-	<1	1	0	-	<1	<1	-	-	-	1	-	-	-
Congo	-	-	-	316	10	9	12	7.500	6.600	8.500	1.148	15	13	17
Costa Rica	-	-	-	50	-	-	-	-	-	-	61	-	-	-
Côte d'Ivoire	39	32	48	5.346	27	22	34	35.000	29.000	41.000	5.620	16	14	19
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	>95	>95	108	-	>95	>95	-	-	-	24	-	-	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	7	5	9	22	7	5	9	<1.000	<1.000	<1.000	40	6	5	8
Dominica	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Ecuador	-	45	>95	550	-	45	>95	-	-	-	550	-	-	-
Egipto	-	6	14	9	-	6	14	-	-	-	42	-	-	-
El Salvador	-	-	-	8	-	1	3	-	-	-	335	-	-	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	44	30	60	-	-	-	-	1.900	1.400	2.600	632	34	26	46
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

◀ Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH

Países y zonas	Cifra estimada de niños (0-14 años) que viven con VIH, 2012			Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012
	Estimado	Bajo	Alto	Estimado	Bajo	Alto					
Etiopía	170.000	140.000	200.000	38.000	32.000	46.000	7.001	18	15	22	7.072
ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	-	<100	<100	8	-	40	62	15
Filipinas	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	-	-
Finlandia	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	<1.000	1.700	-	-	-	-	-
Gabón	3.600	3.000	4.200	1.500	1.300	1.900	371	24	19	29	474
Gambia	-	-	-	-	<1.000	1.300	1.070	-	81	>95	337
Georgia	-	-	-	-	<100	<100	24	-	32	69	24
Ghana	28.000	23.000	33.000	9.500	7.800	11.000	2.236	24	20	29	2.723
Granada	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	11
Grecia	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	1.000	4.600	121	-	3	12	168
Guinea	14.000	11.000	17.000	6.300	5.000	8.000	2.275	36	29	46	1.658
Guinea-Bissau	5.900	4.500	7.700	2.200	1.600	3.100	-	-	-	-	707
Guinea Ecuatorial	-	1.700	6.100	-	<1.000	2.600	-	-	-	-	-
Guyana	-	-	-	-	<100	<500	127	-	42	>95	174
Haití	12.000	10.000	14.000	5.000	4.200	5.700	1.168	24	20	28	2.663
Honduras	-	-	-	-	<500	<1.000	-	-	-	-	119
Hungría	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
India	-	-	-	-	27.000	49.000	-	-	-	-	13.432
Indonesia	-	-	-	-	8.100	20.000	-	-	-	-	-
Irán (República Islámica de)	-	-	-	-	<500	1.100	74	-	7	16	77
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	<100	<500	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	-	<500	<500	-	-	-	-	338
Japón	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	-	-	-	-	-	-	306	-	-	-	309
Kenya	200.000	180.000	240.000	86.000	76.000	97.000	-	-	-	-	48.602
Kirguistán	-	-	-	-	<100	<200	76	-	44	>95	84
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	38.000	34.000	42.000	16.000	14.000	17.000	-	-	-	-	-
Letonia	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	5
Liberia	3.700	3.100	4.400	<1.000	<1.000	1.300	-	-	-	-	604
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Madagascar	-	-	-	-	2.100	3.100	8	-	<1	<1	8
Malasia	-	-	-	-	<500	<1.000	258	-	36	74	258
Malawi	180.000	160.000	200.000	68.000	61.000	75.000	17.588	26	23	29	36.667
Maldivas	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Malí	-	-	-	-	4.200	7.200	-	-	-	-	-
Malta	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Marruecos	-	-	-	-	<500	<1.000	190	-	34	63	190
Mauricio	-	-	-	-	<100	<100	69	-	81	>95	72
Mauritania	-	-	-	-	<500	<1.000	-	-	-	-	45
México	-	-	-	-	1.100	1.900	-	-	-	-	-

Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH

Países y zonas	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012			Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2012			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben terapia antirretroviral, 2012	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños (de 0 a 14 años), %, 2012		
	18	16	22		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado				
Etiopía	18	16	22	7.260	19	16	22	73.000	63.000	84.000	17.677	24	22	29
ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	75	>95	5	-	25	38	-	-	-	7	-	-	-
Filipinas	-	-	-	8	-	3	7	-	-	-	33	-	-	-
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabón	31	25	38	681	45	35	54	2.000	1.700	2.400	494	24	20	29
Gambia	-	26	48	-	-	-	-	-	-	-	271	-	-	-
Georgia	-	32	69	24	-	32	69	-	-	-	42	-	-	-
Ghana	29	24	35	1.702	18	15	22	14.000	12.000	17.000	3.504	25	20	30
Granada	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	4	17	206	-	5	21	-	-	-	1.024	-	-	-
Guinea	26	21	33	8	<1	<1	<1	8.300	6.800	10.000	1.114	13	11	17
Guinea-Bissau	32	23	43	-	-	-	-	3.300	2.500	4.400	335	11	8	14
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	-	58	>95	71	-	24	76	-	-	-	201	-	-	-
Haití	54	47	63	3.901	79	68	92	6.700	5.700	7.800	2.265	34	29	40
Honduras	-	18	29	176	-	26	43	-	-	-	783	-	-	-
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	-	27	49	-	-	-	-	-	-	-	34.367	-	-	-
Indonesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.695	-	-	-
Irán (República Islámica de)	-	7	17	40	-	4	9	-	-	-	141	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	70	>95	-	-	-	-	-	-	-	454	-	-	-
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	-	-	-	306	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	57	50	64	33.777	39	35	44	150.000	130.000	170.000	55.439	38	34	45
Kirguistán	-	49	>95	14	-	8	18	-	-	-	70	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	22.000	19.000	24.000	5.395	25	22	27
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Liberia	62	48	78	564	-	-	-	2.100	1.800	2.500	430	20	17	24
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	-	<1	<1	4	-	<1	<1	-	-	-	14	-	-	-
Malasia	-	36	74	258	-	36	74	-	-	-	490	-	-	-
Malawi	54	49	61	2.830	4	4	5	100.000	90.000	110.000	36.441	36	33	41
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Malí	-	-	-	777	-	11	19	-	-	-	1.912	-	-	-
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	-	34	63	190	-	34	63	-	-	-	244	-	-	-
Mauricio	-	85	>95	14	-	16	21	-	-	-	10	-	-	-
Mauritania	-	6	13	-	-	-	-	-	-	-	51	-	-	-
México	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.800	-	-	-

◀ Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH

Países y zonas	Cifra estimada de niños (0-14 años) que viven con VIH, 2012			Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012
	Estimado	Bajo	Alto	Estimado	Bajo	Alto					
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	0
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	-	-	-	-	<100	<100	2	-	6	7	2
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	180.000	150.000	220.000	94.000	81.000	110.000	60.571	64	54	74	51.299
Myanmar	-	-	-	-	2.800	4.000	1.288	-	32	45	3.134
Namibia	18.000	16.000	22.000	8.100	6.700	9.700	-	-	-	-	7.871
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	-	-	-	-	<1.000	1.200	72	-	6	11	108
Nicaragua	-	-	-	-	<200	<500	100	-	32	76	120
Níger	-	-	-	-	2.500	3.900	239	-	6	10	278
Nigeria	430.000	370.000	500.000	200.000	170.000	230.000	8.562	4	4	5	12.455
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	-
Pakistán	-	-	-	-	1.000	3.200	0	-	<1	<1	32
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	<200	<500	168	-	56	>95	192
Papúa Nueva Guinea	3.100	2.300	4.100	<1.000	<1.000	1.100	-	-	-	-	302
Paraguay	-	-	-	-	<500	<1.000	113	-	15	55	170
Perú	-	-	-	-	<1.000	4.000	-	-	-	-	496
Polonia	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	-	-	-	-	<1.000	1.100	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Checa	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
República de Corea	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	-
República de Moldova	-	-	-	-	<200	<500	60	-	27	44	149
República Democrática del Congo	88.000	77.000	100.000	32.000	28.000	37.000	-	-	-	-	-
República Democrática Popular Lao	-	-	-	-	<500	<500	14	-	4	5	32
República Dominicana	-	-	-	-	<1.000	1.200	225	-	19	32	706
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	230.000	200.000	270.000	97.000	83.000	110.000	48.858	51	44	59	71.571
Rumania	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	196
Rwanda	27.000	23.000	33.000	10.000	9.000	12.000	7.576	72	62	84	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	19
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	10
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	<100	<100	20	-	24	49	30
Senegal	-	-	-	-	2.000	3.300	-	-	-	-	444
Serbia	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	10
Sierra Leona	5.800	4.300	8.600	3.200	2.300	4.800	435	13	9	19	151
Singapur	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Somalia	-	-	-	-	1.000	2.700	-	-	-	-	50
Sri Lanka	-	-	-	-	<100	<100	5	-	5	14	5
Sudáfrica	410.000	370.000	450.000	280.000	260.000	310.000	205.885	73	67	80	239.434
Sudán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán del Sur	19.000	12.000	28.000	7.500	4.600	12.000	259	3	2	6	240

Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH

Países y zonas	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012			Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2012			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben terapia antirretroviral, 2012	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños (de 0 a 14 años), %, 2012		
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado				
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	-	6	7	2	-	6	7	-	-	-	-	-	-	-
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Mozambique	55	46	63	34.553	37	31	42	100.000	88.000	120.000	27.164	27	23	32
Myanmar	-	78	>95	243	-	6	9	-	-	-	4.033	-	-	-
Namibia	>95	82	>95	5.989	74	62	89	13.000	12.000	15.000	11.340	88	80	>95
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	-	9	17	40	-	3	6	-	-	-	699	-	-	-
Nicaragua	-	39	92	66	-	21	50	-	-	-	104	-	-	-
Níger	-	7	11	33	-	1	1	-	-	-	673	-	-	-
Nigeria	6	6	7	8.276	4	4	5	260.000	220.000	290.000	31.556	12	11	14
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	-	1	3	7	-	<1	1	-	-	-	139	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Panamá	-	64	>95	65	-	22	48	-	-	-	256	-	-	-
Papúa Nueva Guinea	36	27	47	270	32	24	42	1.800	1.400	2.300	722	39	30	51
Paraguay	-	23	82	160	-	21	77	-	-	-	181	-	-	-
Perú	-	13	>95	248	-	6	50	-	-	-	495	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
República Centroafricana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	825	-	-	-
República Checa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	-	66	>95	144	-	64	>95	-	-	-	63	-	-	-
República Democrática del Congo	-	-	-	1.916	6	5	7	53.000	47.000	61.000	4.751	9	8	10
República Democrática Popular Lao	-	9	13	22	-	6	9	-	-	-	163	-	-	-
República Dominicana	-	61	>95	522	-	45	73	-	-	-	1.083	-	-	-
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	74	64	86	26.608	28	24	32	130.000	110.000	150.000	32.407	26	22	30
Rumania	-	-	-	190	-	-	-	-	-	-	207	-	-	-
Rwanda	-	-	-	7.760	74	63	86	18.000	15.000	21.000	7.597	43	36	52
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Samoa	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	36	73	0	-	<1	<1	-	-	-	11	-	-	-
Senegal	-	13	22	296	-	9	15	-	-	-	1.207	-	-	-
Serbia	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-
Seychelles	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Sierra Leona	5	3	6	88	3	2	4	3.000	2.200	4.700	457	15	11	24
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	-	2	5	-	-	-	-	-	-	-	43	-	-	-
Sri Lanka	-	5	14	2	-	2	5	-	-	-	24	-	-	-
Sudáfrica	84	78	93	240.546	85	78	94	220.000	210.000	250.000	140.541	63	57	69
Sudán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	170	-	-	-
Sudán del Sur	3	2	5	-	-	-	-	11.000	7.200	17.000	553	5	3	8

Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH

Países y zonas	Cifra estimada de niños (0–14 años) que viven con VIH, 2012			Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012
	Estimado	Bajo	Alto	Estimado	Bajo	Alto					
Suecia	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Suiza	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Surinam	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Swazilandia	22.000	20.000	25.000	12.000	11.000	13.000	9.092	74	67	83	8.459
Tailandia	–	–	–	–	4.400	6.200	2.560	–	42	58	4.822
Tayikistán	–	–	–	–	<200	<1.000	68	–	10	41	67
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	17.000	14.000	21.000	5.100	4.200	6.300	2.476	48	39	59	2.982
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	–	–	–	–	<500	<500	–	–	–	–	–
Túnez	–	–	–	–	<100	<100	0	–	<1	<1	5
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	2
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	–	–	–	–	2.000	3.900	–	–	–	–	–
Uganda	190.000	160.000	230.000	100.000	88.000	120.000	–	–	–	–	–
Uruguay	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Uzbekistán	–	–	–	–	<500	<1.000	–	–	–	–	521
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	1.000	2.700	–	–	–	–	–
Viet Nam	–	–	–	–	<1.000	6.200	1.342	–	21	>95	1.822
Yemen	–	–	–	–	<500	2.400	7	–	<1	2	17
Zambia	160.000	140.000	170.000	79.000	71.000	88.000	41.095	52	46	58	34.062
Zimbabwe	180.000	160.000	200.000	68.000	60.000	76.000	36.711	54	48	61	51.566

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana ^{a/}	3.000.000	2.700.000	3.300.000	1.400.000	1.200.000	1.500.000	478.432	44	39	50	618.518
África oriental y meridional	2.100.000	2.000.000	2.400.000	1.000.000	940.000	1.100.000	447.788	56	50	64	573.292
África occidental y central	860.000	730.000	990.000	350.000	300.000	400.000	30.644	10	9	12	45.204
África septentrional y Oriente Medio	14.000	9.800	23.000	6.700	4.600	10.000	285	9	5	17	347
Asia meridional	150.000	140.000	210.000	39.000	32.000	57.000	86	3	1	5	13.588
Asia Oriental y Pacífico	63.000	41.000	94.000	36.000	24.000	53.000	6.140	27	18	41	14.653
América Latina y el Caribe	56.000	46.000	70.000	24.000	19.000	33.000	4.947	43	30	58	16.458
ECE/CEI	19.000	17.000	24.000	13.000	9.000	17.000	774	69	42	>95	1.599
Países menos adelantados	1.500.000	1.400.000	1.800.000	640.000	580.000	730.000	159.451	41	34	48	189.631
Países de bajos y medianos ingresos	3.200.000	3.000.000	3.700.000	1.500.000	1.300.000	1.600.000	490.664	44	38	50	665.304
Mundo	3.300.000	3.000.000	3.700.000	1.500.000	1.400.000	1.700.000	–	–	–	–	–

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Cifra estimada de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2012: Cifra estimada de niños (0 a 14 años) que vivían con VIH hasta 2012.

Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012: Cifra estimada de mujeres embarazadas que vivían con VIH hasta 2012.

Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012: Número registrado de lactantes expuestos al VIH (nacidos de madres que viven con el VIH) que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole en sus dos primeros meses de vida.

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012: Se calculó dividiendo el número de lactantes expuestos al VIH que empezaron profilaxis con cotrimoxazol por el número estimado de hijos de mujeres embarazadas con VIH. El denominador es el número estimado no redondeado de mujeres embarazadas con VIH hasta 2012.

Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012: Número

registrado de lactantes expuestos al VIH que necesitaban profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo del VIH hasta 2012.

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012: Se calculó dividiendo el número de lactantes expuestos al VIH que recibieron la profilaxis antirretroviral por el número estimado de hijos de mujeres embarazadas con VIH. El denominador es el número estimado no redondeado de mujeres embarazadas con VIH hasta 2012.

Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012: Número registrado de lactantes expuestos al VIH que fueron sometidos a la prueba virológica del VIH durante sus primeros dos meses de vida.

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012: Se calculó dividiendo el número de lactantes expuestos al VIH que fueron sometidos a una prueba virológica para el VIH por el número estimado de hijos de mujeres embarazadas con VIH. El denominador es el número estimado no redondeado de mujeres embarazadas con VIH hasta 2012.

Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2012: Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que viven con el VIH y necesitaban un tratamiento antirretroviral (ART) hasta 2012.

Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben terapia antirretroviral, 2012: Número registrado de niños (de 0 a 14 años) que viven con el VIH y recibieron ART hasta 2012.

Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños (de 0 a 14 años), 2012: Se calculó dividiendo el número registrado de niños (de 0 a 14 años) que reciben ART por el número estimado de niños (de 0 a 14 años) que necesitan ART, hasta 2012.

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Cifra estimada de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2012: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe Mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013.

Cifra estimada de mujeres embarazadas que viven con VIH, 2012: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe Mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013.

Proporcionar atención y tratamiento pediátrico del VIH

Países y zonas	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012			Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012	% de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012			Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2012			Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben terapia antirretroviral, 2012	Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños (de 0 a 14 años), %, 2012		
	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado	Estimado	Bajo estimado	Alto estimado				
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Surinam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	–	–	–
Swazilandia	69	63	77	9.898	81	73	90	14.000	12.000	15.000	7.431	54	49	59
Tailandia	–	78	>95	3.802	–	62	87	–	–	–	6.274	–	–	–
Tayikistán	–	10	41	–	–	–	–	–	–	–	149	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–
Togo	58	47	71	837	16	13	20	8.800	7.200	11.000	2.098	24	19	30
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Túnez	–	10	29	5	–	10	29	–	–	–	12	–	–	–
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2.268	–	–	–
Uganda	–	–	–	–	–	–	–	110.000	88.000	130.000	35.453	33	28	41
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	–	62	>95	239	–	28	63	–	–	–	2.530	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	90	–	3	9	–	–	–	972	–	–	–
Viet Nam	–	29	>95	955	–	15	>95	–	–	–	3.828	–	–	–
Yemen	–	1	4	2	–	<1	<1	–	–	–	53	–	–	–
Zambia	43	39	48	48.188	61	54	68	89.000	80.000	99.000	34.084	38	35	43
Zimbabwe	75	68	85	23.192	34	30	38	100.000	94.000	120.000	46.874	45	40	49
África subsahariana ^{a/}	52	46	60	479.457	39	34	45	1.700.000	1.600.000	1.500.000	550.791	33	28	38
África oriental y meridional	65	58	74	447.014	51	45	57	1.200.000	1.100.000	1.300.000	473.732	40	35	46
África occidental y central	15	13	17	32.421	9	8	11	500.000	430.000	570.000	76.825	15	13	18
África septentrional y Oriente Medio	13	7	21	350	10	5	17	9.600	6.400	16.000	993	7	4	10
Asia meridional	35	25	47	49	2	1	3	91.000	82.000	130.000	35.266	39	30	49
Asia Oriental y Pacífico	63	42	94	7.124	30	20	45	45.000	32.000	64.000	23.933	53	41	72
América Latina y el Caribe	86	57	>95	9.438	42	27	57	39.000	33.000	49.000	26.499	67	50	83
ECE/CEI	87	55	>95	1.143	72	49	>95	12.000	12.000	13.000	9.024	85	80	89
Países menos adelantados	49	41	58	91.737	22	18	25	860.000	770.000	970.000	209.136	28	23	32
Países de bajos y medianos ingresos	52	45	61	497.748	39	34	45	1.900.000	1.700.000	2.100.000	646.852	34	31	39
Mundo	–	–	–	–	–	–	–	1.900.000	1.700.000	2.100.000	–	–	–	–

Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012: ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013.*

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron la profilaxis con cotrimoxazole, 2012: ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013* y estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012: ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013.*

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y comenzaron profilaxis antirretroviral para evitar la transmisión de madre a hijo, 2012: ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013* y estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Cifra de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012: ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013.*

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres embarazadas que viven con VIH y reciben pruebas virológicas para el VIH durante sus primeros 2 meses de vida, 2012: ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013*, y estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Cifra estimada de niños que necesitan terapia antirretroviral sobre la base de los métodos de ONUSIDA/OMS, 2012: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe Mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013.

Número de niños (de 0 a 14 años) que reciben terapia antirretroviral, 2012: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe Mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013.

Cobertura estimada de terapia antirretroviral entre los niños (de 0 a 14 años), 2012: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Informe Mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida 2013*, ONUSIDA, Ginebra, 2013.

NOTAS

– No se dispone de datos.

* Los datos se refieren al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado en el titular de la columna.

** Excluye China.

‡ Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

x Los datos se refieren a años o periodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, con la excepción de la India en 2005–2006. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2005.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte del país. Si están dentro del periodo de referencia, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

p Sobre la base de pequeños denominadores (típicamente 25–29 casos no ponderados). No se presentan datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

a/ África subsahariana incluye el Sudán y Djibouti.

Algunas estimaciones no equivalen a los totales debido al redondeo.

Hasta julio de 2013, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos países forman la base del análisis de los datos de la OMS, ONUSIDA y UNICEF.

Demografía y epidemiología del VIH entre los adolescentes

Países y zonas	Demografía			Cifra estimada de adolescentes que viven con VIH, 2012			Epidemiología		
	Total	10 a 19 años	Adolescentes de 10 a 19 años como % del total de la población	Total de 10 a 19 años	Mujeres de 10 a 19 años	Hombres de 10 a 19 años	Adolescentes (de 10 a 19 años) que viven con VIH como % de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2012	Cifra de nuevas infecciones por VIH entre adolescentes ³ (de 10 a 19 años), 2012	Cifra de muertes por VIH entre adolescentes (de 10 a 19 años), 2012
Afganistán	29,825	7,753	26	–	–	–	–	–	–
Albania	3,162	572	18	–	–	–	–	–	–
Alemania	82,800	8,075	10	–	–	–	–	–	–
Andorra	78	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	20,821	4,879	23,4	13.000	7.900	5.400	5	2.500	<1.000
Antigua y Barbuda	89	16	17,7	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	28,288	4,723	17	–	–	–	–	–	–
Argelia	38,482	6,391	16,6	–	–	–	–	–	–
Argentina	41,087	6,733	16,4	–	–	–	–	–	–
Armenia	2,969	415	14,0	–	–	–	–	–	–
Australia	23,050	2,929	12,7	–	–	–	–	–	–
Austria	8,464	922	10,9	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	9,309	1,513	16,3	–	–	–	–	–	–
Bahamas	372	60	16,2	–	–	–	–	–	–
Bahrein	1,318	159	12,1	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	154,695	32,280	20,9	–	–	–	–	–	–
Barbados	283	38	13,4	–	–	–	–	–	–
Belarús	9,405	971	10,3	–	–	–	–	–	–
Bélgica	11,060	1,236	11,2	–	–	–	–	–	–
Belice	324	70	21,6	–	–	–	–	–	–
Benin	10,051	2,330	23,2	4.500	2.400	2.100	6	<500	<500
Bhután	742	147	19,9	–	–	–	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	10,496	2,308	22,0	–	–	–	–	–	–
Bosnia y Herzegovina	3,834	539	14,1	–	–	–	–	–	–
Botswana	2,004	444	22,1	7.800	4.600	3.200	2	1.300	<100
Brasil	198,656	34,205	17,2	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	412	70	17,1	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	7,278	664	9,1	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	16,460	3,907	23,7	16.000	8.100	7.700	14	<1.000	1.200
Burundi	9,850	2,184	22,2	11.000	5.600	5.200	12	<500	<1.000
Cabo Verde	494	109	22,0	–	–	–	–	–	–
Camboya	14,865	3,055	20,6	–	–	–	–	–	–
Camerún	21,700	5,045	23,2	29.000	17.000	13.000	5	4.000	1.900
Canadá	34,838	4,078	11,7	–	–	–	–	–	–
Chad	12,448	3,026	24,3	15.000	8.400	7.100	7	1.300	1.300
Chile	17,465	2,724	15,6	–	–	–	–	–	–
China	1,377,065	174,700	12,7	–	–	–	–	–	–
Chipre	1,129	151	13,4	–	–	–	–	–	–
Colombia	47,704	8,797	18,4	–	–	–	–	–	–
Comoras	718	155	21,6	–	–	–	–	–	–
Congo	4,337	947	21,8	7.200	3.800	3.400	10	<500	<1.000
Costa Rica	4,805	830	17,3	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	19,840	4,591	23,1	35.000	19.000	16.000	8	2.600	2.900
Croacia	4,307	471	10,9	–	–	–	–	–	–
Cuba	11,271	1,430	12,7	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	5,598	696	12,4	–	–	–	–	–	–
Djibouti	860	179	20,9	<500	<500	<200	5	<100	<100
Dominica	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	15,492	2,966	19,1	–	–	–	–	–	–
Egipto	80,722	15,236	18,9	–	–	–	–	–	–
El Salvador	6,297	1,425	22,6	–	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	9,206	812	9	–	–	–	–	–	–
Eritrea	6,131	1,344	21,9	2.000	1.000	<1.000	11	<100	<200
Eslovaquia	5,446	595	11	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	2,068	191	9,2	–	–	–	–	–	–
España	46,755	4,304	9,2	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	4,219	1,060	25,1	–	–	–	–	–	–
Estados Unidos	317,505	42,958	14	–	–	–	–	–	–
Estonia	1,291	129	10,0	–	–	–	–	–	–
Etiopía	91,729	22,993	25,1	91.000	47.000	44.000	12	2.300	7.900

Demografía y epidemiología del VIH entre los adolescentes

Países y zonas	Demografía			Cifra estimada de adolescentes que viven con VIH, 2012			Epidemiología		
	Población (miles), 2012		Adolescentes de 10 a 19 años como % del total de la población	Total de 10 a 19 años	Mujeres de 10 a 19 años	Hombres de 10 a 19 años	Adolescentes (de 10 a 19 años) que viven con VIH como % de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2012	Cifra de nuevas infecciones por VIH entre adolescentes ⁵ (de 10 a 19 años), 2012	Cifra de muertes por VIH entre adolescentes (de 10 a 19 años), 2012
	Total	10 a 19 años							
ex República Yugoslava de Macedonia	2.106	273	13,0	–	–	–	–	–	–
Federación de Rusia	143.170	14.071	9,8	–	–	–	–	–	–
Fiji	875	158	18,1	–	–	–	–	–	–
Filipinas	96.707	20.817	21,5	–	–	–	–	–	–
Finlandia	5.408	620	12	–	–	–	–	–	–
Francia	63.937	7.753	12,1	–	–	–	–	–	–
Gabón	1.633	351	21,5	1.700	1.000	<1.000	4	<200	<200
Gambia	1.791	416	23,2	–	–	–	–	–	–
Georgia	4.358	507	11,6	–	–	–	–	–	–
Ghana	25.366	5.576	22,0	14.000	7.600	6.900	6	<1.000	1.100
Granada	105	20	18,8	–	–	–	–	–	–
Grecia	11.125	1.061	9,5	–	–	–	–	–	–
Guatemala	15.083	3.537	23,5	–	–	–	–	–	–
Guinea	11.451	2.633	23,0	5.500	–	–	5	–	<500
Guinea-Bissau	1.664	376	22,6	2.000	1.200	<1.000	5	<500	<200
Guinea Ecuatorial	736	156	21,2	–	–	–	–	–	–
Guyana	795	173	21,7	–	–	–	–	–	–
Haití	10.174	2.243	22,0	9.400	5.100	4.300	6	<1.000	<1.000
Honduras	7.936	1.793	22,6	–	–	–	–	–	–
Hungría	9.976	1.046	10,5	–	–	–	–	–	–
India	1.236.687	238.563	19,3	–	–	–	–	–	–
Indonesia	246.864	44.619	18,1	–	–	–	–	–	–
Irán (República Islámica de)	76.424	11.790	15,4	–	–	–	–	–	–
Iraq	32.778	7.492	22,9	–	–	–	–	–	–
Irlanda	4.576	584	12,8	–	–	–	–	–	–
Islandia	326	45	13,7	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	21	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	53	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	550	124	22,6	–	–	–	–	–	–
Israel	7.644	1.224	16,0	–	–	–	–	–	–
Italia	60.885	5.788	9,5	–	–	–	–	–	–
Jamaica	2.769	560	20,2	–	–	–	–	–	–
Japón	127.250	11.822	9,3	–	–	–	–	–	–
Jordania	7.009	1.399	20,0	–	–	–	–	–	–
Kazajstán	16.271	2.420	14,9	–	–	–	–	–	–
Kenya	43.178	9.622	22,3	150.000	89.000	64.000	9	18.000	7.800
Kirguistán	5.474	1.047	19,1	–	–	–	–	–	–
Kiribati	101	22	22,2	–	–	–	–	–	–
Kuwait	3.250	466	14,3	–	–	–	–	–	–
Lesotho	2.052	498	24,3	21.000	12.000	8.900	6	2.900	1.200
Letonia	2.060	198	9,6	–	–	–	–	–	–
Líbano	4.647	861	18,5	–	–	–	–	–	–
Liberia	4.190	949	22,6	1.400	<1.000	<1.000	7	<100	<200
Libia	6.155	1.097	17,8	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	37	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	3.028	343	11,3	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	524	64	12,3	–	–	–	–	–	–
Madagascar	22.294	5.319	23,9	–	–	–	–	–	–
Malasia	29.240	5.558	19,0	–	–	–	–	–	–
Malawi	15.906	3.796	23,9	91.000	49.000	42.000	8	6.700	5.600
Maldivas	338	68	20,1	–	–	–	–	–	–
Malí	14.854	3.412	23,0	–	–	–	–	–	–
Malta	428	51	11,8	–	–	–	–	–	–
Marruecos	32.521	6.063	18,6	–	–	–	–	–	–
Mauricio	1.240	192	15,5	–	–	–	–	–	–
Mauritania	3.796	841	22,2	–	–	–	–	–	–
México	120.847	23.529	19,5	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	103	26	25,2	–	–	–	–	–	–
Mónaco	38	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	2.796	473	16,9	–	–	–	–	–	–

Demografía y epidemiología del VIH entre los adolescentes

Países y zonas	Demografía			Cifra estimada de adolescentes que viven con VIH, 2012			Epidemiología		
	Población (miles), 2012		Adolescentes de 10 a 19 años como % del total de la población	Total de 10 a 19 años	Mujeres de 10 a 19 años	Hombres de 10 a 19 años	Adolescentes (de 10 a 19 años) que viven con VIH como % de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2012	Cifra de nuevas infecciones por VIH entre adolescentes ³ (de 10 a 19 años), 2012	Cifra de muertes por VIH entre adolescentes (de 10 a 19 años), 2012
Total	10 a 19 años								
Montenegro	621	85	13,6	–	–	–	–	–	–
Mozambique	25.203	5.835	23,2	100.000	68.000	34.000	7	17.000	3.900
Myanmar	52.797	9.299	17,6	–	–	–	–	–	–
Namibia	2.259	530	23,5	9.300	5.200	4.100	4	1.000	<500
Nauru	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	27.474	6.354	23,1	–	–	–	–	–	–
Nicaragua	5.992	1.319	22,0	–	–	–	–	–	–
Níger	17.157	3.956	23,1	–	–	–	–	–	–
Nigeria	168.834	37.675	22,3	170.000	93.000	74.000	5	21.000	11.000
Niue	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	4.994	642	12,9	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	4.460	606	13,6	–	–	–	–	–	–
Omán	3.314	557	16,8	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	16.714	2.007	12,0	–	–	–	–	–	–
Pakistán	179.160	39.901	22,3	–	–	–	–	–	–
Palau	21	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	3.802	690	18,2	–	–	–	–	–	–
Papúa Nueva Guinea	7.167	1.601	22,3	1.300	<1.000	<1.000	5	<100	<100
Paraguay	6.687	1.395	20,9	–	–	–	–	–	–
Perú	29.988	5.804	19,4	–	–	–	–	–	–
Polonia	38.211	4.132	10,8	–	–	–	–	–	–
Portugal	10.604	1.094	10,3	–	–	–	–	–	–
Qatar	2.051	171	8,3	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	62.783	7.264	11,6	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	21.890	4.749	21,7	–	–	–	–	–	–
República Centroafricana	4.525	1.042	23,0	–	–	–	–	–	–
República Checa	10.660	995	9,3	–	–	–	–	–	–
República de Corea	49.003	6.350	13,0	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	3.514	424	12,1	<200	–	–	–	<100	<100
República Democrática del Congo	65.705	15.400	23,4	53.000	32.000	22.000	11	7.700	3.300
República Democrática Popular Lao	6.646	1.554	23,4	–	–	–	–	–	–
República Dominicana	10.277	1.997	19,4	–	–	–	–	–	–
República Popular Democrática de Corea	24.763	3.940	15,9	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzania	47.783	10.828	22,7	170.000	97.000	69.000	11	21.000	10.000
Rumania	21.755	2.230	10,3	–	–	–	–	–	–
Rwanda	11.458	2.774	24,2	22.000	11.000	11.000	11	<1.000	1.200
Saint Kitts y Nevis	54	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	189	42	22,2	–	–	–	–	–	–
San Marino	31	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	109	20	18,3	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	181	32	17,8	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	188	40	21,5	–	–	–	–	–	–
Senegal	13.726	3.162	23,0	–	–	–	–	–	–
Serbia	9.553	1.180	12,4	–	–	–	–	–	–
Seychelles	92	14	15,1	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	5.979	1.358	22,7	2.800	2.000	<1.000	5	<1.000	<200
Singapur	5.303	702	13,2	–	–	–	–	–	–
Somalia	10.195	2.440	23,9	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	21.098	3.248	15,4	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	52.386	9.578	18,3	310.000	210.000	100.000	5	56.000	11.000
Sudán	37.195	8.546	23,0	–	–	–	–	–	–
Sudán del Sur	10.838	2.544	23,5	8.000	–	–	5	–	<1.000
Suecia	9.511	1.084	11,4	–	–	–	–	–	–
Suiza	7.997	865	10,8	–	–	–	–	–	–
Surinam	535	97	18,2	–	–	–	–	–	–
Swazilandia	1.231	299	24,3	20.000	12.000	7.400	9	3.600	<1.000
Tailandia	66.785	9.059	13,6	–	–	–	–	–	–

Demografía y epidemiología del VIH entre los adolescentes

Países y zonas	Demografía			Cifra estimada de adolescentes que viven con VIH, 2012			Epidemiología		
	Población (miles), 2012		Adolescentes de 10 a 19 años como % del total de la población	Total de 10 a 19 años	Mujeres de 10 a 19 años	Hombres de 10 a 19 años	Adolescentes (de 10 a 19 años) que viven con VIH como % de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2012	Cifra de nuevas infecciones por VIH entre adolescentes ^a (de 10 a 19 años), 2012	Cifra de muertes por VIH entre adolescentes (de 10 a 19 años), 2012
	Total	10 a 19 años							
Tayikistán	8.009	1.710	21,3	–	–	–	–	–	
Timor-Leste	1.114	312	28,0	–	–	–	–	–	
Togo	6.643	1.498	22,6	8.000	4.200	3.700	6	<500	
Tonga	105	23	22,3	–	–	–	–	–	
Trinidad y Tabago	1.337	177	13,3	–	–	–	–	–	
Túnez	10.875	1.692	15,6	–	–	–	–	–	
Turkmenistán	5.173	994	19,2	–	–	–	–	–	
Turquía	73.997	12.846	17,4	–	–	–	–	–	
Tuvalu	10	–	–	–	–	–	–	–	
Ucrania	45.530	4.389	9,6	–	–	–	–	–	
Uganda	36.346	8.890	24,5	110.000	64.000	48.000	7	15.000	
Uruguay	3.395	521	15,3	–	–	–	–	–	
Uzbekistán	28.541	5.696	20,0	–	–	–	–	–	
Vanuatu	247	52	21,1	–	–	–	–	–	
Venezuela (República Bolivariana de)	29.955	5.537	18,5	–	–	–	–	–	
Viet Nam	90.796	14.819	16,3	–	–	–	–	–	
Yemen	23.852	6.010	25,2	–	–	–	–	–	
Zambia	14.075	3.357	23,8	82.000	43.000	39.000	7	5.500	
Zimbabwe	13.724	3.327	24,2	120.000	63.000	55.000	9	6.900	
DATOS CONSOLIDADOS									
África subsahariana ^{a/}	913.135	209.363	23	1.700.000	1.000.000	720.000	7	210.000	
África oriental y meridional	441.512	101.842	23	1.300.000	800.000	550.000	7	160.000	
África occidental y central	433.568	98.796	23	390.000	220.000	170.000	6	43.000	
África septentrional y Oriente Medio	425.055	79.451	19	17.000	9.100	8.300	7	5.300	
Asia meridional	1.650.019	328.314	20	130.000	62.000	64.000	6	24.000	
Asia Oriental y Pacífico	2.074.608	297.376	14	110.000	55.000	53.000	4	34.000	
América Latina y el Caribe	604.436	111.047	18	82.000	35.000	46.000	5	17.000	
ECE/CEI	408.336	53.017	13	22.000	11.000	11.000	2	5.200	
Países menos adelantados	878.097	200.309	23	900.000	510.000	390.000	8	96.000	
Países de bajos y medianos ingresos	–	–	–	2.100.000	1.200.000	900.000	6	290.000	
Mundo	7.040.823	1.185.392	17	2.100.000	1.200.000	930.000	6	300.000	

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Población (miles), 2012: Estimación total de la población hasta 2012 (en miles).

Adolescentes de 10 a 19 años como % del total de la población: Porcentaje de adolescentes en relación al total de la población (de 10 a 19 años).

Cifra estimada de adolescentes que viven con VIH: Estimación del número de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH hasta 2012.

Adolescentes (de 10 a 19 años) que viven con VIH como % de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2012: Porcentaje del número estimado de adultos que viven con el VIH (de 15 años o más) que son adolescentes (15-19 años).

Cifra de nuevas infecciones por VIH entre adolescentes (de 10 a 19 años), 2012: Número estimado de nuevas infecciones por VIH entre los adolescentes (de 15 a 19 años) hasta 2012.

Cifra de muertes por VIH entre adolescentes (de 10 a 19 años), 2012: Número estimado de muertes relacionadas con el sida entre los adolescentes (de 15 a 19 años) hasta 2012.

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Población (miles), 2012: División de Población de las Naciones Unidas, 2013.

Adolescentes de 10 a 19 años como % del total de la población: División de Población de las Naciones Unidas, 2013.

Cifra estimada de adolescentes que viven con VIH: Estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Adolescentes (de 10 a 19 años) que viven con VIH como % de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2012: Análisis de UNICEF de las estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Cifra de nuevas infecciones por VIH entre adolescentes (de 10 a 19 años), 2012: Estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Cifra de muertes por VIH entre adolescentes (de 10 a 19 años), 2012: Estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

NOTAS

– No se dispone de datos.

* Los datos se refieren al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado en el titular de la columna.

** Excluye China.

‡ Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, con la excepción de la India en 2005–2006. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2005.

y Los datos se refieren a años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, con la excepción de la India en 2005–2006. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2005.

p Sobre la base de pequeños denominadores (típicamente 25–29 casos no ponderados). No se presentan datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

a/ África subsahariana incluye el Sudán y Djibouti.

§ Los programas actuales de modelado del espectro utilizados por el ONUSIDA asumen que las infecciones de VIH en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años se deben a la transmisión de madre a hijo. Ninguna otra ruta de transmisión está incluida en el modelo para este grupo de edad.

Algunas estimaciones no equivalen a los totales debido al redondeo.

Hasta julio de 2013, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos países forman la base del análisis de los datos de la OMS, ONUSIDA y UNICEF.

Conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre los adolescentes

Países y zonas	Conocimiento		Comportamiento sexual							
	% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tienen un conocimiento amplio del VIH, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que se hicieron una prueba y recibieron los resultados, 2008–2012*	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Afganistán	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Albania	36	21	0	2	–	–	1	1	–	–
Alemania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	12 x	–	–	–	–	–	–	–	1 x	–
Argentina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	10	4	–	6	–	–	0	0	1	1
Australia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	3 x	2 x	0 x	3 x	–	–	0 x	1 x	–	–
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belice	39	–	1	–	–	–	4	–	–	–
Benin	17 x	31 x	2	8	33	40	13 x	13 x	8 x	5 x
Bhután	22	–	0	–	–	–	2	–	10	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	20	24	–	10	–	43	7	10	–	–
Bosnia y Herzegovina	42	41	1	5	–	–	0	2	–	–
Botswana	–	–	2	1	–	–	2	3	–	–
Brasil	–	–	–	–	–	–	33 x	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	29	31	1	2	57 p	76 p	8	2	14	7
Burundi	43	45	0	1	–	–	4	9	16	11
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Camboya	43	41	0	0	–	–	0	0	7	3
Camerún	26	30	4	10	52	70	15	11	28	13
Canadá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	10	–	0	–	–	–	21	–	–	–
Chile	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	21 y	–	5	–	45	–	14	–	18	–
Comoras	–	–	1	7	–	51 p	–	–	–	–
Congo	8	18	9	9	25	49	23	24	10	4
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	15	21	4	13	32	70	21	14	19	11
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	54	–	7	–	64	–	12	–	19	–
Dinamarca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	16 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egipto	3	16	–	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovaquia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
España	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estados Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre los adolescentes

Países y zonas	Conocimiento		Comportamiento sexual							
	% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tienen un conocimiento amplio del VIH, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que se hicieron una prueba y recibieron los resultados, 2008–2012*	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	24	32	0	1	–	–	7	1	32	25
ex República Yugoslava de Macedonia	23 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Federación de Rusia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Filipinas	19	–	–	–	–	–	2	–	0	–
Finlandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	29	35	9	15	58	77	17	35	31	11
Gambia	33	–	1	–	–	–	4 x	–	4	–
Georgia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	35	34	2 p	3	22 p	–	8	4	–	–
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	20	24	1	13	–	79	7	14	–	–
Guinea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea-Bissau	12	–	5	–	56	–	27	–	12	–
Guinea Ecuatorial	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	53	45	1	8	–	86	10	16	–	–
Haití	32	25	2	14	42	58	14	36	18	8
Honduras	29	33	2	16	39	73	12	24	20	4
Hungría	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
India	19 x	35 x	0 x	1 x	–	39 x	8 x	3 x	1 x	1 x
Indonesia	6 x,y	2 x,y	–	–	–	–	–	–	–	–
Irán (República Islámica de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	27 x	35 x	5 x	10 x	–	–	15 x	25 x	–	–
Islas Salomón	29 x	26 x	–	–	15 x,p	–	15 x	16 x	–	–
Israel	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	39 y	34 y	16	39	56 p	75	16	49	–	–
Japón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	12 x,y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazajstán	30	30	0	8	–	94 p	0	0	14	14
Kenya	42	51	1	4	–	69 p	12	22	28	22
Kirguistán	19 x	–	–	7	–	–	0 x	–	–	–
Kiribati	41	46	1	17	–	29	1	16	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	35	28	2	13	37 p	60	9	26	43	19
Letonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	18 x	21 x	8 x	7 x	11 x	29 x	19 x	9 x	3 x	1 x
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	23	26	3	14	7	9	17	8	8	5
Malasia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	40	45	1	5	42 p	36	12	26	–	–
Maldivas	22 y	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Malí	14	–	1	2	–	–	17	–	7	–
Malta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauricio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	5	–	–	–	–	–	–	–	2	–

Conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre los adolescentes

Países y zonas	Conocimiento		Comportamiento sexual							
	% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tienen un conocimiento amplio del VIH, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que se hicieron una prueba y recibieron los resultados, 2008–2012*	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
México	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	28	24	0	5	–	68 p	0	2	–	–
Montenegro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	27	49	3	18	43	44	22	17	25	10
Myanmar	31	–	–	–	–	–	–	–	88	–
Namibia	62 x	59 x	1 x	6 x	77 x,p	84 x	7 x	19 x	18 x	8 x
Nauru	8 x	8 x	–	–	–	–	15 x	35 x	–	–
Nepal	25	33	–	2	–	–	5	4	2	4
Nicaragua	–	–	–	–	–	–	13 x	–	–	–
Níger	12 x	14 x	0	0	–	–	26 x	5 x	2 x	1 x
Nigeria	22	–	3	–	44	–	15	6	7	–
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	2 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papúa Nueva Guinea	–	–	–	–	–	–	4 x	4 x	–	–
Paraguay	–	–	6	–	50	–	7	–	–	–
Perú	17 x	–	1 x	– x	–	–	6	–	–	–
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Centroafricana	16	26	6	17	28	50	27	10	13	6
República Checa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Democrática del Congo	13	–	8	–	18	–	21	–	6	–
República Democrática Popular Lao	23	25	–	–	–	–	5	3	–	–
República Dominicana	39	33	4 x	14 x	37 x	72 x	–	–	–	–
República Popular Democrática de Corea	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzania	46	41	3	7	38	45	9	12	31	20
Rumania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	49	44	0	0	–	–	5	13	44	37
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	2	5	–	–	–	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	39	39	1	7	–	62 p	10	12	27	10
Senegal	26	28	0	1	–	–	10	6	16	11
Serbia	53	43	3	15	–	63	1	4	3	3
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	23	–	8	–	10	–	22	11	10	–
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán del Sur	8	–	4	–	6 p	–	11	–	3	–
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre los adolescentes

Países y zonas	Conocimiento		Comportamiento sexual							
	% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tienen un conocimiento amplio del VIH, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años, 2008–2012*		% de adolescentes (de 15 a 19 años) que se hicieron una prueba y recibieron los resultados, 2008–2012*	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Surinam	40	–	2	–	–	–	10	–	–	–
Swazilandia	56	52	1	3	–	92 p	3	2	–	–
Tailandia	46 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tayikistán	11	9	–	–	–	–	0	4	–	–
Timor-Leste	11	15	–	0	–	–	1	1	–	–
Togo	33	36	4	7	47 p	–	12	6	8	8
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	49 x	–	2 x	–	–	–	5 x	–	–	–
Túnez	15	–	–	–	–	–	–	–	0	–
Turkmenistán	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	31 x	57 x	–	–	–	–	2 x	19 x	–	–
Ucrania	39 x	33 x	2 x	8 x	–	66 x,p	1 x	3 x	–	–
Uganda	36	35	2	5	–	56	12	18	45	25
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	27 x	–	0 x	– x	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	14 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	51	–	0	–	–	–	0	–	7	–
Yemen	2 x,y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	36	38	2 x	5 x	47 x,p	50 x	7	9	21 x	9 x
Zimbabwe	46	42	1	3	–	66 p	4	4	25	10

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana ^{a/}	26 †	36 †	3	5 †	35 †	– †	13 †	9 †	19 †	– †
África oriental y meridional	34 †	39 †	2 †	5 †	– †	– †	10 †	11 †	29 †	20 †
África occidental y central	21 †	– †	4 †	– †	37 †	– †	16 †	7 †	10 †	– †
África septentrional y Oriente Medio	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †
Asia meridional	17 †	34 †	0 †	1 †	– †	39 †	8 †	3 †	1 †	1 †
Asia Oriental y Pacífico	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†
América Latina y el Caribe	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †
ECE/CEI	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †
Países menos adelantados	22 †	– †	2 †	– †	– †	– †	12 †	– †	27 †	– †
Países de bajos y medianos ingresos	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†
Mundo	21 **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que tienen un conocimiento amplio del VIH: Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que identifican correctamente las dos principales maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativo y tener una sola pareja sexual, fiel y no infectada); que rechazan los dos conceptos erróneos más frecuentes sobre la transmisión del VIH; y que saben que una persona de apariencia saludable puede, no obstante, transmitir el VIH.

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses: Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que informaron haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual: Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que informaron haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses e informaron de haber utilizado preservativo durante la última relación sexual.

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años: Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que informaron haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir 15 años.

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que se hicieron una prueba y recibieron los resultados: Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que habían sido sometidos a la prueba del VIH y habían recibido el resultado.

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que tienen un conocimiento amplio del VIH: Bases mundiales de datos de UNICEF, 2013, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero en los últimos 12 meses: Bases mundiales de datos de UNICEF, 2013, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) con compañeros múltiples y que utilizaron un preservativo en la última relación sexual: Bases mundiales de datos de UNICEF, 2013, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años: Bases mundiales de datos de UNICEF, 2013, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.

Porcentaje de adolescentes (de 15 a 19 años) que se hicieron una prueba y recibieron los resultados: Bases mundiales de datos de UNICEF, 2013, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.

NOTAS

– No se dispone de datos.

* Los datos se refieren al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado en el titular de la columna.

** Excluye China.

† Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, con la excepción de la India en 2005–2006. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2005.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte del país. Si están dentro del período de referencia, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

p Sobre la base de pequeños denominadores (típicamente 25–29 casos no ponderados). No se presentan datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

a/ África subsahariana incluye el Sudán y Djibouti.

Algunas estimaciones no equivalen a los totales debido al redondeo.

Hasta julio de 2013, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos países forman la base del análisis de los datos de la OMS, ONUSIDA y UNICEF.

Epidemiología, conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre poblaciones clave afectadas menores de 25 años

Países y zonas	Epidemiología			Comportamiento sexual			Acceso	Pruebas		
	Prevalencia del VIH (%) entre poblaciones de alto riesgo en la capital (menos de 25 años), 2007-2012*			% de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que usaron un preservativo en la última relación sexual, 2007-2012*				% de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que se hicieron la prueba del VIH y sabían el resultado, 2007-2012*		
	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres	% de personas que se inyectan drogas (menos de 25 años) e informaron haber usado jeringas esterilizadas la última vez que se inyectaron, 2007-2012*	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres
Afganistán	2,7	0,3	0,0	43	51	17	64	79	53	73
Albania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alemania	0,0	-	3,0	48	-	52	93	63	-	32
Andorra	-	-	8,2	-	-	-	-	-	-	-
Angola	-	7,2	-	-	74	25	-	-	35	30
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	-	4,3	-	-	40	-	-	-	39	-
Argentina	1,4	-	9,4	65	100	91	92	45	-	99
Armenia	0,0	0,0	3,5	54	91	71	66	0	27	32
Australia	1,7	0,0	-	27	-	39	75	49	60	83
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	1,7	1,2	0,0	8	57	23	54	3	13	19
Bahamas	-	-	15,0	-	-	79	-	-	-	50
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	0,7	0,2	0,0	43	62	34	41	4	8	11
Barbados	-	-	-	-	73	-	-	-	80	-
Belarús	6,8	0,0	0,0	58	80	65	87	40	70	70
Bélgica	-	0,4	3,8	-	-	54	-	24	-	39
Belice	-	0,0	10,5	-	90	60	-	-	57	57
Benin	4,8	13,3	-	60	87	59	26	26	92	31
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	0,6	-	-	96	67	-	-	63	36
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	43	-	-	76	17	-	-
Botswana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	18	21
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	11,9	0,0	0,0	68	85	66	75	61	59	52
Burkina Faso	-	8,6	1,3	-	98	-	-	-	-	100
Burundi	-	24,3	1,1	-	91	68	-	-	62	23
Cabo Verde	-	0,5	-	-	56	-	-	-	28	-
Camboya	-	-	1,1	-	-	69	58	36	-	33
Camerún	-	27,5	28,8	-	76	57	-	-	32	54
Canadá	2,6	-	2,2	40	-	65	92	74	-	36
Chad	-	19,6	-	-	43	-	-	-	38	-
Chile	-	-	7,3	-	74	50	-	-	91	26
China	3,7	0,2	5,6	47	89	76	57	27	30	39
Chipre	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	-	0,5	9,5	-	99	-	-	-	41	-
Comoras	-	0,0	-	-	68	-	-	-	100	-
Congo	-	3,8	20,2	-	82	59	-	-	46	27
Costa Rica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42
Côte d'Ivoire	-	11,7	13,8	-	92	67	0	-	47	59
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	0,9	6,2	-	71	71	-	-	32	20
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	12,5	-	-	71	-	-	-	100	-
Dominica	-	-	16,0	-	-	70	-	-	-	24
Ecuador	-	-	8,8	-	-	54	-	-	-	22
Egipto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	83	-	-	95	52
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	1,5	-	-	68	-	-	-	80	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	0,0	-	-	-	-	25	-	-	-	-
España	0,0	1,2	10,9	-	-	59	-	-	-	37
Estado de Palestina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	-	-	-	18	-	57	-	51	-	70

Epidemiología, conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre poblaciones clave afectadas menores de 25 años

Países y zonas	Epidemiología			Comportamiento sexual			Acceso	Pruebas		
	Prevalencia del VIH (%) entre poblaciones de alto riesgo en la capital (menos de 25 años), 2007-2012*			% de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que usaron un preservativo en la última relación sexual, 2007-2012*				% de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que se hicieron la prueba del VIH y sabían el resultado, 2007-2012*		
	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres	% de personas que se inyectan drogas (menos de 25 años) e informaron haber usado jeringas esterilizadas la última vez que se inyectaron, 2007-2012*	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres
Estonia	36,4	11,1	0,0	41	100	41	89	35	56	29
Etiopía	–	–	–	–	98	–	–	–	98	–
ex República Yugoslava de Macedonia	0,0	0,0	0,0	53	86	51	89	92	32	32
Federación de Rusia	12,0	4,1	10,8	54	68	58	86	34	36	31
Fiji	–	0,0	–	–	91	–	–	–	27	–
Filipinas	9,5	0,3	1,5	16	65	34	22	2	14	4
Finlandia	–	–	–	–	–	45	–	–	–	24
Francia	–	–	1,5	–	–	57	–	–	63	41
Gabón	–	–	–	–	56	–	–	–	40	–
Gambia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Georgia	1,1	–	3,0	50	90	76	88	7	44	29
Ghana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	8,8	–	–	–	0	69	–	77	57	28
Guatemala	–	–	–	–	95	81	–	–	92	63
Guinea	–	14,8	59,7	–	71	25	–	–	83	47
Guinea-Bissau	–	22,2	–	–	91	–	–	–	95	28
Guinea Ecuatorial	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	–	6,6	–	–	92	–	–	–	88	86
Haití	–	6,7	13,3	–	91	71	–	–	66	47
Honduras	–	1,4	4,1	–	78	68	–	–	81	25
Hungría	0,0	–	4,0	21	–	25	67	22	–	100
India	5,3	1,7	3,5	13	88	44	85	21	38	7
Indonesia	11,6	8,0	6,1	56	49	64	82	84	78	92
Irán (República Islámica de)	6,6	0,0	0,0	24	62	45	91	17	25	11
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlanda	–	–	–	–	–	63	–	–	–	30
Islandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	56	–	–	–	30
Jamaica	–	1,3	25,7	–	91	75	–	–	65	72
Japón	–	–	1,2	–	37	50	–	–	72	20
Jordania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazajstán	2,6	1,0	0,3	56,2	73	86	55	58	73	56
Kenya	–	–	12,2	–	87	–	–	–	95	–
Kirguistán	8,1	3,5	2,2	52	83	74	86	54	31	37
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Letonia	5,8	15,0	3,1	62	80	40	85	59	60	24
Líbano	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	0,0	0,0	0,0	–	89	40	97	72	25	16
Luxemburgo	0,0	–	–	–	–	60	–	–	–	46
Madagascar	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Malasia	4,8	1,1	6,2	25	88	72	94	79	71	75
Malawi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maldivas	0,0	0,0	0,0	–	–	–	71	15	21	12
Malí	–	25,7	–	–	97	–	–	–	–	–
Malta	–	–	–	–	–	–	–	12	–	–
Marruecos	1,7	1,0	3,3	28	47	50	58	7	15	25
Mauricio	–	11,1	8,3	16	86	58	83	32	75	93
Mauritania	–	–	4,6	–	–	–	–	–	59	–

◀ Epidemiología, conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre poblaciones clave afectadas menores de 25 años

Países y zonas	Epidemiología			Comportamiento sexual			Acceso	Pruebas		
	Prevalencia del VIH (%) entre poblaciones de alto riesgo en la capital (menos de 25 años), 2007–2012*			% de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que usaron un preservativo en la última relación sexual, 2007–2012*				% de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que se hicieron la prueba del VIH y sabían el resultado, 2007–2012*		
	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres	% de personas que se inyectan drogas (menos de 25 años) e informaron haber usado jeringas esterilizadas la última vez que se inyectaron, 2007–2012*	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres
México	6,9	0,9	12,4	38	65	72	40	34	54	38
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	–	0,0	10,0	–	84	70	–	–	50	56
Montenegro	–	0,0	0,0	–	81	–	95	–	17	11
Mozambique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Myanmar	13,3	5,9	4,5	79	96	84	83	26	68	45
Namibia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	1,1	–	1,3	40	–	75	97	19	–	36
Nicaragua	–	1,2	3,0	–	97	52	–	–	42	28
Níger	–	17,2	–	–	96	–	–	–	70	–
Nigeria	3,7	19,0	15,1	55	87	48	75	18	37	21
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	–	–	0,0	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	33,9	2,2	–	22	–	24	63	8	6	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	–	–	–	–	27	35	–	–	27	35
Papúa Nueva Guinea	–	12,7	1,9	–	75	60	–	–	43	63
Paraguay	4,0	3,0	13,1	48	94	72	93	70	72	54
Perú	–	–	10,5	–	70	52	–	–	–	–
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	4,9	9,1	2,8	36	93	71	59	41	71	76
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	0,6	–	–	42	–	–	78	–	–	20
República Árabe Siria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Centroafricana	–	–	33,9	–	–	69	–	–	–	84
República Checa	–	–	1,4	–	–	40	–	–	–	27
República de Corea	–	–	4,3	–	–	57	–	–	–	23
República de Moldova	1,4	1,7	0,2	26	96	60	100	36	19	7
República Democrática del Congo	–	4,5	5,5	–	27	16	–	–	85	81
República Democrática Popular Lao	–	0,8	5,2	–	93	24	–	–	21	12
República Dominicana	–	2,4	3,7	–	84	41	–	–	79	36
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rumania	1,2	–	–	22	99	42	87	14	25	42
Rwanda	–	42,1	–	–	78	–	–	–	86	–
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	12,9	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	12,5	–	–	–	–	95	–	22	–	100
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	–	–	–	–	22	–	–	–	68	–
Senegal	–	15,0	12,7	–	89	72	–	–	48	31
Serbia	4,8	2,0	1,4	46	91	65	88	17	68	34
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	–	–	5,7	–	–	–	–	–	–	–
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	0,0	0,0	–	88	61	–	–	–	7
Sudáfrica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán	–	–	–	–	46	–	–	–	6	–

Epidemiología, conocimiento, pruebas del VIH y comportamiento sexual entre poblaciones clave afectadas menores de 25 años

Países y zonas	Epidemiología			Comportamiento sexual			Acceso	Pruebas		
	Prevalencia del VIH (%) entre poblaciones de alto riesgo en la capital (menos de 25 años), 2007–2012*			% de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que usaron un preservativo en la última relación sexual, 2007–2012*				% de personas que se inyectan drogas (menos de 25 años) e informaron haber usado jeringas esterilizadas la última vez que se inyectaron, 2007–2012*	% de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que se hicieron la prueba del VIH y sabían el resultado, 2007–2012*	
	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres	Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen sexo con otros hombres			Personas que se inyectan drogas	Trabajadores sexuales
Sudán del Sur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suecia	0,0	0,0	0,7	6	0	41	44	47	56	31
Suiza	6,3	–	2,1	49	–	37	95	65	–	39
Surinam	–	4,6	–	–	–	75	–	–	93	98
Swazilandia	–	64,1	–	–	87	–	–	–	92	–
Tailandia	25,0	–	5,3	49	94	86	73	54	40	17
Tayikistán	9,5	3,7	1,4	72	75	70	91	31	41	39
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	0,0	8,1	19,8	0	90	43	–	0	53	47
Tonga	–	–	–	–	–	27	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	–	–	5,8	–	–	–	–	–	–	–
Túnez	0,6	0,6	9,8	32	59	32	91	17	11	13
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	0,0	1,6	1,7	17	34	27	17	22	–	38
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	7,1	3,0	4,2	58	94	69	95	35	57	36
Uganda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	–	–	6,9	–	–	44	–	–	–	–
Uzbekistán	5,6	1,7	2,0	55	86	64	78	30	32	27
Vanuatu	–	–	–	–	–	63	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	–	–	3,0	55	82	66	95	26	39	38
Yemen	–	–	3,1	–	–	16	–	–	–	19
Zambia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zimbabwe	–	25,1	–	–	52	–	–	–	53	–

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Prevalencia del VIH (%) entre poblaciones de alto riesgo en la capital (menos de 25 años), 2007–2012: Porcentaje de las poblaciones de mayor riesgo (personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres), de 0 a 24 años, que viven con el VIH.

Porcentaje de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que usaron un preservativo en la última relación sexual, 2007–2012: Porcentaje de las poblaciones de mayor riesgo (personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres), de 0 a 24 años, que utilizaron un preservativo durante la última relación sexual.

Porcentaje de personas que se inyectan drogas (menos de 25 años) e informaron haber usado jeringas esterilizadas la última vez que se inyectaron, 2007–2012: Porcentaje de personas que se inyectan drogas (de 0 a 24 años) que informaron haber usado jeringas esterilizadas la última vez que se inyectaron.

Porcentaje de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que se hicieron la prueba del VIH y sabían el resultado, 2007–2012: Porcentaje de las poblaciones de mayor riesgo (personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres), de 0 a 24 años, que se hicieron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y sabían el resultado.

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Prevalencia del VIH (%) entre poblaciones de alto riesgo en la capital (menos de 25 años), 2007–2012: Base de datos en línea de ONUSIDA, <www.aidsinfoonline.org>, consultada el 26 de septiembre de 2013.

Porcentaje de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que usaron un preservativo en la última relación sexual, 2007–2012: Base de datos en línea de ONUSIDA, <www.aidsinfoonline.org>, consultada el 26 de septiembre de 2013.

Porcentaje de personas que se inyectan drogas (menos de 25 años) e informaron haber usado jeringas esterilizadas la última vez que se inyectaron, 2007–2012: Base de datos en línea de ONUSIDA, <www.aidsinfoonline.org>, consultada el 26 de septiembre de 2013.

Porcentaje de poblaciones de alto riesgo (menos de 25 años) que se hicieron la prueba del VIH y sabían el resultado, 2007–2012: Base de datos en línea de ONUSIDA, <www.aidsinfoonline.org>, consultada el 26 de septiembre de 2013.

NOTAS

– No se dispone de datos.

* Los datos se refieren al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado en el titular de la columna.

** Excluye China.

‡ Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, con la excepción de la India en 2005–2006. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2005.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte del país. Si están dentro del período de referencia, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

p Sobre la base de pequeños denominadores (típicamente 25–29 casos no ponderados). No se presentan datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

a/ África subsahariana incluye el Sudán y Djibouti.

δ Debido a la cesión de la República de Sudán del Sur realizada en julio de 2011 por la República del Sudán, y su admisión posterior a las Naciones Unidas como estados separados el 14 de julio de 2011, no se dispone aún de datos desagregados para el Sudán y Sudán del Sur para todos los indicadores. En esos casos, los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión.

Algunas estimaciones no equivalen a los totales debido al redondeo.

Hasta julio de 2013, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos países forman la base del análisis de los datos de la OMS, ONUSIDA y UNICEF.

Protección, atención y apoyo a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida

Países y zonas	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2012	Niños huérfanos y vulnerables			Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa, 2012	Niños cuyo padre y madre han muerto debido al sida, 2012	Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos, 2008–2012*	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo, 2008–2012*
		Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida, 2012						
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado				
Afganistán	–	–	–	–	–	–	–	
Albania	–	–	–	–	–	–	–	
Alemania	–	–	–	–	–	–	–	
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	
Angola	1.100.000	120.000	87.000	170.000	170.000	38.000	85	
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	
Argelia	–	–	–	–	–	–	–	
Argentina	–	–	–	–	–	–	–	
Armenia	–	–	–	–	–	–	–	
Australia	–	–	–	–	–	–	–	
Austria	–	–	–	–	–	–	–	
Azerbaiyán	–	–	–	–	–	–	–	
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	
Bangladesh	–	–	–	–	–	–	84 x	
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	
Belarús	–	–	–	–	–	–	–	
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	
Belice	–	–	–	–	–	–	–	
Benin	450.000	43.000	36.000	51.000	60.000	13.000	90 x	
Bhután	–	–	–	–	–	–	–	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	–	–	–	–	–	–	–	
Bosnia y Herzegovina	–	–	–	–	–	–	–	
Botswana	160.000	120.000	100.000	130.000	46.000	44.000	–	
Brasil	–	–	–	–	–	–	–	
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	
Burkina Faso	980.000	130.000	110.000	160.000	160.000	46.000	101	
Burundi	680.000	89.000	73.000	110.000	140.000	40.000	82	
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–	
Camboya	–	–	–	–	–	–	86	
Camerún	1.300.000	330.000	300.000	380.000	250.000	120.000	94	
Canadá	–	–	–	–	–	–	–	
Chad	960.000	170.000	140.000	200.000	180.000	64.000	117	
Chile	–	–	–	–	–	–	–	
China	–	–	–	–	–	–	–	
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	
Colombia	–	–	–	–	–	–	93	
Comoras	–	–	–	–	–	–	–	
Congo	220.000	64.000	58.000	72.000	39.000	21.000	74 p	
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	–	
Côte d'Ivoire	1.300.000	380.000	340.000	440.000	240.000	130.000	66	
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	
Cuba	–	–	–	–	–	–	–	
Dinamarca	–	–	–	–	–	–	–	
Djibouti	43.000	7.200	5.600	8.700	7.100	2.300	–	
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	
Ecuador	–	–	–	–	–	–	–	
Egipto	–	–	–	–	–	–	–	
El Salvador	–	–	–	–	–	–	–	
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	
Eritrea	160.000	21.000	14.000	30.000	25.000	7.400	–	
Eslovaquia	–	–	–	–	–	–	–	
Eslovenia	–	–	–	–	–	–	–	
España	–	–	–	–	–	–	–	
Estado de Palestina	–	–	–	–	–	–	–	
Estados Unidos	–	–	–	–	–	–	–	
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	
Etiopía	4.500.000	900.000	<100	<100	650.000	130.000	90	

Protección, atención y apoyo a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida

Países y zonas	Niños huérfanos y vulnerables							
	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2012	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida, 2012			Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa, 2012	Niños cuyo padre y madre han muerto debido al sida, 2012	Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos, 2008-2012*	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo, 2008-2012*
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado				
ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	-	-
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabón	61.000	19.000	16.000	22.000	9.900	6.000	101	-
Gambia	-	-	-	-	-	-	106	-
Georgia	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	1.000.000	190.000	160.000	230.000	140.000	53.000	76	-
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea	670.000	46.000	35.000	58.000	100.000	15.000	73 x	-
Guinea-Bissau	120.000	17.000	13.000	23.000	21.000	6.000	109	8 x
Guinea Ecuatorial	-	-	5.000	20.000	-	-	-	-
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	13 x
Haití	430.000	100.000	90.000	120.000	61.000	29.000	96	5 x
Honduras	-	-	-	-	-	-	92	-
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-
India	-	-	-	-	-	-	72 x	-
Indonesia	-	-	-	-	-	-	-	-
Irán (República Islámica de)	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	94	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	15 x
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	2.600.000	1.000.000	<100	<100	410.000	290.000	95 x	21 x
Kirguistán	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	220.000	150.000	140.000	170.000	64.000	59.000	98	-
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	190.000	23.000	19.000	27.000	30.000	7.500	85 x	-
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	-	-	-	-	-	-	74	-
Malasia	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	1.300.000	770.000	700.000	850.000	270.000	240.000	97	17
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-
Malí	-	-	-	-	-	-	92	-
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	-	-	-	-	-	-	100 p	-
México	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	-	-	-	-	-	-	102	-

◀ **Protección, atención y apoyo a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida**

Países y zonas	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2012	Niños huérfanos y vulnerables			Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa, 2012	Niños cuyo padre y madre han muerto debido al sida, 2012	Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos, 2008–2012*	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo, 2008–2012*
		Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida, 2012						
		Estimado	Bajo estimado	Alto estimado				
Montenegro	–	–	–	–	–	–	–	
Mozambique	2.000.000	740.000	640.000	870.000	420.000	260.000	91	22
Myanmar	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	130.000	76.000	62.000	95.000	25.000	22.000	100 x	17 x
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	–	–	–	–	–	–	72 p	–
Nicaragua	–	–	–	–	–	–	–	–
Níger	–	–	–	–	–	–	67 x	–
Nigeria	11.500.000	2.200.000	1.900.000	2.600.000	2.000.000	750.000	100	6
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	–	–	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	–	–	–	–	–	–	–	–
Papúa Nueva Guinea	320.000	13.000	7.600	19.000	43.000	3.900	–	–
Paraguay	–	–	–	–	–	–	–	–
Perú	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	–	–	–	–	–	–	–	–
República Centroafricana	–	–	–	–	–	–	88	7 x
República Checa	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	–	–	–	–	–	–	–	–
República Democrática del Congo	5.100.000	390.000	350.000	440.000	860.000	140.000	74	9 x
República Democrática Popular Lao	–	–	–	–	–	–	80	–
República Dominicana	–	–	–	–	–	–	98	–
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzania	3.100.000	1.200.000	1.000.000	1.300.000	570.000	370.000	95	7
Rumania	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	590.000	120.000	110.000	140.000	110.000	47.000	91	13
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	–	–	–	–	–	–	–	4 x
Senegal	–	–	–	–	–	–	97	–
Serbia	–	–	–	–	–	–	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	370.000	26.000	18.000	37.000	56.000	7.800	88	1
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	–	–	–	–	–	–	78 x	–
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	4.000.000	2.500.000	2.300.000	2.700.000	1.100.000	940.000	101	–
Sudán	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán del Sur	470.000	110.000	67.000	170.000	75.000	34.000	78	–
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	–
Surinam	–	–	–	–	–	–	–	–
Swazilandia	120.000	78.000	69.000	87.000	33.000	30.000	100	41 x
Tailandia	–	–	–	–	–	–	93 x	21 x

Protección, atención y apoyo a los niños y niñas afectados por el VIH y el sida

Países y zonas	Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas, 2012	Niños huérfanos y vulnerables			Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa, 2012	Niños cuyo padre y madre han muerto debido al sida, 2012	Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos, 2008–2012*	% de niños cuyos hogares reciben apoyo externo, 2008–2012*
		Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida, 2012		Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa, 2012				
		Estimado	Bajo estimado					
Tayikistán	–	–	–	–	–	–	–	
Timor-Leste	–	–	–	–	–	75	–	
Togo	360.000	90.000	75.000	110.000	62.000	30.000	86	6 x
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	
Trinidad y Tabago	–	–	–	–	–	–	–	
Túnez	–	–	–	–	–	–	–	
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	
Turquía	–	–	–	–	–	–	–	
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	
Ucrania	–	–	–	–	–	98 x	–	
Uganda	2.700.000	1.000.000	860.000	1.200.000	510.000	330.000	87	11 x
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	
Uzbekistán	–	–	–	–	–	–	–	
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	
Viet Nam	–	–	–	–	–	–	–	
Yemen	–	–	–	–	–	–	–	
Zambia	1.400.000	670.000	600.000	760.000	370.000	280.000	92	19 y
Zimbabwe	1.200.000	890.000	810.000	980.000	350.000	330.000	92	21

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana ^{a/}	56.000.000	15.100.000	13.400.000	16.900.000	10.300.000	5.000.000	91 ‡	– ‡
África oriental y meridional	27.900.000	10.600.000	9.600.000	11.800.000	5.500.000	3.500.000	90 ‡	– ‡
África occidental y central	28.100.000	4.400.000	3.800.000	5.200.000	4.800.000	1.500.000	91 ‡	– ‡
África septentrional y Oriente Medio	5.500.000	100.000	71.000	150.000	490.000	21.000	– ‡	– ‡
Asia meridional	40.800.000	610.000	1.100.000	2.100.000	3.600.000	180.000	72 ‡	– ‡
Asia Oriental y Pacífico	26.900.000	780.000	460.000	1.200.000	2.000.000	110.000	– **‡	– **‡
América Latina y el Caribe	7.800.000	830.000	650.000	1.000.000	520.000	110.000	– ‡	– ‡
ECE/CEI	6.200.000	260.000	200.000	340.000	410.000	57.000	– ‡	– ‡
Países menos adelantados	42.900.000	7.600.000	6.700.000	8.600.000	6.900.000	2.400.000	88 ‡	– ‡
Países de bajos y medianos ingresos	140.000.000	17.700.000	15.900.000	21.400.000	17.300.000	5.500.000	– **‡	– **‡
Mundo	150.000.000	17.800.000	16.100.000	21.600.000	17.600.000	5.500.000	– **‡	– **‡

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas: Número estimado de niños (0 a 17 años) que en 2012 habían perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, por cualquier causa.

Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida: Número estimado de niños (0 a 17 años) que en 2012 habían perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, debido al sida.

Niños cuyo padre y madre han muerto debido por cualquier causa: Número estimado de niños (0 a 17 años) que en 2012 habían perdido a su padre/madre biológicos por cualquier causa.

Niños cuyo padre y madre han muerto debido al sida: Número estimado de niños (0 a 17 años) que en 2012 habían perdido a sus dos progenitores debido al sida.

Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos: Porcentaje de niños (10 a 14 años) que han perdido a sus dos progenitores biológicos y asisten a la escuela, como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que viven, al menos, con uno de sus progenitores y asisten a la escuela.

Porcentaje de niños cuyos hogares reciben apoyo externo, 2005–2012: Porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables cuyos hogares recibieron, sin costo alguno, ayuda externa básica para el cuidado del niño.

FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido a todas las causas: Estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Niños que han perdido a uno o ambos progenitores debido al sida, 2012: Estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Niños cuyo padre y madre han muerto por cualquier causa, 2012: Estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Niños cuyo padre y madre han muerto debido al sida, 2012: Estimaciones de 2012 de ONUSIDA sobre el VIH y el sida.

Tasa de asistencia a la escuela de huérfanos: Bases mundiales de datos de UNICEF, 2013, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.

Porcentaje de niños cuyos hogares reciben apoyo externo: Bases mundiales de datos de UNICEF, 2013, sobre la base de las encuestas DHS, MICS y otras encuestas nacionales, 2006–2012.

NOTAS

– No se dispone de datos.

* Los datos se refieren al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado en el titular de la columna.

** Excluye China.

‡ Los promedios regionales solamente se calculan para la población que representa el 50% o más de la población total de interés de la región.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, con la excepción de la India en 2005–2006. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2005.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte del país. Si están dentro del período de referencia, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

p Sobre la base de pequeños denominadores (típicamente 25–29 casos no ponderados). No se presentan datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

a/ África subsahariana incluye el Sudán y Djibouti.

Algunas estimaciones no equivalen a los totales debido al redondeo.

Hasta julio de 2013, el Banco Mundial ha clasificado como tales a los países de bajos y medianos ingresos; estos países forman la base del análisis de los datos de la OMS, ONUSIDA y UNICEF.

PIES DE FOTO Y AUTORES

Portada

Unos niños corren a casa después de participar en un grupo de discusión sobre la salud, la higiene, el saneamiento y el VIH.
© UNICEF/RWAA2011-00631/Noorani

Página 2

Izquierda: Véase el pie de foto para las páginas 4–5
Centro: Véase el pie de foto para las páginas 24–25
Derecha: Véase el pie de foto para las páginas 40–41

Páginas 4–5

En Lilongwe, Malawi, una madre que recibe tratamiento de por vida con medicamentos antirretrovirales sostiene a su hijo pequeño.
© UNICEF Malawi/2013/Marinovich

Página 9

En un hospital de la región Worodougou en Côte d'Ivoire, una enfermera informa a una mujer que su prueba del VIH ha resultado negativa.
© UNICEF/NYHQ2011-0238/Asselin

Otras fotos en la versión en línea de este informe:

Un trabajador de salud realiza una prueba rápida del VIH en el Hospital Público Redemption de Monrovia, Liberia, que recibe apoyo de UNICEF. Estas pruebas incluyen una visita para el diagnóstico.
© UNICEF/NYHQ2011-1757/Pirozzi

Un trabajador de salud examina a una mujer embarazada en un centro de salud integrado en la ciudad de Maradi, en el sur de Níger.
© UNICEF/NIGB2010-0032/Pirozzi

Página 17

El diagnóstico en el punto de atención se puede utilizar sin necesidad de una amplia infraestructura de laboratorio ni de conocimientos técnicos.
© UNITAID/2013/Giulio Donini

Otras fotos en la versión en línea de este informe:

En Mozambique, las pruebas de carga viral se solían llevar a muchos kilómetros de distancia para procesarlas. Las nuevas máquinas pueden procesar las pruebas localmente en una hora.
© UNITAID/2013/Giulio Donini

Una adolescente que vive con el VIH vestida para la escuela en Tamil Nadu. El Fondo MAC AIDS, UNICEF y el Gobierno de la India están desplegando una iniciativa de telemedicina para proporcionar servicios a familias como la de ella.
© UNICEF India/2013

Página 18

Una mujer sudafricana que vive con el VIH sostiene la única píldora que toma diariamente para el tratamiento ARV: un enfoque innovador que pone fin a la necesidad de un régimen diario de varias pastillas.
© UNICEF South Africa/2013/Marinovich

Página 20

Una mujer que vive con el VIH abraza a su hija en un hospital de Moundou, Chad. La madre participó en un programa para la eliminación de la transmisión de madre a hijo del VIH y el hijo sigue libre del VIH.
© UNICEF/NYHQ2011-2151/Esteve

Página 21

Dos niños juegan en la guardería Kaldirgoch que recibe apoyo de UNICEF en Tashkent, Uzbekistán. La guardería ofrece atención y

servicios médicos a los niños que viven con el VIH y sus familias.
© UNICEF/NYHQ2011-1692/Pirozzi

Otras fotos de la versión en línea de este informe:

Una niña de ocho años que vive con el VIH en la ciudad de Ruili, China, recibe un abrazo de la Embajadora de UNICEF y estrella internacional de cine Maggie Cheung.
© UNICEF China/2010/Liu

Notas y dibujos de los niños y de los trabajadores sociales en el Centro Niños y Adolescentes Felices en Freetown, Sierra Leona, patrocinado por UNICEF.
© UNICEF Sierra Leone/2011/Asselin

Página 22

En una zona rural de Zambia, un niño de dos años de edad que vive con el VIH y recibe tratamiento antirretroviral, sonríe a su tía. Ella se hizo cargo de su cuidado después de que su madre muriera de complicaciones relacionadas con el SIDA.
© UNICEF/NYHQ2010-2928/Nesbitt

Página 23

Una enfermera y matrona en la Clínica Chelstone en Lusaka, capital de Zambia. Los servicios de la clínica incluyen la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH.
© UNICEF/NYHQ2011-0268/Nesbitt

Otras fotos de la versión en línea de este informe:

Un administrador de casos de familias que viven con el VIH, en el tren de la exposición de la campaña de concienciación Cinta Roja sobre el VIH/sida en la estación de Vijaywada en la India.
© UNICEF/INDA2010-00379/Purushotham

Trabajadores de la salud rural de Zimbabwe en sus bicicletas para proporcionar servicios de salud a las comunidades rurales.
© UNICEF/AUSNC2012-0406/Tattersall

Páginas 24–25

Una niña que vive y trabaja en las calles de Colombo, Sri Lanka, sostiene un calendario de bolsillo distribuido en un evento de concientización del VIH organizado por la asociación mundial Think Wise.
© UNICEF/NYHQ2012-1507/Jayasuriya

Página 30

Un adolescente se inyecta drogas en un edificio abandonado en Europa del Este.
© UNICEF Serbia/2010/Maccak

Otras fotos de la versión en línea de este informe:

Unos trabajadores adolescentes transexuales del sexo en una popular calle turística.
© UNICEF Laos

Una joven de 15 años yace en la cama de una de las habitaciones donde se encuentra con los clientes, en un burdel en Abidján, Côte d'Ivoire.
© UNICEF Côte d'Ivoire/2013/Asselin

Página 31

Un adolescente hace muecas mientras que un trabajador de salud recoge una muestra de sangre para la prueba del VIH en un centro juvenil que ofrece pruebas gratuitas en Mondou, Chad.
© UNICEF/NYHQ2011-2154/Esteve

Otras fotos de la versión en línea de este informe:

En la ciudad de Sfax, Túnez, un médico extrae sangre para la prueba del VIH de un paciente joven en un centro que recibe apoyo de UNICEF.
© UNICEF/NYHQ2011-0612/Ramoneda

En Odessa, Ucrania, una enfermera extrae sangre para la prueba del VIH en un laboratorio móvil. Esperanza, fe y amor, una ONG que recibe el apoyo de UNICEF, hace pruebas a las jóvenes trabajadoras sexuales para detectar el VIH y la sífilis, y les aconseja sobre cuestiones relacionadas con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

© UNICEF Ukraine/2010/Pirozzi

Página 33

Jóvenes que participan en la caminata de prevención del VIH del programa Club Cinta Roja de la India en el distrito de Chandrapur, Maharashtra. El Club es un foro voluntario que proporciona información sobre el VIH en las aldeas.

© UNICEF/INDA2011-00068/Crouch

Otras fotos de la versión en línea de este informe:

En un centro de la juventud en Moundou, Chad, una niña se ríe durante una pieza sobre la prevención del VIH. El centro enseña a los adolescentes a protegerse contra el virus y ofrece la prueba del VIH.

© UNICEF/NYHQ2011-2156/Esteve

Unos adolescentes asisten a un taller sobre toma de conciencia y prevención del VIH y el sida en la comunidad indígena Shipibo-Conibo de Nuevo Saposoa, en la región de Ucayali en la Amazonía peruana.

© UNICEF/NYHQ2010-2084/Markisz

Una niña asiste a un taller para educadores entre pares sobre el VIH y el sida en un Centro de servicio social apoyado por UNICEF en la ciudad de Aden, Yemen.

© UNICEF/NYHQ2007-1660/Pirozzi

Página 39

Un niño de 11 años, cuyos padres murieron por causas relacionadas con el sida, en la casa de su tío en Freetown, Sierra Leona. El niño fue expulsado de la casa de su tía cuando se enteró que vive con el VIH.

© UNICEF/NYHQ2011-0759/Asselin

Otras fotos de la versión en línea de este informe:

Una niña de 15 años de edad que vive con el VIH escribe en el muro de la casa abandonada que comparte con su familia en la isla de Zanzíbar, en Tanzania.

© UNICEF/NYHQ2010-1842/Noorani

Páginas 40–41

Una mujer que vive con el VIH y su nieta, de 14 años, en casa en su aldea al sur de Bulawayo, Zimbabue. Se trata de una de las numerosas familias que se benefician de apoyo social.

© UNICEF/ZIMA2011-00003/Pirozzi

Página 44

Una tienda de campaña donde se ofrece tratamiento antirretroviral en el campamento de Chiaquelane, en el distrito Chokwé, Mozambique.

© UNICEF Mozambique/2013

Otras fotos de la versión en línea de este informe:

Una enfermera en Ouham Prefectura, República Centroafricana, lleva a un niño huérfano cuya madre murió de causas relacionadas con el SIDA. La enfermera se ocupa ahora del niño.

© UNICEF/NYHQ2011-0814/Grarup

Una mujer que vive con el VIH habla con personal de UNICEF en el barrio pobre de Bouldougu, en las afueras de la ciudad de Yibuti.

© UNICEF/NYHQ2011-1357/Takahashi

Una niña de 16 años observa el campamento para desplazados donde vive en Puerto Príncipe, Haití. Está embarazada y vive con el VIH.

© UNICEF/NYHQ2011-1324/Dormino

SIGLAS

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ART	terapia antirretroviral
ARV	antirretroviral (medicina)
CD4	grupo de diferenciación o designación 4: medida de recuento de glóbulos blancos para determinar la elegibilidad para el tratamiento antirretroviral
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
DHS	Encuestas Demográficas y de Salud el Alivio del SIDA
ETMH	eliminación de la transmisión de madre a hijo (del VIH)
HPV	virus del papiloma humano
MICS	Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente (Estados Unidos) para
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMS	servicio de mensajes cortos (mensajes de texto)
TB	tuberculosis
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

ÚNETE POR LA NIÑEZ...
ÚNETE CON LA JUVENTUD...  ÚNETE PARA VENCER AL SIDA

Por primera vez en la historia de la epidemia del VIH, la comunidad mundial ha acumulado el conocimiento, la experiencia y las herramientas para lograr una generación libre de SIDA. Esto significa una generación en la que todos los niños nacen libres de VIH y permanecen así durante las dos primeras décadas de la vida, desde el nacimiento hasta la adolescencia. También significa que los niños que viven con el VIH y están afectados por el virus tengan acceso al tratamiento, la protección, la atención y el apoyo que necesitan para mantenerse vivos y sanos.

Centrándose en la primera y segunda décadas de la vida, *La infancia y el sida: Sexto inventario de la situación* de 2013:

- revisa la carga del VIH entre los niños y los adolescentes y el progreso realizado
- identifica las estrategias clave para acelerar el acceso a la prevención, el tratamiento, la protección, el cuidado y el apoyo a los niños adolescentes
- resume las oportunidades derivadas de los recientes avances científicos, las nuevas tecnologías y las innovaciones prácticas
- busca movilizar los esfuerzos nacionales e internacionales para mantener a los niños libres del VIH y garantizar que los niños que viven con el VIH sigan estando libres de SIDA.

 Para obtener datos de apoyo y materiales, visite:
<www.childrenandaids.org>.

Únete por la niñez, únete con la juventud, únete para vencer al sida

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017, USA

E-mail: childrenandaids@unicef.org
Sitio web: www.childrenandaids.org

ISBN: 978-92-806-4727-3

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Noviembre de 2013



Al servicio
de las personas
y las naciones



Organización
Internacional
del Trabajo



BANCO MUNDIAL

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