UPSA

Universidad Pontificia de Salamanca

www.eltallerdigital.com

Sociología de las controversias científicas: SIDA, un debate silenciado

Director: Dr. D. Octavio Uña Juárez
Catedrático de Sociología
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
(León XIII)
Universidad Pontificia de Salamanca

Silvia Giménez Rodríguez

Tesis Doctorales

Universidad Pontificia de Salamanca

ISBN: 978- 84- 692- 7878- 9 · Depósito Legal: A- 460- 2010

UPSA

Universidad Pontificia de Salamanca

www.eltallerdigital.com

Tesis Doctorales

UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA (LEÓN XIII)

Sociología de las controversias científicas:

SIDA, un debate silenciado

ISBN: 978- 84- 692- 7878- 9 · Depósito Legal: A- 460- 2010

Silvia Giménez Rodríguez

PRÓLOGO Y AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS.
2. METODOLOGÍA

PRIMERA PARTE MARCO DE REFERENCIA E IDENTIFICACIÓN DE LA CONTROVERSIA, SIDA

CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO

1.1. Sociología del Conocimiento y de la Ciencia en R. Merton
1.1.1. Estructura normativa de la comunidad científica
1.1.2. Sistema de recompensas de la ciencia
1.1.2.1. La originalidad genera recompensa
1.2. Las revoluciones científicas. Thomas Kuhn
1.2.1. El ciclo de las revoluciones científicas
1.3. El programa fuerte en la Sociología del Conocimiento (PF)
1.3.1. Principios metodológicos del PF
1.3.2. Teoría de los intereses del programa fuerte (PF)
1.4. El programa empírico del relativismo (EPOR)
1.5. Marco de referencia para la Sociología de la Controversia del SIDA

CAPÍTULO 2 HIPÓTESIS VÍRICA DEL SIDA

2.1. Etiología
2.1.1. Un retrovirus como causa del SIDA
2.1.1.1. Estructura del VIH-1

2.1.1.2. Respuesta inmunológica del organismo frente al VIH
2.1.1.3. Ciclo de infección del VIH
2.1.1.4. Fases de la evolución natural y clínica de la infección
2.2. Diagnóstico
2.2.1. Medios de diagnóstico indirectos
2.2.2. Métodos de diagnóstico directos
2.2.3. Diagnóstico de caso SIDA
2.3. Tratamiento
2.3.1. Prevención
2.3.2. Fármacos antivirales
2.3.2.1. Zidovudina (AZT)
2.3.2.2. Inhibidores de la proteasa
2.3.2.3. Terapia antirretroviral de gran actividad
2.3.2.4. Inhibidores de la fusión
2.3.2.5. Inhibidores de la integrasa
2.3.2.6. A modo de conclusión
2.4. Epidemiología
2.4.1. Estado general de la pandemia
2.4.2. Estado de la pandemia en España

CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS NO VÍRICA DEL SIDA

3.1. Etiología
3.1.1. No evidencia empírica del VIH como agente causal del SIDA
3.1.1.1. Correlaciones entre SIDA y VIH
3.1.1.2. Correlación no implica causalidad
3.1.2. SIDA como enfermedad infecciosa
3.1.3. Patogenicidad del VIH
3.1.3.1. Reunir los postulados clásicos de Koch
3.1.3.2. Evitar la patogenicidad mediante vacunación

3.1.3.3. Curar la enfermedad con fármacos antivíricos
3.1.3.4. Evitar la enfermedad evitando la infección
3.1.4. Causa del SIDA
3.1.4.1. El VIH existe pero no es la causa del SIDA
3.1.4.2. El VIH nunca ha sido aislado
3.1.4.3. ¿qué causa el SIDA?
3.2. Diagnóstico
3.2.1. Definición caso SIDA
3.2.1.1. Enfermedades del SIDA
3.2.1.2. Grupos de riesgo de SIDA y enfermedades de SIDA específicas de los grupos de riesgo
3.2.1.3. Definición de SIDA en África
3.2.1.4. Propuesta de definición del SIDA
3.2.2. Pruebas diagnósticas del SIDA
3.2.3. Conclusión
3.3. Tratamiento
3.3.1. Prevención
3.3.2. Fármacos antivirales
3.3.2.1. Inhibidores de la proteasa
3.3.2.2. Tratamiento alternativo
3.4. Epidemiología
3.4.1. Cambio de definición y uso de diferentes definiciones
3.4.2. Estadísticas unificadas de personas con SIDA, testadas y no testadas
3.4.3. Presentación de las cifras como datos acumulados
3.4.4. Las estadísticas son interpretables

SEGUNDA PARTE ANÁLISIS DE LA CONTROVERSIA, SIDA

CAPÍTULO 4 CONTROVERSIA CIENTÍFICA E INTERESES ECONÓMICOS

4.1. Controversia científica

4.1.1. Justificación para mantener abierta la controversia del SIDA

4.1.2. Censura científica implica censura mediática

4.1.3. Las conferencias internacionales sobre SIDA

4.2. Controversia política

4.2.1. Estado

4.2.2. Sociedad civil

4.3. Intereses económicos

4.3.1. Factores económicos que contribuyen a la pandemia

4.3.2. La industria famacéutica

4.3.2.1. Prioridades no sanitarias de la industria farmacéutica

4.3.2.2. La recámara de las compañías farmacéuticas. Ejemplo de la Wellcome

4.3.3. Análisis del discurso de los profesionales

CAPÍTULO 5 CONTROVERSIA MEDIÁTICA

5.1. Medios de comunicación y opinión pública

5.2. Análisis de contenido en prensa

5.2.1. Día mundial del SIDA. 1 de diciembre (1988-2006)

5.3. Informe sondeo de opinión en torno al SIDA

5.3.1. Diseño

5.3.2. Resultados obtenidos

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ANEXO

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

UPSA
Universidad Pontificia de Salamanca
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

A mis padres, Pilar y Manuel.

SOCIOLOGÍA DE LAS CONTROVERSIAS CIENTÍFICAS: SIDA, UN DEBATE SILENCIADO

La comunidad en su conjunto no escucha pacientemente a los críticos que adoptan puntos de vista alternativos. Aunque la gran lección de la historia es que el conocimiento se desarrolla a través del conflicto entre puntos de vista.

Walter Gilbert
Premio Nobel de Química 1980

PRÓLOGO Y AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es la historia de prácticamente la mitad de una vida, o para ser más exactos de una parte amplia de mi vida que abarca 15 años, algo menos de la mitad de mi existencia. Un recorrido por la muerte, la de aquellos rostros que dejé en el camino y por la vida, la de aquellos y aquellas que aún siguen disfrutándola, algunos a trancas y barrancas y otros con paso firme, pero en todos los casos la línea entre la vida y la muerte la marcaba siempre la misma palabra, SIDA.

La historia comienza en enero de 1992 en el hospital del Instituto Carlos III de Madrid, cuando empecé a trabajar voluntariamente con niños seropositivos y abandonados, de la mano de una ONG. Niños de no más de tres años, quienes llevaban impreso en su mirada infantil el horror del miedo a un nuevo rechazo, que por desarrollo evolutivo de las emociones aún eran demasiado pequeños para sentir y percibir, pero sus miradas aseguraban que así era. Eran la vida, el futuro... si conseguían sobrevivir a tan inoportuno virus. En el mismo hospital paradójicamente, acompañaba en el módulo de cárcel, el silencio, el dolor y la soledad de un grupo de desheredados de la buena suerte y de la buena vida. Aquellos rostros de hombres y mujeres se iban apagando repletos de llagas, de desprecio, de dolor, de culpabilidad, pero siempre de dignidad. Eran la muerte, el pasado... no conseguirían sobrevivir a ese incontrolado virus. La medicación disponible en aquel entonces, la zidovudina (AZT) les alargaba los días o quizá no, a golpe de vómitos, de espasmos.

Ese verano, con la misma ONG, fui con cuatro compañeras más a vivir una experiencia como cooperante a Honduras, a un hospital clandestino de enfermos de SIDA en una aldea de San Pedro Sula. Clandestino, porque allí iban a parar aquellos que no podían costearse un hospital público o privado. Clandestino, porque sus habitantes no constaban más que en los registros internos, no aparecían en las estadísticas oficiales, y porque los médicos que les asistían lo hacían una vez por semana y en régimen de voluntariedad y sin apenas medicamentos. Un hospital habitado por personas con SIDA y sin medios, ni familia. La ventana de mi habitación, frontal a la del pabellón de los enfermos y recién construida para mi llegada y las de mis compañeras, se enfrentaba con la ventana de una pequeña capilla. Cada mañana al despertar, si aquella capilla tenía luz era porque alguno de los compañeros de buenos ratos y fatigas

del pabellón de enfermos, había dejado de respirar... Cada mañana el ver esa luz encendida nos hacía a mis compañeras y a mi estremecer, ¿quién habría sido esta vez? La despedida de cada noche, no siempre precedía los buenos días de la mañana, a veces era definitiva. Era clandestino ese hospital porque nuestra tarea siguiente consistía en previo aviso al ebanista de la aldea, cargar el féretro en la paila del camión y trasladarlo a un alto pedazo de tierra en la montaña, también clandestino y desconocido, donde después de que caváramos su espacio al nivel recomendado de profundidad y tras pedirle prestada la cruz hecha con ramas a algún huésped ya veterano en el lugar, le deseábamos con todos los honores que estaban en nuestras manos, que descansara en paz. Y así día tras día...

Ya de vuelta a casa y después de visitar alguna que otra casa regentada por religiosas, casas de muerte porque no eran otra cosa, donde enfermos de SIDA apagaban sus días en la mayor de las tristezas, terminé parando varios años en un Centro de Día para estos enfermos. Allí viví muchas anécdotas con ellos y ellas y también les veía morir. Era habitual por tanto en mi cabeza el relacionar SIDA y muerte, porque muchos eran los que morían. En 1996, al aparecer la triple terapia combinada, las muertes se estancaron y ya era lo extraño el fallecimiento, no lo eran las enfermedades, los terribles efectos secundarios de la nueva medicación, pero la muerte dejó de ser compañera habitual, al menos para aquellos que podían disfrutar del nuevo tratamiento que no eran todos, porque dependía del hospital al que estuvieran asignados. Aunque, eso sí, se conseguía burlar la burocracia en algunos casos y cambiarlos de hospital en otros, gracias a la connivencia de algunos médicos comprometidos que tampoco entendían de burocracias. En poco tiempo esta terapia se generalizó en Madrid, aunque tardó tiempo hasta que se extendió por toda España.

En todos estos años, observé cómo las nuevas terapias antirretrovirales parecían cronificar la enfermedad en algunas personas, adherentes a los tratamientos, pero había cuestiones que me extrañaban. A mí me había llamado la atención la existencia de personas seropositivas que no contraían SIDA, de enfermos de SIDA seronegativos, de personas siempre obedientes al AZT que morían en pocos días tras ingerirlo y otras que desobedientes a la medicación, eran estables en un número de CD4 (defensas) suficiente para no contraer enfermedades oportunistas. También recuerdo, cómo personas con el número de defensas controladas con la medicación veían proliferar hepatitis y yatrogenias varias, fruto de la propia medicación que alargaba sus vidas en un estado de calidad de vida deplorable. Me

sorprendía como con una vía de transmisión tan clara como eran las relaciones sexuales sin protección, las mujeres que ejercían la prostitución no se convertían en uno de los estigmatizados "grupos de riesgo" por excelencia, cuando en realidad las prácticas que llevaban a cabo en muchas ocasiones eran de riesgo, y si bien contraían enfermedades venéreas, no contraían el VIH. Sinceramente, eran muchos los detalles del día a día de esta enfermedad que me sorprendían.

Apasionada por el tema y en deuda con sus gentes, ya trabajando en la universidad, matriculé mi proyecto de tesis doctoral en Sociología con el siguiente título: "Impacto del asociacionismo en la calidad de vida de un grupo marginal: "Afectados VIH en la Comunidad de Madrid". Con mis pocos conocimientos de medicina asistía a todos y cada uno de los Congresos y Conferencias Nacionales de SIDA, organizadas por la Sociedad Española Interdisciplinaria sobre SIDA (SEISIDA) y la verdad sea dicha, poco se diferenciaban unos de otros a pesar de que transcurrían los años: pocas soluciones, pocas esperanzas, y África se moría... Para aplacar mi curiosidad e intentar entender algo más allá de la sociología, hice un Master en Drogodependencias y SIDA y me empapé entre otras cosas de biología molecular y mucha ciencia, pero que con mi poca base nunca llegué del todo a asimilar ni comprender, creía ciegamente lo que leía porque rigurosos científicos lo avalaban y todo el establecimiento político lo apoyaba. Yo no tenía suficientes conocimientos para comprobar y por tanto generarme un criterio riguroso al respecto.

En esta coyuntura, un terapeuta especialista en medicina natural, me comentó una hipótesis desconocida para mí después de más de 10 años en el terreno, sobre otra posible causa del SIDA no vírica. Lo que significaba cuestionar el tratamiento vigente y, aún más espeluznante, la única manera de prevenir que se estaba llevando a cabo. Contacté con la Asociación de Medicinas Complementarias y su presidente puso a mi disposición su gran biblioteca y bibliografía científica al respecto y todo su saber. Y el aval científico que daban a esta hipótesis, tres premios Nobel, entre otros científicos de prestigio. De nuevo se despertó mi curiosidad y mi pregunta era, ¿por qué nadie habla de esto? Mi investigación asociativa, ya cansada y aburrida, dio un viraje, cambió su rumbo al estudio de las controversias científicas, más concretamente la que hace referencia al tema que llevaba ocupando casi la mitad de mi vida profesional, al SIDA. Este que a continuación muestro, es el resultado, pues, de varias idas y venidas

en una enfermedad más que social, sociológica, al ser susceptible de análisis sociológico desde múltiples perspectivas, siendo una de ellas la que humildemente presento a continuación.

Quiero agradecer en primer lugar a todos los hombres y mujeres afectados por el SIDA que me he encontrado en el camino y que inspiraron este trabajo, a los que están aquí y a los que lejos de aquí están Allá.

Quiero expresar mi agradecimiento a la Universidad Pontificia de Salamanca en su Instituto León XIII de Madrid, quien me formó y sacó a la luz a la socióloga que parece ser siempre llevé dentro. En especial a mi Director de Tesis, Octavio Uña, quien desde un principio confió en mí como alumna, como persona, como socióloga y como docente. No solo le agradezco su apoyo desde siempre, sino que en el momento presente le agradezco su disposición, disponibilidad y generosidad para que este trabajo saliera adelante. Agradezco también a Felipe Ruiz, Secretario de esta Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, su atención y amabilidad permanente, su confianza en mí y sus ánimos continuados.

También quiero expresar mi agradecimiento a mi otra universidad de referencia, aquella en la que llevo desempeñando tareas de docencia e investigación desde hace doce años, la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Donde me he curtido en la vida académica, mientras intentaba buscar tiempos, espacios y apoyos para completar esta ardua tarea de investigación. Agradezco fundamentalmente la concentración de clases en este último año que me permitieron sacar horas seguidas de trabajo. Gracias a Hugo, Vicedecano, por pensar en las necesidades reales de tus profesores al pensar los horarios y por no dejar de ser nunca un compañero. El apoyo de la Biblioteca de Comillas fue fundamental, por la predisposición generosa a adquirir libros necesarios para mi investigación. Mis agradecimiento a todas las personas que integran los servicios de la Universidad, en especial en la sede de Cantoblanco, por su cariño diario.

Gracias a todos los alumnos y alumnas de esta universidad quienes a lo largo de los cursos han apoyado e inspirado mi trabajo y me han animado a evolucionar profesionalmente sin dejar de ser fiel al espíritu crítico con el que comencé mi primera clase. En especial gracias a los que este último año me habéis mimado tanto: Kika prestándome sus sueños, Israel con su revolución, hasta la victoria siempre,

María animando con sus chocolates, mano de santo, Mayte con su sabiduría, paz y bondad y Clara con su ejemplo. Eloy con su asesoría cibernética y generosidad y Amaia con sus contactos.

En estos doce años he sido acompañada por otros profesores y profesoras como yo, quienes ya habían terminado sus tesis y me animaban. Son muchos los compañeros a los que agradecerles su apoyo y sus cuidados, en especial: a Jorge Uroz por su amistad desde el primer día y su cálculo de hojas a rellenar por día, a Carmen Meneses por su amistad y su ímpetu en que apurara a tener el bebé intelectual antes del biológico, en esa sabia idea de que todo mejor por partes. A Ana Huesca mi compañera de despacho de los últimos tiempos que solo me animaba y animaba como si de una carrera de fondo se tratase, viendo ella la meta mucho antes de que la pudiera ver yo. A Manuel Gil, cómplice de fatigas, quien será el próximo, y ejemplo que nunca seguí en cuanto lo que debe ser el orden estructurado en una tesis. A Elena Gismero por sus siempre sabios consejos para la vida, a Henar Pizarro por sus ánimos. A Quique Sanz por su apoyo y su cariño. A Carmen Márquez por su complicidad, amistad y ayuda y por tener siempre un guateque preparado o en su caso un baileys fresquito a punto. Y por último gracias a Pedro Cabrera por su amistad, por creer en mí, sin su empeño nunca hubiera podido terminar la tesis, otra pequeña muerte, a tiempo.

En estos años han sido muchas las personas que han hecho posible que este trabajo saliera adelante prestándome su sabiduría: gracias a Alfredo Embid y a la Asociación Medicinas Complementarias por haber puesto a mi disposición su saber, su biblioteca y por haber podido acceder a casi todos los números de su revista Medicina Holística. Gracias a Fermín Moriano por dedicarme un poco de su escaso tiempo para conocer su consulta, su trabajo y su conocimiento. Gracias a Lluis Botinas desde Barcelona y a la asociación Plural 21, por su lucha vital, su apoyo y su sabiduría en los últimos momentos de tesis, y por esa facilidad para hacer equipo también con Juan Manuel Morillo con quien en poco tiempo hemos trazado nuevas sendas en el camino.

También en estos años han sido muchas las personas que me han prestado su testimonio, su vida, su historia de SIDA, su cariño, en especial y como representante de todos ellos mi agradecimiento y respeto a Paco. Mi agradecimiento a todos aquellos que colaboraron contestando el cuestionario por

Internet y a las entrevistas: médicos, colectivos de Gays y Lesbianas, asociaciones de hemofílicos, de lucha contra el SIDA y contra la droga, políticos y profesionales.

Quiero agradecer a todos mis amigos y amigas su cariño y apoyo, a Arturo Lahera, todavía guardo la servilleta del café donde esbozamos aquel esquema que me arrancó a caminar, y por no abandonarme en el camino. A Mercedes Sastre por sus ánimos y sus traducciones. A Manuela Álvarez por prestarme un poco de Colichet. A Álvaro Maldonado por las charlas relajantes, las salidas sibaritas y el apoyo continuo hasta el final. A Mª Ángeles, por estar ahí y saber que algún día lo conseguiría. A Dulce Carrera por creer tantísimo en mis posibilidades y por su cariño y a Marta Moreno, por su amistad de toda la vida, desde párvulos, y su complicidad en vidas paralelas.

Agradecer a mi familia toda la paciencia acumulada, a mis hermanas, Pilar y Cristina, a mi sobrino Carlos y a mi ahijado Marcos, ahora tendré más tiempo para jugar con ellos. A mis padres que siempre apostaron por mí y siempre me animaron y me insistieron para no tirar la toalla. A mi madre, que no veía la forma de que le diera una nieta si no terminaba la tesis y a mi padre que me decía que como no terminara pronto se iba a quedar sin ver ni la tesis, ni la nieta. Bueno… la tesis ya está.

A Jose, por su paciencia, por haber estado todo este largo y tendido tiempo ayudándome, acompañándome, viviendo conmigo entre libros y papeles, y esperando que tecleara la última palabra que por fin nos liberara a los dos.

A todos ellos y a algunos más, gracias.

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se considera en el siglo XXI una de las más devastadoras pandemias del siglo XX. Es una enfermedad, o para ser más exactos, un síndrome, no solo biológico en cuanto a la afectación del funcionamiento del sistema inmunológico, sino cultural, al estar asociado a diferentes estilos de vida y prácticas de riesgo, y social, al ser una afección que conlleva estigma y genera rechazo y discriminación en amplios sectores de la comunidad.

Aunque parezca, como se ha mencionado, que se trata de la mayor plaga de salud pública en la actualidad, sin embargo, las estadísticas demuestran que son otras enfermedades menos populares, las que elevan cada día las tasas de morbilidad y mortalidad: la primera causa de muerte en el mundo son las enfermedades cardiovasculares, seguidas de los cánceres y del VIH/SIDA. Así por ejemplo, según los datos OMS (2002) en Europa 4.926.058 personas murieron de enfermedades cardiovasculares, 1.832.884 de cánceres y 35.953 de VIH/SIDA. Sin embargo en África en el mismo año murieron 2.094.996 de personas a causa del VIH/SIDA, 1.135.861 por malaria y 142.301 por enfermedades relacionadas con la malnutrición. Murieron más por esta causa en Asia, 188.400 que en África, dato sociológicamente curioso, a no ser que busquemos explicaciones estadísticas a todo ello. Si tenemos en cuenta que el SIDA en África, como consecuencia de su diagnóstico avalado por la OMS con el "caso Clínico Bangui"[1] que no requiere seropositividad al VIH, coincide en síntomas con enfermedades anteriores a la era VIH/SIDA y habituales en esta región, muchas de ellas consecuencia de la malnutrición, entonces, darían un vuelco las estadísticas y África en lugar de de VIH/SIDA se moriría de hambre. Ello requeriría otro tipo de tratamiento del problema, difícil de reconocer.

En un principio, en 1981 cuando aparece el primer caso en Estados Unidos, podría esperarse que se tratara de una enfermedad localizada y encorsetada geográficamente. Nada más lejos de la

[1] Véase, capítulo 2 apartado 2.2.3

actualidad, en 2007 son todos los continentes los que en mayor o menor medida se ven afectados por su presencia.

La historia de este síndrome nace con un manual de estigma y discriminación como prospecto a tener en cuenta en su tratamiento y prevención, al encontrarse por primera vez sus síntomas en personas con estilos de vida poco ortodoxos en aquellos tiempos: homosexualidad, consumo activo de drogas, promiscuidad sexual. Salvando la excepción, que surge en todos los casos, de las personas transfundidas para quienes las sociedad había reservado el veredicto de inocencia.

El movimiento Gay en Estados Unidos generaba un inquieto activismo que pronto lo llevó a convertirse en grupo de presión. Quizá fuera este activismo muy influyente, respaldado por parte del poder económico americano, quizá fuera porque este síndrome pudiera haberse originado en un laboratorio al que se le hubiera escapado de las manos un virus, como consideran algunos autores y generara culpabilidad en las autoridades, quizá se quería ganar la batalla científica, cuanto antes, a los competidores franceses de investigación del Instituto Pasteur de Paris. Lo cierto es que las autoridades norteamericanas precipitaron cada uno de los pasos que daban en torno al SIDA: en primer lugar, con la celebración de la posible causa de la pandemia, un virus, en una rueda de prensa política, alejada de tubos de ensayo y probetas de laboratorio, en donde se consiguió hacerse eco de la noticia, antes incluso, que en ninguna publicación científica norteamericana. Esta precipitada declaración de probada causalidad por parte de la Ministra estadounidense de Salud en 1984, Margaret Heckler y del presunto descubridor Robert Gallo, vino acompañada de la patente de las pruebas serológicas del testado de anticuerpos de dicho virus, identificado como VIH en 1986. En segundo lugar, y aunque los acontecimientos se agolpaban, sin embargo, hasta 1987 no se pudo hacer uso del primer medicamento para contraatacar dicho virus, la zidovudina (AZT). Fármaco también marcado por la precipitación en cuanto a su aprobación como medicamento indicado para esta afección, que interrumpió su prueba de acceso a las farmacias antes de finalizarse, para atribuírsele un aprobado ético: como se demostraba presuntamente eficiente, se incumplieron todos los protocolos científicos para la validación del nuevo medicamento. La presión social parecía haber colocado a la ética por encima de la estricta fiabilidad empírica. El AZT parecía que disminuía la mortalidad y la caída en picado del sistema inmunológico, pero

solo ocurría en los primeros meses, para luego devolver los marcadores originales, aunque agravado todo ello con fuertes efectos secundarios: anemia, diarrea, nauseas, vómitos, anorexia, fiebre.

En 1993, un estudio franco-británico denominado *Concorde* demostraba que no era tal la supuesta eficiencia del medicamento, aún así se siguió prescribiendo. En 1982 aparece la primera definición y nomenclatura del síndrome como AIDS (Adquired Immune Deficiency Syndrome) o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), siendo modificada la definición en dos ocasiones más en 1987 y 1993, al añadíeserle cada vez más enfermedades oportunistas en su definición.

En 1995 llegaron la segunda generación de antivirales, los Inhibidores de la Proteasa, y en 1996 la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) parecía establecer un halo de esperanza para todos aquellos afectados por este síndrome que vivían en zonas de renta alta del planeta. Paralelamente, aquellos habitantes afectados de África, Latinoamérica o Asia, seguían mirando a los ojos de la muerte biológica y social, sin tener acceso a terapia alguna ni de eficiencia científica ni de esperanza humana. Solo un 5% de los enfermos de SIDA tienen acceso en 2007 a estas terapias de gran actividad.

En este siglo y el pasado se ha avanzado mucho en la etiología, la causa de este síndrome es el VIH, registrado en 1986. Parece que se consiguen diagnósticos cada vez más exactos, en 1985 se comercializan los test que miden los anticuerpos y en 1993 se le concede el Premio Nobel de Química al inventor de la PCR, tecnología utilizada para medir la carga viral. Sin embargo, al igual que en el acceso a los tratamientos, también existen maneras de diagnosticar diferenciadas para ricos y para pobres.

En tratamiento se ha avanzado mucho aunque no en su universalización, por lo que va a ser Brasil la primera nación de renta media que empieza a fabricar su propio tratamiento al margen de los beneficios cuantiosos de la industria farmacéutica, saltándose las normas internacionales de actuación al respecto. En 2001 la Organización Mundial del Comercio acordó en Doha, permitir a los países pobres que fabricaran o importasen medicamentos genéricos.

En 1996 se crea ONUSIDA que junto con la OMS abanderarán las iniciativas oficiales internacionales. En 2001 Se lanza el Fondo Global para luchar contra el SIDA, la Tuberculosis y la

Malaria y en 2003 la OMS y ONUSIDA lanzan la iniciativa "3 x 5" con el fin de alcanzar los 3 millones de personas con TARGA en el 2005. En 2004 Se crea la coalición Global de Mujeres y SIDA. Parece que estamos ante una pandemia marcada por el principio de solidaridad y declaraciones de sanas intenciones, Naciones Unidas a comienzo de siglo plantea la batalla en la lucha contra la discriminación. Pareciera por una vez que por razones de necesidad apremiante, la ciencia, la política y la sociedad, tres pilares básicos del progreso, al fin acompasasen sus ritmos con el objetivo marcado de ir "todos a una".

¿Todos a una? Pudiera ser esta una narración objetiva, que no neutral, de la historia del SIDA, a no ser porque los historiadores de la ciencia nos recordarían que este relato que se acaba de presentar no trata de la historia del SIDA, sino de "una de las historias" del SIDA, la oficial, la avalada por el sistema político, científico y social establecido.

Paralelamente, existen otros científicos cualificados y reconocidos, que investigan a la sombra de las subvenciones y que tienen otra visión alternativa de este acontecimiento, entendiendo el SIDA, como un síndrome tóxico nutricional y no vírico, por lo tanto con origen y diagnóstico diferente, lo que significa otra forma de abordaje en prevención y tratamiento. Este síndrome de inmunodeficiencia, por definición aglutina 31 enfermedades más la no-enfermedad del recuento de anticuerpos. Si bien es cierto, que entre estas enfermedades hay varias que nada tienen que ver con la inmunodeficiencia como es el caso del Sarkoma de Kaposi, linfoma, demencia, enfermedad por consunción, este aspecto conlleva una contradicción en su propia definición. En 1987 el Dr Peter Duesberg, miembro de la Academia de Ciencias de Estados Unidos, cuestiona por primera vez la hipótesis oficial en su artículo "Retroviruses as Carcinogens and Pathogens: Expectations and Reality" publicado en la revista *Cancer Research*. En 1988 el grupo de Perth, en Australia, liderado por la Dra. Eleni Papadopulos-Eleopulos, publica su primer artículo supervisado poniendo en duda algunos aspectos de la hipótesis oficial. Concluyen que no hay razones convincentes para preferir la hipótesis de la causa viral del VIH sobre una hipótesis basada en la actividad de agentes oxidantes. Posteriormente, este grupo defiende la no existencia de VIH al considerar que no ha sido aislado con las garantías científicas de aislamiento de los retrovirus, consensuadas en 1973 por el Instituto Pasteur de Paris. En 1990 El Dr. Robert Root-Bernstein publicó su primer artículo supervisado con sus objeciones contra la hipótesis oficial, titulado "Do we know the cause(s) of AIDS?" En la revista *Perspectives in Biology and Medicine*. Este mismo año el Dr. Luc Montagnier, "descubridor del

VIH", según los oficialistas, anuncia en la conferencia internacional de SIDA de San Francisco que el VIH por sí solo no es causa suficiente para producir SIDA, postulando la necesidad de cofactores para el desarrollo de la enfermedad. En 1991 se establece el grupo para la reevaluación científica del SIDA, y se envía su propuesta de reevaluación a varias revistas. Cuatro años más tarde, la propuesta del grupo se publicó en la revista *Science.* Hoy en día son más de 2.500 los científicos disidentes de la versión oficial que han firmado una declaración pública de reevaluación del SIDA. Entre ellos tres premios Nobel de la ciencia: Walter Gilbert, estadounidense de Boston, Premio Nobel de Química en 1980 por la secuenciación rápida del ADN; Bárbara McClintock, estadounidense de Cold Spring Harbor, Premio Nobel de Medicina 1983 por el descubrimiento de los genes saltarines; Kary Mullis, estadounidense de San Diego, Premio Nobel de Química en 1993 por el invento de la tecnología PCR (reacción en cadena polimerasa). Tecnología más avanzada y utilizada en la actualidad para medir la carga viral y que el propio creador considera que ni está diseñada para ello, ni es capaz de cuantificar carga viral, sino que únicamente es capaz de amplificar. El Dr. Kary Mullis se une a los disidentes que además de considerar que científicamente no está probado que el VIH sea la causa del SIDA, consideran que no existe prueba evidente del aislamiento del mismo, por lo que científicamente no existe. Otros científicos como el Dr. Rasnick descubridor de los Inhibidores de la Proteasa, el Dr Roberto Giraldo y el Dr. Hamer, destacan entre los disidentes. A nivel científico, las grandes revistas de impacto han cerrado sus páginas a esta expresión de duda, y a nivel político este camino en la investigación no está subvencionado. En 2000, el presidente de Sudáfrica Thabo Mbeki se convierte en el primer jefe de estado que escucha a los disidentes, estableciendo una comisión mixta para el estudio y seguimiento de la enfermedad para su país, considerando que, dadas las características de su país y la tradición de sus enfermedades, un virus no puede ser la única causa del SIDA.

Esta investigación pretende hacerse eco de las dos caras de Jano, de las dos posibilidades científicamente abiertas, pero asimétricamente abordadas, en oportunidades de desarrollo, en financiación para la investigación, en credibilidad mediática y en conocimiento social. Se pretende analizar la controversia científica en torno al SIDA, si la hubiera. Explicito: si la hubiera, porque la sociología de la ciencia ante dos posturas disidentes fundamentadas, procedería a la reconstrucción de la controversia siempre que ésta llegara a producirse. Entendemos por controversia, aquel debate generado entre dos opiniones contrapuestas en relación a la génesis o desarrollo de un hecho científico. Pudiera

darse el caso de que una de las hipótesis, la minoritaria, no encontrara espacios reconocidos para ser debatida, cobertura para ser financiado su avance en investigación, ni publicidad para ser difundida. En este caso, la sociología podría contemplar en vez de la reconstrucción de una controversia, la construcción de una "no controversia", no por inexistente, sino por anulada y silenciada por determinados grupos de interés.

La tesis que en las páginas siguientes planteo demostrar es la siguiente: *Las controversias científicas oficiales y privadas que transcurren en el estricto universo científico y son censuradas por la ciencia normal, sobreviven a su pretendida clausura al convertirse en controversias oficiosas, aunque sea mínima su presencia pública, al ser silenciada por determinados grupos de interés. Un ejemplo paradigmático lo constituye el caso "SIDA".*

Es decir, las controversias científicas se han de dar en su ámbito natural, el científico. Pero puede darse la coyuntura de que determinados postulados o hipótesis que pongan en cuestión toda una corriente científica constituida y asentada, sean censurados por ésta y el poder que le confiere su vigencia. En este sentido, intentarán llegar a la clausura de la controversia en cuanto les sea posible, optando por silenciarla mientras tanto. Es esta lógica la que posibilita a la ciencia oficial mantener su vigencia y silenciar las amenazas a la misma, lo que genera una inercia que puede llegar a cohibir la generación de debate en el conocimiento. Una vía para escapar de esta lógica es la socialización de la controversia, es decir, generar un debate paralelo fuera de los ámbitos de exclusividad científica, como pudiera ser en los medios de comunicación, movimiento asociativo crítico, por poner un ejemplo. Es entonces cuando la controversia científica oficial se convierte en oficiosa, y es la manera en estas circunstancias mencionadas, de conseguir sobrevivir a su clausura. La presencia pública del debate puede ser contundente o mínima, no obstante, lo importante es que su publicidad es lo que la hace posible.

Para desarrollar la tesis propuesta, nos hemos planteado los siguientes objetivos:

1. Reconstruir la controversia científica del SIDA a partir del desarrollo de la hipótesis vírica y no vírica del SIDA, analizadas desde el principio de simetría.

2. Analizar la controversia científica oficial y privada del SIDA. Es decir, aquella que se reduce al ámbito del laboratorio, o en su caso se integra en el funcionamiento oficial de la comunidad científica, como publicaciones especializadas, congresos, centros de investigación. Todo ello en el desarrollo de una ciencia normal, ciencia que hace referencia a las actividades usuales que se desarrollan en los laboratorios y centros de investigación reconstruyendo la controversia creada respecto al SIDA.

3. Analizar la controversia oficiosa y publica del SIDA, que es la que transciende a foros oficiosos paralelos, como medios de comunicación, tribunales e instituciones, entre otros, en el marco de ejecución de una ciencia regulativa, la que se aplica a las actuaciones científicas que tienen lugar en el marco de las controversias científicas públicas. Para ello se abordará la controversia científica del SIDA desde una perspectiva política y económica, así como la controversia científica del SIDA en los Medios de Comunicación y en la Opinión Pública cualificada.

Para ello, la presente investigación constará de una introducción previa y unas conclusiones finales abrazando las dos partes diferenciadas que la forman. La primera parte, de marco referencial e identificación de la controversia que nos ocupa, distribuida en tres capítulos: en el capítulo primero se introducirán conceptos teóricos de referencia, en el capítulo segundo y tercero, se procederá a constatar la existencia de la controversia abierta sobre el SIDA, reconstruyendo cada una de las hipótesis en litigio. La segunda parte, de análisis de la controversia, será distribuida en dos capítulos: en el capítulo cuarto, se procederá a reconstruir la controversia científica, política y económica del SIDA y en el capítulo quinto, la controversia científica del SIDA en los Medios de Comunicación y en la Opinión Pública cualificada. Finalmente, se abordarán las conclusiones que nos llevarán a la resolución de los objetivos previamente planteados en la investigación, así como a la demostración de nuestra tesis de partida.

2. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el estudio que nos ocupa, se ha aplicado un pluralismo metodológico combinando una metodología mixta, de carácter cualitativo y cuantitativo. En el momento actual en que

se encuentra la sociología, se ha de reconocer la necesidad de múltiples perspectivas y estrategias de análisis en el estudio de una realidad social cada vez más compleja. “La combinación de múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observadores en un solo estudio se entiende mejor como una estrategia que añade rigor, alcance, y profundidad a cualquier investigación” (Valles,1997:99). Dicha combinación se encuentra vertebrada de manera transversal por la construcción de un *estudio de caso*. Esta estrategia analítica permite producir un conocimiento relevante al admitir simultanear el paradigma positivista con el interpretativo, facilitando el acercamiento a los actores protagonistas del *caso,* de forma que se pueda alcanzar la comprensión e interpretación de su realidad con cierta rigurosidad. Por ello nos hacemos eco del principio kuhniano que sostiene que, una disciplina científica que carece de una elevada cantidad de estudios de caso desarrollados con minucia y profundidad, es una disciplina sin producción sistemática de ejemplares, y una disciplina sin ejemplares es una disciplina ineficaz.

El estudio de caso que nos ocupa es el SIDA, como concreción de una controversia científica determinada, susceptible de ser analizada sociológicamente. Este asunto se podría considerar como un *caso extremo* al ser inusual y especialmente problemático, un *caso crítico* que permite deducciones locales -“si este es válido o no para este caso, entonces lo es o no para todos los casos”-, y probablemente un *caso paradigmático*, a partir del cual se pudiera establecer un punto de referencia para el estudio del dominio de las controversias. (Flyvbjerg, 2004: 46-49)

El estudio de las controversias científicas tiene su fundamentación teórica en la Sociología del Conocimiento Científico. Como punto de partida se ha tomado como referencia la formulación programática del Programa Fuerte (PF), basada en la reflexividad, causalidad, imparcialidad y simetría y en particular del Programa del Relativismo Empírico (EPOR). Se procederá, por tanto, a aplicar el principio de simetría e imparcialidad para, de esta manera, analizar a través de un enfoque basado en el paralelismo, las dos hipótesis conocidas sobre las causas, origen, diagnóstico, tratamiento y epidemiología del SIDA. Cada uno de estos aspectos mencionados, nacen para conformar dos bloques conceptuales con las mismas características que pongan de manifiesto los argumentos requeridos para sostener cada una de las hipótesis.

En segundo lugar, se emplea un análisis de confrontación entre las dos hipótesis para reconstruir las controversias en el ámbito científico, económico, político y social. En el ámbito científico, además de la búsqueda de confrontación teórica entre científicos que apoyan la versión oficial y los defensores de la versión disidente, con sus escritos, en sus debates, conferencias y foros, la presunta controversia pretende ser descubierta a partir de entrevistas a científicos de ambas perspectivas. Para recomponer tal controversia económica, baste hacer referencia a los diversos intereses económicos que movilizan la ciencia hasta convertirla en una cuasi industria científica. Agentes sociales: políticos, científicos, activistas, son entrevistados para dar su opinión respecto del negocio del SIDA.

La probabilidad de encontrar una controversia (científica, política o económica) en la sociedad, se estudiará a través de dos indicadores: medios de comunicación y opinión pública.

En relación a los medios de comunicación, se ha llevado a cabo un análisis de contenido fundamentalmente conceptual de las informaciones aparecidas en los diarios (El País, ABC, El Mundo, La Vanguardia, La Voz de Galicia), el día 1 de diciembre entre los años 1988-2006, relacionadas con el tema VIH/SIDA. Los diarios han sido elegidos por tener el mayor número de lectores tanto en prensa nacional como local en los últimos años y la fecha 1 de diciembre se ha establecido por coincidir con la fecha oficial designada por la Organización Mundial de la Salud como “Día Mundial del SIDA”, desde 1988, año en que comienza el análisis que nos ocupa. Así mismo, se completan con la aparición de algunas informaciones esporádicas pero significativas, como es el caso del debate abierto en Diario 16 y el de la manera de abordar de la hipótesis no vírica.

El análisis de opinión pública se ha llevado a cabo a través de un sondeo de opinión pública distribuido por Internet y dirigido a personas que trabajasen, estuvieran relacionadas o en contacto con los siguientes temas: SIDA, drogas, hemofilia, Gays/Lesbianas y prostitución. La solicitud para la cumplimentación on-line del cuestionario se envió a aproximadamente 250 asociaciones relacionadas con los temas antes mencionados, de ámbito estatal. No se envió a ninguna asociación de Ceuta y Melilla, al no encontrarse asociaciones con correo electrónico disponible en estas zonas. El cuestionario estuvo activo en Internet, entre el 6 de julio y el 27 de agosto de 2007, lo que supone 34 días hábiles. El diseño del cuestionario y el análisis posterior del sondeo se llevó a cabo con el programa francés Sphinx Survey

online. Al haberse diseñado una muestra intencional, completada con la técnica de la "bola de nieve", los resultados no pretenden ser representativos, y su significación resultará del análisis de los mismos. Tanto el análisis de contenido de los Medios de Comunicación como el sondeo de opinión tenían la intención de pulsar la incidencia de la controversia (conocimiento y seguimiento de la misma) entre la opinión pública.

Los materiales que se han empleado en la investigación han sido diversos: se han consultado fuentes documentales de literatura científica (relativa al SIDA y a la sociología del Conocimiento Científico), estadísticas nacionales e internacionales sobre VIH/SIDA, fundamentalmente Informes Epidemiológicos proporcionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, de la Organización Mundial de la Salud y de ONUSIDA. Se han consultado libros de periodismo científico, tesis doctorales, artículos de prensa escrita y páginas de Internet, plataforma fundamental donde se encuentra establecido el debate.

Para complementar los análisis se han llevado a cabo 19 entrevistas estructuradas orientadas con un guión predeterminado adaptado al colectivo al que pertenece el entrevistado: siete de ellas efectuadas a médicos y científicos que trabajan en el tema SIDA. Otras siete fueron realizadas a personas relacionadas con el movimiento asociativo: cuatro a presidentes de asociaciones de enfermos de SIDA, una entrevista a una la directora de un Centro de Día de SIDA, otra a un representante de una asociación de Gays y Lesbianas, y otra a un presidente de una asociación para el cuidado de la vida. Igualmente se realizó una entrevista a una funcionaria de alto nivel de ONUSIDA, una más a un catedrático de Historia de África de la Universidad Autónoma de Barcelona, un investigador de la Universidad de Stellenbosch (Sudáfrica), director adjunto del Centro Naudé de Teología Pública, centro que trabaja como asesor del gobierno de Sudáfrica en proyectos de reconstrucción social y moral del país. Otra entrevista fue hecha a una líder local de Comunidades de Mujeres de Swazilandia. Por último, se entrevistó a un representante de *African Jesuit AIDS Network (AJAN, red jesuítica de asistencia del SIDA en Africa).*

Asimismo, se han recogido tres relatos de vida de tres personas seropostivas, elegidas por sus características significativas que reflejan tres tipos de pacientes con SIDA tanto en sus estilos de vida como en manera de afrontar la enfermedad.

PRIMERA PARTE MARCO DE REFERENCIA E IDENTIFICACIÓN DE LA CONTROVERSIA, SIDA

"La duda crece con el conocimiento"

J.E. Goethe

"La duda es el principio de la sabiduría"

Aristóteles

"La base de la ciencia es no dejar nunca de cuestionar"

A. Einstein

CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO

La dialéctica de Hegel descubre que la contradicción es el fundamento del ser, de la vida y del pensamiento, Edgar Morin lo asume a lo largo de su obra al vincular lo diverso, su sentido de las verdades contrarias y su rechazo de las verdades aisladas, principios que le llevaron a elaborar su pensamiento complejo. El conocimiento del conocimiento nos enseña que sólo conocemos una parte de la realidad misma y sería necesario indagar en todas las posibilidades. (Morin, 1977;1983;1988;1994)

La sociología de las controversias científicas pretende acercarse al estudio de los aspectos que circundan las mismas en el plano descriptivo y explicativo, de causación y efecto. Se entiende por controversia científica, aquel debate generado entre dos opiniones contrapuestas en relación a la génesis o desarrollo de un hecho científico. Estas existen cuando ante los opositores de la ortodoxia, esta se defiende con argumentos, si no lo hace no existe controversia, a no ser que sean otras fuerzas sociales las que soliciten a la ciencia una respuesta. (McMullin, 1987:53). Las controversias pueden ser privadas y oficiales o públicas y oficiosas. Las primeras se reducen al ámbito del laboratorio, o en su caso se integran en el funcionamiento oficial de la comunidad científica, como publicaciones especializadas, congresos, centros de investigación en el desarrollo de una ciencia normal, que es la que hace referencia a las actividades usuales que se desarrollan en los laboratorios y centros de investigación. Las controversias científicas públicas transcienden a foros oficiosos paralelos, como medios de comunicación, tribunales e instituciones, entre otros, en el marco de ejecución de una ciencia regulativa, la que se aplica a las actuaciones científicas que tienen lugar en el marco de las controversias científicas públicas. Las controversias privadas oficiales se pueden convertir en públicas oficiosas y viceversa, en la mayoría de las ocasiones consecuencia de la generación de intereses.

En las controversias privadas oficiales, el funcionamiento interno de la ciencia es protagonista de su desarrollo. La sociología de la ciencia de Robert Merton estudió el funcionamiento de las instituciones de la ciencia y la producción científica, basada en un consenso interno incuestionable, que negaba toda causación social. Merton aceptaba la influencia social en su difusión pero nunca en la producción científica, todo ello bajo el principio de racionalidad. La revolución en la sociología de la ciencia hacia la nueva sociología del conocimiento científico es pergeñada por Thomas Kuhn desde la filosofía de la ciencia, al considerar que los *acontecimientos sociales pueden estructurar los conocimientos científicos.* Ello va a inspirar el avance del análisis sociológico del conocimiento científico desplazando el análisis de

la ciencia como creencia correcta, hacia la consideración del conocimiento científico como una creencia aceptada. La ciencia es entonces considerada como un hecho social, no natural, y a partir de esta premisa se va a estudiar cómo los científicos elaboran, justifican y aceptan unas creencias como verdaderas y otras como falsas basadas en criterios de racionalidad. Estos primeros enfoques divergentes a la sociología de la ciencia mertoniana, aparecen en los años setenta, en la llamada Escuela de Edimburgo, compuesta por Barry Barmes, David Bloor, Steve Shapin, Andrew Pickering y Donald Mackenzie, pretendiendo contextualizar el proceso de generación, validación y difusión del conocimiento científico. La materialización de esta perspectiva se aúna en el llamado Programa Fuerte de la sociología del conocimiento (PF), que consideraba la causa social de todo conocimiento, impulsado por intereses políticos económicos y sociales. Basado en el PF y como un segundo brazo de este programa existe un modelo específico de análisis de las controversias que utiliza la estrategia EPOR (Empirical Programme of Relativism), cuyo máximo exponente es Harry Collins. A continuación se exponen los puntos principales de cada perspectiva, para terminar el capítulo aproximando nuestro enfoque teórico particular al tema que se presenta a estudio, la controversia científica del SIDA.

1.1. Sociología del Conocimiento y de la Ciencia en R. Merton

Las principales aportaciones de Merton (1964;1976;1981) a la sociología del conocimiento se realizan entre finales de los años 30 y la década de los cuarenta, dando pie a distintas líneas de trabajo. Una de ellas relacionada con la síntesis de los logros de la sociología del conocimiento hasta entonces y otra, relacionada con su aportación original en la sociología de la comunicación de masas, centrada en la opinión pública y los efectos de los Medios de Comunicación sobre las conductas y opiniones. Los fundamentos de la sociología del conocimiento mertoniana se apoyan en tres argumentos: las circunstancias sociales, entre las que se encuentra la disponibilidad de recursos cognitivos, condicionan la elección de problemas a investigar; distintos autores dan diferentes respuestas a los mismos problemas; la ciencia es objetiva, las circunstancias no afectan a su contenido técnico, por ello progresa en un mundo social inestable que no le afecta.

Merton centra su investigación empírica en describir como la estructura social de la comunidad científica evita la contaminación del conocimiento mediante un sistema de selección racional. Se

desechan conjeturas, intuiciones, experimentos y teorías hasta la presentación de un producto final presentado a un grupo de científicos que lo evalúan y se lo pasan a representantes de los medios especializados, quienes tras una revisión experta autorizan la publicación o no del trabajo. Este proceso de difusión cultural valdría para todas las disciplinas pero es la ciencia la única que presenta una racionalidad de criterios de validación para solventar las controversias. (Blanco,1994:18-19). Con ello explicita el carácter puro de la ciencia que se valida por principio de racionalidad.

Establece tres líneas de investigación diferenciadas: la primera trata del surgimiento de la ciencia moderna, la segunda estudia la estructura normativa de la comunidad científica y la tercera trata la distribución de recompensas que sancionan la conducta de sus miembros. Nos centramos en las dos últimas.

1.1.1. Estructura normativa de la comunidad científica

Siglos atrás la actividad científica no era un valor en sí mismo, pero con la interminable serie de éxitos, lo instrumental se transformó en lo final, el medio en objetivo. El científico y la ciencia llegaron a considerarse independientes de la sociedad, por lo que fue necesario un ataque frontal a la autonomía de la ciencia para convertir este aislamiento en una participación realista en el conflicto revolucionario de las culturas. Se postuló la clarificación y reafirmación del *ethos* de la ciencia moderna. Se entiende por El *ethos* de la ciencia, las resonancias afectivas, valores y normas que se expresan en forma de prescripciones, proscripciones, preferencias y permisos y se consideran obligatorios para los hombres de ciencia. Estas normas son legitimadas por valores institucionales y reforzadas por las sanciones, lo que provoca en el científico un modelado de su conciencia científica. El *ethos* de la ciencia se infiere del consenso moral de los científicos. Merton considera cuatro imperativos institucionales como componentes del *ethos* de la ciencia moderna: el universalismo (empirismo), el comunismo (testabilidad), el desinterés (objetividad) y el escepticismo organizado (reproducibilidad). (Merton, 1977:357-358)

En relación al *universalismo*, las pretensiones de verdad deben ser sometidas criterios impersonales preestablecidos: la consonancia con la observación y con el conocimiento anteriormente confirmado genera una objetividad que excluye el particularismo. Sin embargo, la institución de la ciencia forma parte de una estructura social mayor con la que no siempre está integrada. Cuando la cultura mayor se opone al universalismo, el *ethos* de la ciencia se ve sometido a una seria tensión, ya que el

etnocentrismo no es compatible con el universalismo. Particularmente, en tiempos de conflicto internacional, cuando la definición dominante de la situación exalta las lealtades nacionales, el hombre de ciencia se ve sometido a los imperativos en conflicto del universalismo científico y del particularismo etnocéntrico. (Merton, 1977:359-362)

El *Comunismo*, en el sentido no técnico y extendido de propiedad común de bienes, es un segundo elemento integrante del *ethos* científico. Los hallazgos de la ciencia son un producto de la colaboración social y son asignados a la comunidad y constituyen una herencia común en la cual el derecho individual es limitado. Una ley o teoría que lleva el nombre de un científico no entra en la posesión exclusiva del descubridor y sus herederos, ni las normas les otorgan derechos especiales de uso y disposición. (Merton, 1977: 362-365)

El Desinterés se incluye como elemento institucional básico en la ciencia. No ha de ser identificado con el altruismo, ni la acción interesada con el egoísmo. La traducción de la norma del desinterés a la práctica se halla efectivamente sostenida por la necesidad de los científicos de rendir cuentas ante sus iguales. Los dictados del sentimiento socializado y de la convivencia coinciden en gran medida, situación que lleva a la estabilidad institucional. La exigencia del desinterés tiene su base en el carácter público y contrastable de la ciencia, lo que ha contribuido a la integridad de los científicos (Merton, 1977: 365-368)

El escepticismo organizado es un mandato metodológico e institucional contra la llamada intrusión de la ciencia en otras esferas. Tal resistencia por parte de la religión organizada se ha hecho menos significativa en comparación con la de los grupos económicos y políticos. El conflicto se acentúa cuando la ciencia extiende su investigación a nuevas zonas hacia las que hay actitudes institucionalizadas, o cuando otras instituciones extienden su control sobre la ciencia. En la sociedad totalitaria moderna, el anti-intelectualismo y la centralización del control institucional sirven para limitar el alcance de la actividad científica. (Merton, 1977: 368)

1.1.2. Sistema de recompensas de la ciencia

Las disputas sobre prioridades parecen ser una consecuencia de descubrimientos simultáneos, hecho recurrente en la historia de la ciencia. Han coexistido en la historia de la ciencia ejemplos de generosidad con luchas repetidas por la prioridad, con toda su intensidad emocional. Las causas

generales de tales disputas, bien por el egotismo, bien por el carácter disputador de los científicos, no terminan de ser definidas. De hecho, en ocasiones son los adeptos y no los descubridores e inventores los que participan en la discusión sobre la prioridad. Este hecho es particularmente significativo, porque la expresión de una indignación moral desinteresada es una señal de la violación de una norma social. El hecho mismo de que entraran en una refriega, muestra que la ciencia es una institución social con un conjunto distintivo de normas que tienen autoridad moral, por tanto estas actitudes muestran respuestas a lo que se considera como violaciones de las normas institucionales sobre la propiedad intelectual. Es decir, de las normas que presionan a los científicos a afirmar sus pretensiones, lo que explica la paradoja de que hombres mansos y sin agresividad, comúnmente lentos en afirmar sus derechos en otras esferas de la vida, a menudo lo hagan en su labor científica. (Merton, 1977: 377-388)

Asimismo, con el crecimiento y la profesionalización de la ciencia, el sistema de recompensas honoríficas ha proliferado en los últimos tiempos. Ya sea a través de la eponimia o la costumbre de aplicar el nombre del científico a todo o parte de lo que ha descubierto. Ya sea a través de la concesión del Premio Nobel, la pertenencia a academias honorarias de ciencias y a sociedades nacionales y locales. Ya sea a través de la consecución de inmortalidad por parte de los historiadores de la ciencia.

1.1.2.1. La originalidad genera recompensa

La institución de la ciencia incorpora valores potencialmente incompatibles, entre ellos el valor de la originalidad, que conduce a los científicos a desear que se reconozca su prioridad, y el valor de la humildad, que les lleva a destacar la pequeñez de sus realizaciones. Ello da origen a una clara ambivalencia hacia el reclamo de prioridades, ya que insistir en la propia originalidad reclamando la prioridad no es precisamente una actitud humilde, y renunciar a la prioridad ignorándola no es afirmar el valor de la originalidad. Por otro lado, la originalidad al ser observable por otros es más fácilmente recompensada que la humildad, que es algo privado. Es por ello, a menudo hay una desigual lucha entre los valores de la originalidad y la modestia. Esta última puede inspirar respeto, pero anterior promete fama eterna.

Es por ello que en el camino a conseguir la gloria, algunos científicos utilicen estrategias poco ortodoxas y desviadas para conseguir su objetivo: en primer lugar es el caso de los fraudes, por ejemplo para acreditarse un descubrimiento original, a través de falsificaciones y la confección de datos falsos. La

presión dirigida para que se demuestre la verdad de una teoría o se realice un descubrimiento sensacional ha llevado ocasionalmente a la falsificación de pruebas; En segundo lugar, el plagio por *hecho y calumnia.* El hecho muy frecuente es el de acusar a otros de robar ideas científicas. El esfuerzo dirigido a salvaguardar la prioridad y a probar la propia integridad ha llevado a una variedad de ordenamientos institucionales designados a hacer frente a esta tensión en el sistema de recompensas y sanciones. Merton sugirió que se establezca en la ciencia un equivalente a una oficina de patentes, como en la actualidad ya funciona. Sin embargo, otros científicos optan por estrategias pasivas y no desviadas en respuesta a la presión de las prioridades. Es el caso de la retirada, el científico abandona la investigación. (Merton, 1977: 390- 428)

Merton en su obra "Estructura social y anomia" estudia los modos en que una cultura da importancia a las aspiraciones máximas, que incluso muchos no podrán realizar, ejerciendo una presión que fomenta la conducta desviada y por lo tanto el rechazo de las normas morales reinantes y de las reglas del juego. Sin embargo, señala que no todos los científicos actúan así y considera que la ciencia comprende unos valores particulares que frenan la tendencia culturalmente inducida a la desviación , como la búsqueda desinteresada de la verdad.

Por último y siguiendo a Lamo de Espinosa y colaboradores (1994:457) destacar ocho problemas que Merton propone para guiar el futuro de la sociología del conocimiento:

1. Determinar de los focos de interés intelectual relacionados con la estructura social.
2. Análizar de la mentalidad de estrato social y de los factores que determinan la aceptación o rechazo de ideas particulares por parte de determinados grupos.
3. Estudiar la valoración social de los distintos tipos de conocimiento y la proporción de recursos sociales dedicados a cada uno.
4. Estudiar las condiciones bajo las que surgen nuevos problemas y disciplinas.
5. Examinar la organización social de la vida intelectual, incluyendo sus normas, apoyos,, dirección y focos de interés involucrados
6. Estudiar las instituciones que facilitan, obstaculizan u orientan la transmisión y difusión de ideas y conocimientos.
7. Estudiar al intelectual: su origen social, medios de selección social, grado de cambio de las lealtades de clase, incentivo para actividades particulares, intereses asociados.
8. Analizar las consecuencias sociales del conocimiento científico y del tecnológico.

1.2. Las revoluciones científicas. Thomas Kuhn

La publicación en 1962 de su obra "La estructura de las Revoluciones científicas" produjo un giro histórico en el planteamiento de los estudios sobre la ciencia. Aunque la obra es de corte filosófico y en un principio pasó desapercibida entre los sociólogos, no tardó mucho en convertirse en un referente crítico de la tradición positivista de la sociología de la ciencia. La obra de Kuhn (1971;1989) fue el impulso que la sociología de la ciencia necesitaba para abrir una nueva línea de investigación, el aspecto cognitivo de la ciencia. Así este giro se definió como la *revolución cognitiva en la sociología de la ciencia*. El contenido de su obra supuso el declive del verificacionismo, del Empirismo lógico y del falsacionismo, del Racionalismo crítico de Karl Popper. Kuhn propone una ciencia dotada de carácter histórico inmersa en un medio social, cuya actividad está sometida a cambios históricos. Insiste en que la actividad científica se desarrolla a través de comunidades de investigadores, pues la ciencia se articula en grupos constituidos por comunidades científicas. El papel de estos grupos es relevante, dejando patente que no actúan aislados. (González, 2004:16-17)

El giro histórico que promovió Kuhn fue la diferenciación entre *ciencia normal* y *ciencia revolucionaria*. La *ciencia normal* la define como: "la investigación basada firmemente en una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo como fundamento para su práctica posterior (...) esas realizaciones son relatadas por los libros de texto científicos, tanto elementales como avanzados. Estos libros exponen el cuerpo de la teoría aceptada" (Kuhn, 1971:.33). La *ciencia revolucionaria*, será la superación de la anterior al reemplazar el paradigma antiguo por uno nuevo incompatible con el anterior, en una ruptura descrita como una *revolución científica.*

1.2.1. El ciclo de las revoluciones científicas

El cambio científico empieza cuando se es consciente de que un problema establecido no se puede resolver según los procedimientos marcados por la ciencia normal. En un primer momento, las anomalías se consideran como un fracaso de los científicos que están abordando el problema. Sin embargo, más adelante cuando se considera que el fracaso engloba al conjunto de la profesión, las anomalías pasan a conformar un estado de crisis en el paradigma vigente, dando lugar al inicio de

investigaciones extraordinarias. De esta manera la ciencia produce teorías nuevas que responden a esta crisis, conformando un paradigma alternativo que intenta solucionar los problemas por resolver. Todo ello provocará una serie de cambios en algunas de las generalizaciones teóricas hasta el momento vigentes. Este nuevo paradigma dejará problemas sin resolver, con lo que estará expuesto de nuevo a cambios si fuera necesario. Para Kuhn una revolución científica es el episodio en el que una comunidad científica abandona la manera tradicional de ver el mundo y de hacer ciencia, a favor de un nuevo paradigma que implica un cambio radical de conceptos, procedimientos e instrumentos. Kuhn considera que las conversiones son lentas, requieren incluso de toda una generación para llevar a cabo el cambio y desbancar a aquellos que no claudican en las resistencias. Sin embargo, considera que a lo largo de su existencia todas las comunidades científicas se han convertido alguna vez en un nuevo paradigma. (Lamo de Espinosa et. al., 1994: 494-498)

1.3. El Programa Fuerte en la Sociología del Conocimento (PF)

El Programa Fuerte es la materialización de los enfoques de la Escuela de Edimburgo que pretendía contextualizar el proceso de generación, validación y difusión del conocimiento científico, allá por los años setenta. Este programa retira el estatuto especial de la ciencia como conocimiento asocial, y pretende explicar los motivos por los que determinados actores aceptan un conjunto de creencias, así como cuáles son los factores estructurales y particulares que incidieron en que tomaran esta decisión. Para ello es indiferente la posición del analista al respecto.

Bloor, uno de los fundadores del Programa Fuerte, identifica este planteamiento en cuatro principios metodológicos que lo delimitan: causalidad, imparcialidad, simetría y reflexividad, para ser completados con la teoría de los intereses.

1.3.1. Principios metodológicos del PF

1.- Tiene que ser causal, *es decir, ocuparse de las condiciones que dan lugar al nacimiento de las creencias o estados de conocimiento*. Naturalmente además de las causas sociales, también existirán otros tipos de causas que cooperarán en la formación de creencias.

*Bernard (1965), expuso: "*Si un fenómeno se presentara en una experiencia con una apariencia tan contradictoria, que no se ligara de una manera necesaria a condiciones de existencia determinadas, la razón debería rechazar el hecho como un hecho científico [...], porque admitir un hecho sin causa, es decir, indeterminable en sus condiciones de existencia, no es ni más ni menos que la negación de la ciencia*"*.

2.-Tiene que ser imparcial en lo que respecta a la verdad o la falsedad, la racionalidad o la irracionalidad, el éxito o el fracaso. Los dos miembros de estas dicotomías requerirán una explicación. La imparcialidad es un requisito metodológico que depende de la capacidad del analista para comprender sin suscribirlos, los componentes de la cultura que observa. De esta manera no evaluará la ciencia que analiza.

3.- Tiene que ser simétrica en su estilo de explicación. Los mismos tipos de causas deben explicar las creencias verdaderas y falsas. Para Barnes y Bloor el principio de simetría en el que se sustenta el programa fuerte es el siguiente:

> *"*Según nuestro postulado de equivalencia, todas las creencias están en un plano de igualdad en lo que se refiere a las causas de su credibilidad. Eso no significa que todas las creencias sean igualmente verdaderas o igualmente falsas, sino que, independientemente de su veracidad o falsedad, se debe considerar su credibilidad como igualmente problemática. La postura que vamos a defender es que, sin excepción, la incidencia de todas las creencias reclama una investigación empírica y que hay que dar cuenta de ellas hallando las causas específicas, locales, de dicha credibilidad. Esto significa que, independientemente de si el sociólogo evalúa una creencia como verdadera o racional, o como falsa e irracional, debe indagar más en las causas de su credibilidad. (...) Se puede y se debe responder a todas estas preguntas sin tener en cuenta el estatuto de la creencia tal y como el sociólogo la juzga y la evalúa en función de sus propias normas*". (*Barnes y Bloor*, *1981: 23)*

*4.- Tiene que ser reflexiva. En principio, sus patrones de explicación se deberían aplicar del mismo modo a la sociología misma (*Bloor,1991). La principal crítica al PF es que sus estudios no demuestran esta reflexividad que promulgan. Lo que demanda el PF es que sus estudios muestren tanto para los actores que estudian (reflexividad radical) como para ellos mismos como analistas (reflexividad referencial), los

significados se generan como parte del marco dentro del cual ocurre la acción. (Lamo de Espinosa et. al., 1994:234)

1.3.2. Teoría de los Intereses del Programa Fuerte (PF)

La ciencia es una práctica que pretende conseguir unas metas. Cuando los científicos, como los demás actores sociales pretenden decidir como extender o difundir la aplicación de un concepto o una práctica, se guían por un juicio de valor, que no procede directamente de los hechos. Así, será la conveniencia de mantener o variar la tradición para los fines del caso concreto, la que mueva la decisión. Posteriormente la comunidad científica someterá a juicio colectivo si aprueba o no la decisión. Es en este momento donde un cúmulo de intereses pueden entrar en juego como criterios de selección y evaluación. Los intereses sociales son causa necesaria, aunque no suficiente, de la producción del conocimiento público, sancionado como acertado o no.

La teoría precedente considera que los únicos intereses que mueven el ámbito científico son los relativos a la búsqueda de la verdad, sin embargo, el PF cree excesivamente idealista esta descripción. Barnes considera que "el conocimiento no es el resultado de un conocimiento aleatorio acerca de la realidad, sino el correlato del desarrollo histórico de procedimientos, competencias y técnicas relevantes, en diversos grados, para los fines y objetivos de culturas y subculturas" (Barnes,1977:6)

1.4. El programa empírico del relativismo (EPOR)

Entre las nuevas corrientes de investigación en sociología del conocimiento que se abren paso tras el Programa Fuerte de los años setenta y cuyos rasgos generales, siguiendo a Lamo de Espinosa (1994:540 y ss.) pueden ser caracterizados como naturalización, relativismo, constructivismo, causación social e instrumentalidad, se encuentra el llamado *programa empírico del relativismo* (EPOR), un enfoque orientado al estudio de las controversias científicas. Según esta corriente, los hechos fundamentales de la actividad científica no se producen en el espacio restringido y sagrado de los laboratorios sino más bien hay que rastrearlos en la forma que adoptan los debates y controversias científicas, y de modo particular en la forma en que tales debates son zanjados y se dan por concluidos. Todo lo cual supone, trascender

los límites de la academia para conectar las polémicas científicas con el contexto social, político y económico en el que éstas se desarrollan.

El carácter relativista de este enfoque, del que H. M. Collins (1985) resulta ser su mejor exponente, alude al hecho de que, según esta perspectiva, no existe una realidad universal y autoevidente a la que sea posible apelar para mostrar la incontestabilidad de los datos, por lo que se puede asumir que la lógica racional y la evidencia empírica juegan un papel relativamente reducido en la elaboración, consolidación y transmisión del conocimiento que llamamos científico. De ahí su interés por estudiar los aspectos formales de la experimentación y los mecanismos que tienden a utilizarse para dar por concluidas las controversias científicas. De hecho, según los autores que adoptan la estrategia EPOR son los factores sociales, y no los aspectos técnicos que intervienen en el proceso de generación del conocimiento científico, los que permiten su validación última.

En relación a los postulados centrales del Programa Fuerte, el enfoque relativista acepta el principio de imparcialidad y la propuesta de la simetría mientras que se manifiesta contrario a los principios de la causalidad y de la reflexividad, lo que facilita la generación de un programa metodológico que favorece la investigación empírica y evita las llamadas explicaciones TRASP (Truth, Rationality, Success, and Progress). Para Collins, los cambios en la ciencia siguen tres etapas, en primer lugar, la que se sigue de la indeterminación empírica puesto que los propios datos admiten diversas interpretaciones; en segundo lugar, y puesto que los debates podrían ser interminables, ha de admitirse la necesidad de que éstos deben tener un final, lo que implica saber exactamente qué tipo de mecanismos se han de utilizar para que una de las posibles explicaciones alternativas se erija finalmente como la versión hegemónica y mayoritariamente admitida; por último, una vez que el debate se ha cerrado en el ámbito académico, sus conclusiones han de conectarse y verse traducidas en el seno de las instituciones y estructuras políticas y sociales más amplias. A título de ejemplo, Collins ha aplicado este esquema en tres etapas a casos como el de la construcción de un láser, o a la detección de ondas procedentes de la radiación gravitacional.

Siguiendo ideas desarrolladas por Wittgenstein, Winch y Alfred Schutz, Collins pone de relieve la dificultad, por no decir la imposibilidad de encontrar reglas que permitan “asegurar de una forma universal aproblemática el desarrollo de una tarea específica y la obtención de una solución coincidente en distintos contextos locales” (Lamo de Espinosa el al., 1994:550) La pretensión de replicabilidad como criterio para afirmar la validez de los resultados empíricos se erige así en el artefacto epistemológico que permite

trasladar las reglas de un dominio privado y particular hasta lograr adecuarlas al ámbito público y universal. Para ello se sigue habitualmente un modelo que Collins formaliza en siete pasos:

- En primer lugar, para lograr la replicabilidad se eliminan todos los aspectos secundarios que no tengan que ver directamente con la cuestión que se considera durante el proceso de replicación.
- A continuación, se descartan todas las actividades que no se consideren estrictamente científicas.
- En un tercer momento, no se consideran como relevantes aquellos otros intentos de replicación y contraste llevados a cabo por personas que no muestren un currículo *comme il faut* .Lo que permite descartar como oponentes dignos de consideración a una enorme multitud de posibles interlocutores críticos.
- Se prosigue, eliminando del proceso de replicación a todas aquellas iniciativas que no se atengan al modelo del experimento en una u otra de sus versiones.
- La quinta etapa consiste en descartar como posible replicación digna de tenerse en cuenta, a todos aquellos experimentos que no sean un calco exacto y minucioso del experimento original.
- Durante la sexta etapa, se dividen los experimentos que restan en dos categorías: los que se consideran como positivos y los que se evalúan como negativos. En esta valoración final como experimento fracasado o exitoso, intervienen de hecho todo el cuerpo de creencias que asumidas de forma consciente o no por los propios científicos, permiten descartar cualquier otro argumento alternativo que podría permitir considerar los resultados como relevantes o no.
- Por último, en este largo y parsimonioso proceso, llega el momento de tener que decidir si el experimento original ha logrado o no, ser replicado. Y como habitualmente, los resultados alcanzados incluyen una mezcla de casos positivos y negativos, la decisión final se decantará en uno u otro sentido, en función de la "propensión previa de los científicos a creer o no en el fenómeno en cuestión". (Lamo de Espinosa et. al., 1994:552)

Si a esto le sumamos las diez proposiciones con las que resume Collins la actividad de experimentación y replicación, el resultado viene a ser un proceso marcado por la *circularidad*, en el que los resultados apropiados sólo pueden ser alcanzados mediante procedimientos estrictos que a su vez

sólo pueden ser considerados como tales una vez que se han completado y han dado lugar a resultados competentemente desarrollados.

Por todo ello, Collins defiende la existencia de un modelo de conocimiento científico que él denomina *cultural* y que implica la existencia de un conjunto de parámetros sociales y políticos que son asumidos tácitamente por la comunidad científica y que intervienen en la legitimación del conocimiento, para distinguirlo del llamado modelo *algorítmico* que afirma la posibilidad de que existan reglas exactas e inequívocas que permitirían la copia precisa y fiel de un experimento incluso en un tiempo y unas circunstancias sociales totalmente alejadas del primero. Compartir el mismo sustrato cultural puede convertirse pues en condición *sine qua non* para llegar a alcanzar el marchamo de cientificidad que la persona empeñada en tareas de experimentación científica anda persiguiendo.

Por todo ello, puesto que los datos admiten diferentes interpretaciones, y puesto que la cuestión de la replicabilidad está condenada a la circularidad explicativa, resulta esencial estudiar los procedimientos que se utilizan para cerrar y dar por finiquitados los debates o controversias científicas. En este sentido, muchas veces las razones aducidas para cerrar el debate son más bien las consecuencias del propio proceso de cierre que, en general, y mucho más a medida que pasa el tiempo, tienden a favorecer los intereses de la versión vencedora, de modo que lo que antaño era sólo una posible explicación entre otras muchas, acaba adquiriendo la consistencia de una verdad "autoevidente" por sí misma.

En ese proceso de cierre, intervienen todos los grupos de interés que, ya al interior de la propia comunidad científica, tienden a ordenar, controlar y canalizar los debates en congresos, reuniones y forums especializados evitando que la cuestión en disputa se desboque y acabe excediendo los cauces más o menos restringidos y convenientes. La cuestión inevitable del poder se hace presente en cada momento del debate científico, llegado el momento de la admisión de papers en un congreso, para publicar o no en determinadas revistas, para lograr convencer al mayor número de partidarios sobre las bondades de la argumentación propia y la locura disparatada de la versión contraria, para conseguir el acceso a los medios de comunicación o a los recursos económicos para poder proseguir la investigación, para dar visibilidad a los resultados, etc. En este sentido, resulta crucial el papel que juegan un número relativamente pequeño de personas que Collins denomina como el *core set,* un pequeño grupo de entre dos a cincuenta personas "que está formado por el conjunto de aliados y enemigos que interactúan mediante las estrategias anteriormente citadas, y con el fin de cerrar la controversia científica en uno u

otro sentido, y con ello, certificar o rechazar las propuestas efectuadas" (Lamo de Espinosa et. al., 1994:556). Al interior de este círculo restringido y distante marcado por la "lejanía del encantamiento" respecto del tiempo social e histórico en el que viven los demás mortales, se produce la sentencia más o menos consensuada sobre la certeza que se pretende científica y que acaba siendo considerada como metodológicamente incuestionable.

1.5. Marco de referencia para la Sociología de la controversia del SIDA

Después de las aportaciones teóricas sintetizadas en este capítulo y considerando que no han de ser excluyentes al ser empleadas para interpretar el conocimiento científico, llegamos a la siguiente conclusión:

En la sociología del conocimiento existen dos problemas básicos tal y como plantea Collins: uno de ellos es el problema de las reglas constitutivas, es decir, explicar el particularismo de la ciencia como actividad social. Y el otro problema es el de las reglas reguladoras, es decir, los procesos reales que generan y validan el conocimiento científico y estructuran la vida científica. Si bien Collins considera que el programa mertoniano debería ocuparse del primero, y la nueva sociología del conocimiento científico debería hacerse cargo del segundo, haciéndonos eco de la aportación de Lamo de Espinosa (1994:577), consideramos que lo más apropiado sería el cruce entre ambas líneas teóricas para conseguir explicar de manera más completa desde la sociología, la vida científica y en particular el estudio de las controversias científicas.

CAPÍTULO 2 HIPÓTESIS VÍRICA DEL SIDA

2.1. Etiología

Los antecedentes del origen oficial del SIDA se remontan a un artículo publicado un mes de junio del año 1981 en la ciudad de Atlanta (Georgia, EE.UU.), cuando el Centro para el Control de Enfermedades Infecciosas de aquel país (CDC, Centers for Disease Control) emitió un informe sobre un nuevo tipo de neumonía diagnosticado en los últimos ocho meses, con base en el recuento administrativo de los datos que le eran enviados procedentes de todos los estados de la Unión. En esos ocho meses, se había solicitado en cinco ocasiones *isotiocianato de pentamidina*[1] como producto terapéutico de elección ante la extraña infección de cinco jóvenes de raza blanca, homosexuales activos, con infecciones previas confirmadas por laboratorio de citomegalovirus (CMV) y cándida en mucosas, repartidos en tres hospitales distintos de la ciudad de Los Angeles (California). Se trataba de una infección por un protozoo, *Pneimocystis Cariniii*[2], hasta aquel momento sólo advertido como agente oportunista de infecciones en enfermos con gran merma en el sistema inmunológico, en la mayoría de los casos consecuencia de un tratamiento persistente con inmunodepresores o en la fase terminal de algún cáncer (CDC, 1981:250-252). El fármaco utilizado se encontraba en experimentación, era tóxico y únicamente se utilizaba en el CDC de Atlanta al no estar comercializado, lo que demuestra la excepcionalidad de aquella neumonía, extraña en la patología humana.

Paralelamente, se observó tanto en California como en Nueva York (Gottlieb; Schroff; Schanker et. al., 1981) un incremento en población joven (alrededor de 30 años) y homosexual, de casos de

[1] En el período comprendido entre noviembre de 1967 y diciembre de 1979 sólo se había solicitado dicho medicamento en dos ocasiones, para tratar enfermos que no presentaban otra infección colateral.

[2] *Pneimocystis Carinii (PCP),* considerado hasta hace pocos años como un protozoo y reclasificado recientemente como un hongo. Germen ubicuo en los mamíferos que se transmite por vía respiratoria. La infección se adquiere durante la infancia permaneciendo latente hasta que se produzca un deterioro de la inmunidad celular. Las localizaciones extrapulmonares se reducen a pacientes previamente infectados por el hongo o que estuvieran sometidos a tratamiento agudo o profiláctico con pentamidina inhalada. Las manifestaciones clínicas más importantes que presenta son tos seca, fiebre y disnea progresiva. En pacientes que reciben la pentamidina inhalada como profiláctico es más frecuente encontrar alteraciones predominantes en los vértices pulmonares (CADAFALCH – FUSTER, 1998)

Sarcoma de Kaposi[3] (tumor de la piel no usual en países occidentales y sí de elevada incidencia en África Ecuatorial, de desarrollo lento y propio de varones sexagenarios) simultaneado, en bastantes ocasiones, con la neumonía provocada por *Pneimocystis Carinii* (CDC, 1981:305-308). En diciembre de 1981 Gottlieb y colaboradores (1981:1425) publican en el *New England Journal of Medicine* un artículo titulado: "Comunicación de una nueva inmunodeficiencia celular adquirida", momento en el que se inicia la difusión de la enfermedad y se pone en marcha un programa de vigilancia epidemiológica por los CDC. Los investigadores observaron cómo entre 1981 y 1982 apareció un síndrome caracterizado por enfermedades oportunistas en pacientes con baja respuesta inmunitaria. En septiembre de 1982 aparece la primera definición, diagnosis (posteriormente revisados) y nomenclatura del síndrome como AIDS (Adquired Immune Deficiency Syndrome) o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida):

> "Una enfermedad diagnosticada con fiabilidad, al menos moderadamente indicadora, de una deficiencia subyacente de la inmunidad celular en una persona sin ninguna causa de disminución de la resistencia, previamente descrita, a la presentación de la enfermedad" (CDC, 1982:507-514)

Se dejaron atrás algunos de los nombres científicos iniciales como cáncer gay (GRID: Gay Related Inmune Deficiency o déficit inmunitario ligado a los gay) o peste rosa (Clavero, 1991: 46) como enfermedad de clara estigmatización homo y bisexual al ser los primeros pacientes donde se observó el cuadro clínico. Pudiera ser que el consumo de los inhalantes denominados *poppers* (nitrito de amilo y nitrito de butilo) utilizados por los homosexuales varones como afrodisíaco pudieran tener un efecto depresor en el sistema inmunológico.

Durante 1982, se pudo comprobar con la aparición de nuevos casos que no sólo la población homosexual era la afectada. Se relacionó a la mayoría de los infectados homosexuales con estancias vacacionales en Haití (país donde se frecuentaban las prácticas homosexuales), y se encontraron afectados entre la población haitiana, considerando como una posibilidad que el origen del SIDA

[3] *Sarcoma de Kaposi (SK),* descrito por primera vez por el dermatólogo austrohúngaro Moritz Kaposi en 1872. Se define como una neoplasia multifocal, que surge de células endoteliales vasculares, en individuos inmunodeprimidos y genéticamente predispuestos. Se conoce un foco endémico en el área mediterránea (SK clásico o europeo), y otro más importante en África (SK Africano o endémico). La frecuencia de nuevos casos aumentó tras los trasplantes de órganos, la inmunodepresión yatrogénica. Se conoce otro foco epidémico (SKE) que aparece en la infección por VIH en varones, homo o bisexuales, con inocencia menor en drogadictos, hemofílicos o transfundidos. Fue Gottlieb en septiembre de 1982 quien relacionó el SKE como la primera neoplasia identificada en relación al SIDA.

estuviera en ese país y catalogando a sus habitantes como grupo de riesgo. Se encontraron manifestaciones clínicas similares en usuarios de drogas inyectadas, conocidas en el argot médico como drogas de uso por vía parenteral (UDVP), y más específicamente heroína. También se encontró el síndrome en hemofílicos y algunos transfundidos, por lo que hacía pensar que se trataba de algún elemento transmitido por vía hemática. En definitiva: consumidores de heroína una de cuyas prácticas más comunes era el intercambio de jeringuillas usadas[4], personas con prácticas homo y bisexuales, hemofílicos, transfundidos y haitianos. Conformaban lo que popularmente se consideró con *el síndrome de las cuatro H*, estigmatizando a estos llamados cuatro grupos de riesgo a los que se consideraba causantes de la enfermedad (Brown, 1992:22-23). Esta situación derivó en la creación de grupos activistas como el New York Gay Men´s Health Crisis, que consiguieron transformar las actitudes de los afectados de pacientes pasivos, resignados y solitarios, en activistas exigentes y reivindicativos frente a las prestaciones médico-sanitarias.[5]

La aparición de varios frentes de grupos de riesgo (no sólo los ya citados, sino también la transmisión madre-hijo) hacía pensar que se trataba de una etiología infecciosa y probablemente vírica que iría perfilando su epidemiología. A través de la sangre o los hemoderivados se transmitía algún tipo de germen.

---

[4] El intercambio de material de inyección era común entre los consumidores de heroína al comienzo de la década de los 80, época de consolidación en el mercado ilegal en España. Asimismo, la alteración en el comportamiento de los adictos a esta droga y sus focos de inmersión en el mercado, caracterizaban a esta población consumidora de heroína como marginada; tanto por la conducta desviada de consumo de drogas ilegales, como por las repercusiones bio-psico-sociales que la sustancia les provocaba, en sus diversos estadios de abuso, dependencia o adicción. Es por ello que una de las posibles causas, fundamentalmente en consumidores no esporádicos, del intercambio de jeringuillas, fuera la imposibilidad económica de hacerse con unas limpias, siendo inconscientes todavía, de las posibilidades de contagio de enfermedades infecciosas tales como la Hepatitis B,C,D. Posteriormente, y pesar de la conciencia del contagio por esta vía del VIH y demás enfermedades, alguna de las características del adicto a las drogas como pudiera ser el síndrome de abstinencia hagan que la higiene no sea la prioridad en el momento del consumo. Por otro lado, no hay que olvidar que independientemente del estado de marginación social y económica del consumidor, existe todo un ritual en el consumo de drogas en el que el paso de la jeringuilla, pipa, etc., entre los consumidores para hacer grupo, promovía compartir el material sin cuestionarlo.

[5] Al respecto, véase: Castells, M. (1986). La ciudad y las masas. Sociología de los movimientos sociales urbanos. Madrid. Alianza Universidad. Citado por Usieto, R. (1992) Anomia y Marginación social. Poblaciones expuestas al SIDA. Un análisis concreto. Manuel Castells dedica un capítulo a los movimientos sociales urbanos, identidad cultural, liberación sexual y a la comunidad gay en el Estado de California. Define los acontecimientos sociales vividos por el mundo homosexual ligado al SIDA, así como el movimiento asociativo gay. Como marco el asentamiento de la epidemia en San Francisco para luego recorrer el resto de las ciudades norteamericanas.

Siguiendo al historiador del virus, el Dr. Antonio Carreras Panchón[6], durante la década de los setenta se habían producido avances importantes en virología, decisivos en la investigación del agente responsable del SIDA. Desde 1910 según las investigaciones de Francis Peyton Rous en el Instituto Rockefeller de Investigaciones Médicas, existía un virus que podía producir en las gallinas un sarcoma que inducía tumores en los huesos, músculos y vasos sanguíneos de los pollos. Hoy se conoce como el virus del sarcoma de las aves y es el primer retrovirus aislado. En esta línea se descubrieron otros virus responsables de leucemias o sarcomas en el ratón, conejo o hámster, cuya capacidad para producir tumores malignos, así como la existencia en su nucleoide del RNA, hizo que se les denominara oncovirus. El descubrimiento en 1970 por Howard M. Temin de la Facultad de Medicina de la Universidad de Wisconsin en Madison y David Baltimore del Instituto de Tecnología de Massachussets, cada uno por su cuenta, de la transcriptasa inversa, puso de relieve la importancia de esta enzima capaz de transformar el RNA del virus en DNA de la célula durante el proceso denominado *replicación*. En este proceso el RNA del Virus integra su material hereditario al de la célula, con lo que consigue que cuando la célula se replica a la vez se replica el virus en forma de *viriones*.[7] Se les denomina *retrovirus* porque el ciclo de replicación de la información genética fluye del RNA al DNA en dirección inversa a la habitual. Los retrovirus se transmiten entre los animales por línea horizontal (saliva y heces) y vertical (madre-hijo), pero hasta entonces no se había encontrado ninguno capaz de provocar alguna patología humana. En 1980, Robert Gallo del Instituto Nacional del Cáncer de Bethesda y sus colaboradores, identificaban el primer retrovirus responsable de una patología en el hombre: el HTLV-I (Human T Cell Leukemia Virus) o virus linfotrópico de las células T, causante de la leucemia aguda de las células T (linfocitos[8] con intensa actividad inmunitaria), difundido fundamentalmente por África, Caribe y Japón. Posteriormente, el mismo equipo norteamericano, en 1982 encontró otro retrovirus patógeno en el hombre, el HTLV-II, productor de la leucemia de células pilosas, leucemias de células T y linfomas de un tipo más crónico que los relacionados con el HTLV-I. Ambos virus se transmitían por sangre, contacto sexual y vía vertical. Ambos causan la enfermedad tras largos años de latencia e infectan linfocitos T. Por todo lo anteriormente

[6] Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Salamanca.
[7] VIRION: nombre que reciben los virus cuando están en una etapa temprana, cuando acaban de ser reproducidos por una célula invadida.
[8] LINFOCITOS: Glóbulos blancos responsables de proporcionar protección específica contra los antígenos; se dividen dos tipos: linfocitos T , linfocitos B y linfocitos N

expuesto se tendía a pensar que iba a ser un retrovirus el responsable del SIDA (Carreras Panchón, 1998: 9-10; Gallo, 1987a:18-29)

A principios de los años 80 en el Instituto Pasteur de París, unos investigadores, Luc Montagnier, Françoise Barré-Sinousi y Jean Claude Cherman, investigaban la presencia de nuevos retrovirus en los linfocitos T de mujeres con cáncer de mama. La Dra. Francoise Brun y el Dr. Willy Rozenbaum propusieron a este equipo francés investigar un retrovirus en un paciente homosexual que presentaba varias adenopatías[9] persistentes. Se le practicó una biopsia de uno de los ganglios, se obtuvieron linfocitos que se cultivaron con interleukina-2 para que se multiplicaran y con suero anti-interferón. En estas condiciones cabría esperar una multiplicación máxima del virus responsable. Dos semanas después, en enero de 1983 se detectaban en el sobrenadante de los linfocitos aislados, transcriptasa inversa, una enzima específica de los retrovirus. Se estudió el virus por microscopía electrónica y se observó que las imágenes no se parecían a las de los virus HTLV y tampoco reaccionaban las proteínas del virus con los anticuerpos del HTLV-I y HTLV-II cedidos por el Dr. Gallo. Se trataba de un virus distinto que, además, atacaba fundamentalmente las células T4 que son las organizadoras del sistema inmunitario (Gallo; Montagnier, 1988:6-18)[10]. Estos resultados no fueron aceptados por el equipo Norteamericano.

2.1.1. Un retrovirus como causa del SIDA

Un agente vírico como posible causa del SIDA se presentaba en septiembre de 1983 durante un congreso sobre el Virus Linfotropos Humanos de células T (HTLV) celebrado en Cold Spring Harbor, Luc Montagnier, director de investigación del Instituto Pasteur de París, dio a conocer el resultado de sus investigaciones denominando al virus aislado responsable del síndrome como LAV (Linphadenopathy Assocciated Virus) (Barre-Sinoussi; Chermann; Rey, 1983:868-871). En aquel momento se detectaban anticuerpos de LAV en un 40% de los enfermos clínicamente diagnosticados como SIDA, cuestión difícil ya que al no existir grandes cantidades de virus era difícil preparar reactivos específicos contra el LAV que pudiesen constatar que todas las personas con Sida estaban infectadas con el mismo virus. Los

[9] ADENOPATÍA: Inflamación de ganglios linfáticos.
[10] Primer artículo que firmaban juntos ambos investigadores en 1988, tras la pugna por el protagonismo en el descubrimiento del VIH. Sirvió como introducción del Monográfico sobre SIDA publicado por Investigación y Ciencia en 1989 y compuesto por diversos artículos traducidos al castellano de expertos en el tema a nivel internacional.

siguientes virus aislados en pacientes de SIDA en el Instituto Pasteur tenían otras características diferentes al LAV, por lo que se les denominó Virus Asociados a Inmunodeficiencia (IDAV) (Vilmer; Barre-Sinoussi; Rouzioux el al, 1984:753-757). En mayo de 1984, Gallo y su equipo, escépticos ante los avances del equipo francés, aíslan el mismo virus pero incluyéndolo en la familia de los HTLV, como HTLV-III (Gallo; Sarin; Gelmann el al, 1983:865-867). En 1984 Ají Levy y su equipo (Levy et. al., 1984; 225:840-842) aíslan el mismo virus descrito por Montagnier y Gallo con otra nomenclatura ARV (AIDS Related Virus), como responsable del Sida. (Carreras Panchón, 1998:12)

La denominación conjunta HTLV III/ LAV se adoptó por la Organización Mundial de la Salud (OMS, ó World Human Organisation, WHO) en 1985, en la primera Conferencia Mundial de SIDA celebrada en Atlanta (WHO, 1985:667-672). Entre 1985 y 1986 investigadores como Essex, Russell, Gosvanni y Lange aíslan un nuevo virus como el desencadenante en pacientes infectados de África Occidental, bajo la nomenclatura: LAV/HTLV-III/ HIV:STLV-III. Finalmente en 1986 el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (CITV)[11] unifica los anteriores en un único nombre VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). (Coffin; Haase; Levy, et. al. 1983:232:697)

Tanto el equipo de investigadores francés como el americano se entablaron en un una pugna por la patente del descubrimiento y por la gloria profesional y económica del mismo. Aunque Montagnier (1986:37;46-64) fue el primero en aislar el virus definitivo, y por lo tanto el descubridor oficial, Gallo fue quien le había proporcionado los primeros reactivos frente al HTLV-I y II al equipo francés, por lo que consideraba que sin su aportación no hubiera sido posible el hallazgo y reclamaba la gloria. Ambos la reclamaban en solitario. Esta lucha llegó a tal extremo que fueron los jefes de estado de ambos países por aquella época, Ronald Reagan (EE.UU) y Jacques Chirac (Francia) los que firmaban un acuerdo en mayo de 1987 por el que se establecía un reparto de méritos y beneficios, en caso de hallazgo de una vacuna o algún medicamento que pudiese curar la enfermedad. Los franceses se vieron muy afectados económicamente, mientras una farmacéutica americana abonaba grandes cantidades por los derechos

[11] El Comité Internacional sobre Taxonomía de Virus, indica que un retrovirus se designe por un nombre que esté compuesto por la especie de la que ha sido aislado, seguido de la patología más importante que produzca y de la palabra virus. (Human Immunodeficiency Virus) Esta denominación se ha de completar entre paréntesis por la abreviatura de la ciudad donde fue aislado para su caracterización geográfica y un número de serie del aislado correspondiente. Para la designación de la nomenclatura oficial, el CITV designó un subcomité especial que integró no sólo a los miembros del Grupo de Estudio del Retrovirus del CITV (Coffin, Teich, Toyoshima, Varmus, Gallo y Essex), también fueron convocados siete miembros más (Haase, Levy, Montagnier, Oroszlan, Temin, Vogt y Weiss). Gallo y Essex no conformes se retiraron del grupo, por considerar que la nueva designación iba a crear más confusión (Nágera et. al. 1987:6)

de los medios de diagnóstico. Como los franceses habían invertido grandes cantidades de dinero en la reclamación jurídica de los que consideraban sus derechos de patente, los investigadores de Montagnier fueron los más perjudicados. Con el tiempo las cosas cambiaron y Gallo, en 1991 reconoció el papel determinante de los investigadores del Instituto Pasteur de Paris, modificándose la situación forzada de 1987. (Carreras Panchón, 1998:14)

Siguieron más descubrimientos, Robert Gallo y sus colegas Mikulas Popovic y Sussane Gartner, demostraron que el VIH no sólo podía infectar células T CD4 (T4), sino también a otros linfocitos llamados macrófagos[12] y se encontró el virus en tejidos del cerebro. Lo que apuntaba a que el macrófago capaz de atravesar la barrera hematoencefálica, podía llevar el virus hasta el cerebro, explicando así la patología asociada con el sistema nervioso central, observada en muchos enfermos de SIDA. El mecanismo utilizado por el virus para infectar las células T4 y macrófagos fue clarificado por Robin A. Weiss de los laboratorios Chester Beatty y Klatzmann y el grupo Pasteur de manera independiente, cuando demostraron que el VIH entra en las células diana[13] interaccionando con la molécula CD4[14] que es un receptor importante en la función inmunológica de los linfocitos T4, siendo un marcador para estas células. Los primeros trabajos de los equipos británicos y franceses demostraron que el VIH se unía a las CD4 antes de infectar las células. Sólo las células que tenían este marcador podían ser infectadas (Gallo; Montagnier, 1988:11)

El origen Africano del HTLV (García Panchón, 1998:14-20), desde donde se había expandido a Japón y Caribe como consecuencia del comercio oriental y el mercado de esclavos mantenido por Portugal, perfilaba un origen similar para el VIH. Ello fue consecuencia del descubrimiento en 1982 por parte de Isao Miyoshi de la Universidad de Kochi de un retrovirus que producía en los monos una leucemia de las células T, su nombre era STLV (Simian T-Cell Leukemia Virus) con una conexión importante con el HTLV. Las investigaciones se encaminaron a identificar entre los primates un cuadro similar al SIDA, y así se dio con el SIV, que produce una afección similar al SIDA, llamada SIDAS o SIDA de los simios. Se ha comprobado la semejanza que existe entre proteínas del SIV y el HIV. El SIV

[12] MACROFAGO: Fagocito. Leucocito o glóbulo blanco de gran tamaño, derivado del monolito, que tiene como función fagocitar o ingerir células degeneradas, tejido sanguíneo y antígenos.
[13] CELULA DIANA: célula que es eliminada por los linfocitos T citotóxicos mediante anticuerpo y complemento o mediante citocinas.
[14] CD4: Proteína que se encuentra en la superficie de algunas células, particularmente en las cooperadoras (helper) o linfocitos T4, en macrófagos y células dendríticas; esta proteína atrae al VIH debido a su afinidad con las protuberancias que este tiene en su cubierta exterior.

contaminaba a una gran parte de la población del mono verde africano (Cercopithecus aethiops), sin embargo, este mono ya infectado no desarrollaba en estado salvaje un cuadro de inmunodepresión, tal y como manifestaban sus congéneres procedentes de Asia. Según los virólogos, los monos verdes habrían desarrollado en su evolución unas defensas inmunitarias que les protegen de los efectos nocivos del SIV. Los monos asiáticos se habrían contagiado de forma accidental, posiblemente, como consecuencia de su cautiverio en centros con fines experimentales. Al estar fuera de su hábitat, carecerían de las defensas necesarias para neutralizar el virus y desarrollarían la enfermedad.

En 1985 se descubrió un nuevo virus entre las prostitutas africanas llamado VIH-2 con gran semejanza al SIV, los efectos de este nuevo virus resultan ser mucho menos graves que los producidos por el VIH-1, con lo que parece que con el paso del tiempo algunas poblaciones han ido desarrollando defensas específicas, como les ocurría a los monos verdes africanos con el SIV. (Gallo, 1987b;31-41)

En opinión de Robert Gallo los primeros contagios a humanos de VIH pudieron ser unos veinticinco años antes. La hipótesis de Essex (Essex; Kanki, 1988:52-70) que Gallo acepta, desarrolla la idea de que hace más de veinte años en algún momento el hombre se contaminó de SIV y este virus sufrió una serie de mutaciones hasta que se convirtió en VIH-2. Su transmisión hubiera podido ser en África, específicamente en Zaire afectando al hombre en la década de los cincuenta y pasaría posteriormente a Haití, motivado por las excelentes relaciones entre ambos países en los años sesenta. Es posible que de los monos hubiera pasado al hombre adaptándose a él con cuadros asintomáticos transmisibles entre los indígenas, por contagio heterosexual. Los homosexuales americanos lo difundirían en sus comunidades, pasando después a otros denominados grupos de riesgo: bisexuales y drogadictos. También se ha pensado que el *Vudú* pudo tener protagonismo en la extensión de la infección, puesto que en sus sesiones intercambian sangre, personas y animales. En definitiva, múltiples conjeturas sin demostrar, en las que se basa el inicio de la epidemiología.

El origen cronológico del SIDA (Carreras Panchón, 1998:17-18), se presenta como un enigma, al llegar a la conclusión de que en fechas anteriores a 1981, se habría encontrado el virus en algunos pacientes. Las investigaciones en este sentido se han basado en el rastreo de la literatura científica y análisis serológicos realizados a posteriori de sueros congelados. Se han consultado los repertorios bibliográficos más contundentes como el *Index Medicus* o *Experta Medica*, pero con las limitaciones que estas fuentes tienen como consecuencia de la falta de un tratamiento informático adecuado de estos datos. Se basaban únicamente en los términos en los que habían sido titulados los artículos para poderse

recuperar. Además, quedaba desechada por falta de acceso a los investigadores, toda la literatura científica no recogida en estos repertorios y las innumerables historias clínicas que no salieron de los archivos hospitalarios. Siguiendo este rastreo, se han encontrado varios casos posteriores a 1952, en los que la infección por *sarcoma de Kaposi* junto con el predominio de la población masculina era considerada un indicio conjetural suficiente, lo que científicamente no establece un diagnóstico de certeza. Es fundamental para éste, que exista la posibilidad de realizar análisis serológicos en muestras de sueros con garantías de fiabilidad. De esta manera, tendríamos un ejemplo en el caso de Robert R., un joven de 15 años y raza negra fallecido en mayo de 1969. Este fue ingresado en un hospital de Saint Louis (Missouri) aquejado de un cuadro clínico con infección por *Chlamidia trachomatis* y *sarcoma de Kaposi*. En la autopsia se observaron lesiones en los márgenes del ano, lo que indicaba una intensa actividad homosexual. Como el caso era extraño, se congeló sangre y linfa del paciente y en 1987 tras la aplicación de reactivos sobre estas muestras se encontraron anticuerpos del VIH. No es el único caso, también se encontraron anticuerpos del virus en sueros de toxicómanos congelados, recogidos entre 1971 y 1972 y analizados con ELISA[15] y Western Blot[16] en varios estados de Norteamérica. También en Europa se han encontrado en la década de los sesenta, pacientes cuya clínica es similar a la de los enfermos de SIDA y pacientes de patología imprecisa en quienes las pruebas serológicas mencionadas identificaron VIH positivo. En 1976 se conoce el caso de una familia noruega, tres de cuyos miembros fallecieron este mismo año y además se produjo un contagio vertical y horizontal (Carreras Panchón, 1998:19)

Por otro lado, ante la evidencia de casi 5.000 casos de personas que presentaban SIDA sin haber adquirido la infección por VIH, presentados por el Dr. Duesberg en la Conferencia Internacional de SIDA en Ámsterdam en 1992, el CDC en este mismo año creó una nueva enfermedad denominada Linfocitopenia Idiopática de los T CD4 (Weiss et. al., 1992:608-609; Faucci, 1993:429-431). Una enfermedad con la misma evolución del SIDA, los mismos síntomas y las mismas enfermedades concomitantes pero en ausencia de VIH.

Mientras la comunidad científica internacional entregaba todas sus energías a la investigación de este retrovirus, designado como causante de la enfermedad del SIDA, será precisamente su descubridor Luc Montagnier quien en 1990 introduce una teoría en la Conferencia Internacional de San Francisco, que

[15] Véase más adelante en el apartado de pruebas diagnósticas su definición y utilidad.
[16] Idem.

le distancia de la postura dominante, al considerar la importancia de una serie de cofactores para el progreso de la enfermedad, independientes del VIH:

> "El SIDA no lleva inevitablemente a la muerte, especialmente si usted suprime los co-factores que soportan a la enfermedad. Es muy importante decir esto a la gente que está infectada. Creo que actualmente debemos poner el mismo peso en los co-factores que en el VIH. Los factores psicológicos son críticos a la hora de apoyar al sistema inmune. Si usted suprime este apoyo psicológico diciendo a alguien que está condenado a morir, estas mismas palabras ya lo han condenado a morir". (Montagnier, 1995)

En una entrevista concedida a Le Nouvel Observateur, declaró que las enfermedades asociadas no se contentan con seguir al virus sino que le abren la puerta. Además considera la existencia de factores activadores como es el caso de los micoplasmas, pequeñas bacterias sin pared rígida que viven como parásitos en las superficies de nuestras mucosas sin entrar en la célula. Su equipo y el de Shi Lo en EE.UU aislaron en los pacientes afectados por el SIDA variedades de micoplasmas invasivos con posibilidad de penetración en las células y activación de la replicación del virus. Estos micoplasmas ya existían en el hombre pero han cobrado especial relevancia a causa del uso intensivo de antibióticos. En los años 70 era usual que las personas sexualmente muy activas hicieran uso intensivo de los antibióticos para prevenir los gonococias y prevenir el acné, así como también se sabe que son utilizados con frecuencia de modo abusivo por gran parte de la población. Así pues, el factor de agresión del virus lo sería en asociación con micoplasmas invasores. El problema de esta teoría es que no se encuentran siempre en todos los pacientes de SIDA micoplasmas asociados al VIH. Sin embargo, esta teoría no representaría ninguna victoria de cara a la erradicación del SIDA porque no se sabe cómo destruir un micoplasma de una célula infectada. Los antibióticos clásicos no actúan y la erradicación sólo se lleva a cabo en presencia de un sistema inmunológico normal. (Medicina Holística:33-34) [17]

2.1.1.1. Estructura del VIH-1

Siguiendo al Dr. Eduardo Fernández–Cruz (1998:8-9) La partícula vírica (virión) es una esfera de 80-110 mm. Con una estructura en tres capas:

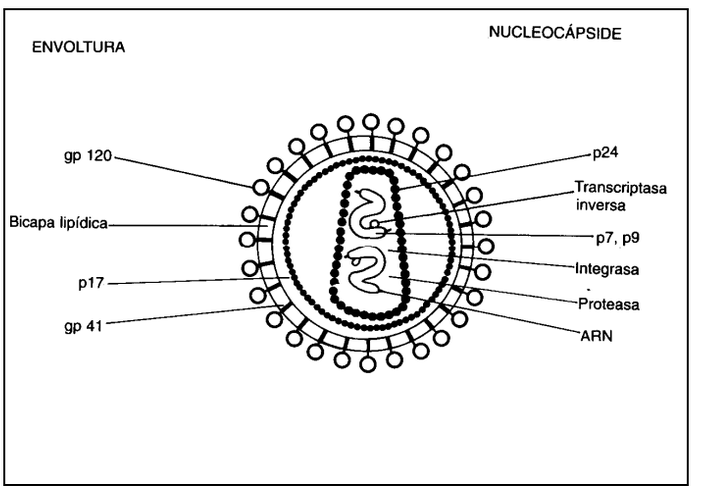
[17] Entrevista realizada a Luc Montagnier en Le Nouvel Observateur, nº 1473 en febrero de 1993 por Michel Pracontal y Claude Ewil y traducida por la Revista Medicina Holística en su número 33-34, pp. 35-37.

a) La envoltura. Constituida por una membrana que tiene una bicapa de material lipídico, que procede de la membrana externa de la célula hospedadora donde se insertan las glicoproteínas de la superficie gp120 que sobresalen de la membrana, y la glicoproteína transmembrana gp41 que la atraviesa.

b) La matriz. La parte interna de la membrana está rodeada por una proteína miristilada, p17 que es vital para la integridad del *virión*.

c) Nucleocápside. Una cápside constituida por otra proteína interna del virus, p24 ó p25, engloba el núcleo o core del virión. (En general, el virión posee aproximadamente 100 veces más proteína p25 de la cápside que gp120 de la envoltura). Dentro del core se encuentra un RNA de cadena única constituido por dos hebras idénticas, y las proteínas: polimerasa con actividad enzimática, transcriptasa (RT) y ribonucleasa H, (p55, p66) y las proteínas de la nucleocápside (p9, p6) que están íntimamente asociadas al RNA.

ESTRUCTURA DEL VIH-I



2.1.1.2. .Respuesta Inmunológica del organismo frente al VIH

Siguiendo a José Alcamí[18] (2001, pp. 19-37), es un hecho que los virus representan la mayor

[18] Miembro de la Unidad de Inmunopatología del SIDA. Hospital Carlos III. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

amenaza para la supervivencia del hombre. Parecía que las enfermedades infecciosas habían dejado de constituir una amenaza para el mundo desarrollado, pero con la aparición del SIDA en los años 80, esta reflexión se vino abajo. Existen diferentes virus que repercuten de manera distinta en la salud de sus huéspedes: en ocasiones los virus no producen enfermedad o si acaso cuadros clínicos leves, como en el caso de los *herpes*; en otros casos la infección es fulminante y capaz de matar a un gran porcentaje de sujetos infectados en pocos días, como muestra el Ebola; en el caso del VIH el sujeto es infectado de manera crónica, lo que permite el contagio de otras víctimas y la propagación del mismo entre la especie humana.

Un virus no puede vivir fuera de la célula a la que tiene que infectar para poder multiplicarse. Para responder a su amenaza, los organismos complejos han desarrollado un mecanismo muy sofisticado para controlar las infecciones virales: el sistema inmune. En la relación virus- hospedador hay dos niveles: el primero, un microcosmos generado por la interacción virus-célula. El segundo, un macrocosmos en el que poblaciones formadas por miles de millones de partículas virales se enfrentan a la respuesta del sistema inmunológico. Para sobrevivir, los virus deberán atravesar ambas barreras, la celular y la inmune. En el caso del VIH este deberá crear mecanismos para adaptarse al CD4 y sortear la barrera inmunológica.

El sistema inmunológico representa la suma de los mecanismos de defensa de nuestro organismo, encargados de protegerle de infecciones y de vigilar frente la aparición de tumores y controlar todo tipo de parásitos. Hablamos de sistema, porque son muchos los subsistemas diferentes de defensa que se han ido generando y se han ido especializando para defender el organismo utilizando mecanismos diferentes. Algunos de estos subsistemas son de inmunidad innata o inespecífica, que están en todo momento alerta y se activan inmediatamente tras la infección, representando la primera línea de defensa en contención de la infección, mientras se pone en marcha la segunda línea de defensa. Esta es la llamada inmunidad adaptativa, más específica y potente pero que necesita de unas semanas para ser generada. Ejemplo de mecanismos de inmunidad innata encontramos en determinadas proteínas como el *sistema de complemento* en la sangre, la *lisozima* en la saliva o las *células asesinas naturales* (NK). Los dos componentes principales de inmunidad adaptativa, la encargada del control definitivo de la mayoría de las infecciones son los *linfocitos T* y *los anticuerpos* producidos por los linfocitos B.

En su ciclo biológico los virus se multiplican en el interior e las células desde donde salen al espacio extracelular para propagarse e infectar nuevas células. El sistema inmunológico debe reconocer

y neutralizar los virus extracelulares, función que realizan los anticuerpos y el complemento de la sangre, y debe reconocer que una determinada célula esté infectada y destruirla inmediatamente. En el caso del VIH, el sistema inmune produce quimiocinas que bloquean la entrada del virus en las células aún no infectadas (Lawrence, 1986:61-71). La respuesta inmune en el paciente seropositivo puede ser fundamentalmente de dos tipos, humoral y celular (Fernández-Cruz, 1998:32-42):

1. Respuesta inmunológica de tipo humoral. Anticuerpos[19] frente al virus.
    a. *Anticuerpos neutralizantes*: el resultado de la producción de anticuerpos es la unión del anticuerpo al virus para inactivarlo y neutralizarlo. Su presencia suele ser escasa y van desapareciendo a medida que la infección progresa siendo sustituidos por anticuerpos facilitadotes o potenciadotes de la infección VIH.
    b. *Anticuerpos potenciadotes:* en ocasiones los anti-VIH pueden potenciar la infección y facilitar la entrada del virus por los receptores Fc y del complemento. Estos receptores los poseen los macrófagos y las células naturales citotóxicas (NK) quienes podrían ser infectadas. Se ha observado que regiones de las proteínas gp120 y gp41 podrían estar implicadas en las respuestas de anticuerpos neutralizantes y potenciadotes. Anticuerpos anti-gp120 que se unen a la cubierta del virus con alta afinidad, incapacitarán el virus y serán neutralizantes; anticuerpos que se unan a la cubierta del virus con baja afinidad facilitarían la infección de la célula.

2. Respuesta inmunológica de tipo celular.
    a. *Células T CD4+ colaboradoras/helper (TH)*. Intervienen dos subtipos: las T CD4+ TH1 y las T CD4+ TH2. Las primeras a través de la secreción de citocinas[20] regulan la actividad de los linfocitos T CD8+ citotóxicos importantes en el control inmunológico de la infección. Las TH2 a través de la producción de otras citocinas, pueden inducir la producción de linfocitos B con producción de anticuerpos.

[19] ANTICUERPO: proteína que se produce como respuesta a la estimulación por un antígeno y que reacciona específicamente con dicho antígeno.
[20] CITOCINA: proteína soluble liberada por algunas células que actúa como mensajero químico entre ellas.

b. *Células T CD8+ citotóxicas (CTL).* Se ha demostrado in vitro la presencia de estas células como destructoras de células infectadas por VIH. Se pueden encontrar en pacientes asintomáticos en número importante, y van disminuyendo en función y número a medida que progresa la infección. El número de T CD8+ en un organismo infectado no se corresponde con la actividad anti-vírica CTL. La pérdida de actividad de estas células podría deberse a la presencia de factores bloqueantes de su actividad o por la existencia de variantes del VIH que escaparían a su respuesta. Además las células CD8+ pueden suprimir la replicación del VIH en los linfocitos CD4+ infectados sin afectar a la integridad de la célula. Esta actividad anti-vírica no citotóxica se debe a un factor soluble sin identificar. Durante el período asintomático las T CD4+ están protegidas por las T CD8+ funcionalmente activas.

c. *Células naturales citotóxicas (NK).* Estas células reconocen el anticuerpo unido a las proteínas de la cubierta del virus en la superficie de la célula infectada a través de su receptor Fc y la destruyen mediante citotoxicidad tipo ADCC. Se han descrito en sangre infectada la presencia de células NK (CD16+) portadoras de anticuerpos anti-gp120. A medida que avanza la enfermedad no varían los niveles de anti-gp120, pero sí se produce una reducción del número de células NK activas funcionalmente.

2.1.1.3. Ciclo de infección del VIH

Una vez dentro del organismo humano, el VIH ataca un subgrupo de células del sistema inmune que poseen una molécula llamada CD4. El virus se une a dos tipos de células con esta molécula: los linfocitos T CD4+ (también llamados T4) y en menor medida a los macrófagos. Ambas tipologías desempeñan funciones decisivas para el funcionamiento normal del sistema inmunológico: los macrófagos destruyen cualquier elemento extraño a la vez que estimulan al sistema inmunitario para que reconozca en próximas ocasiones tales elementos; los linfocitos T CD4+ organizan la respuesta inmunitaria global al emitir sustancias que estimulan a otras células del sistema para su actuación.

Cuando el organismo es infectado, las respuestas innatas funcionan de manera espontánea, mientras que las específicas necesitan del siguiente proceso: en primer lugar el sistema inmunológico debe saber que hay una infección, de lo que se encargan las células presentadoras del *antígeno*[21] que como los macrófagos y las dendríticas,[22] *fagocitan*[23] el virus y lo presentan en la membrana a los linfocitos T CD4+. Estos se activan y producen una serie de factores que a su vez activan a los linfocitos B para producir anticuerpos y a los linfocitos T CD8+ para que identifiquen y destruyan las células infectadas. Una vez que se produce la infección, la diseminación viral es inmediata, detectándose en unas 72 horas un gran número de linfocitos infectados en todos los ganglios linfáticos del organismo en niveles similares a los observados en la fase crónica. Un apequeña proporción de linfocitos infectados, replican activamente el virus y son los responsables de la producción de *viriones* infectados. La replicación se produce cuando el virus penetra en la célula y la envoltura viral se fusiona al receptor celular CD4 de la membrana celular, a través de la proteína viral gp120 y de la gp41. Hoy se conoce un nuevo receptor identificado en el Instituto Pasteur de Paris, el CD26 que se expresa fundamentalmente en la membrana de de los linfocitos T CD4+ activados. (Fernández-Cruz, 1998:14)

El RNA viral entra en la célula asociado a las proteínas del core y la *polimerasa,* éste mediante la enzima *transcriptasa* inversa se copia en DNA y posteriormente se duplica en DNA de doble cadena. Estas copias de DNA migran al núcleo donde se integran en el DNA de un cromosoma de la célula huésped. A la molécula DNA transcrita a partir de RNA vírico e integrada en los cromosomas de la célula se le denomina *provirus*. Este tiene genes que determinan los componentes de la partícula vírica que deben expresarse para que el virus se replique. La integración del *provirus* es fundamental para que las células infectadas produzcan *viriones*. En las células T en reposo, la infección VIH tras la integración de *provirus* queda abortada, permaneciendo el *provirus* en los cromosomas de las células de forma latente, mientras en las células T activadas el virus puede llevar a cabo su integración y replicación en 24 horas.

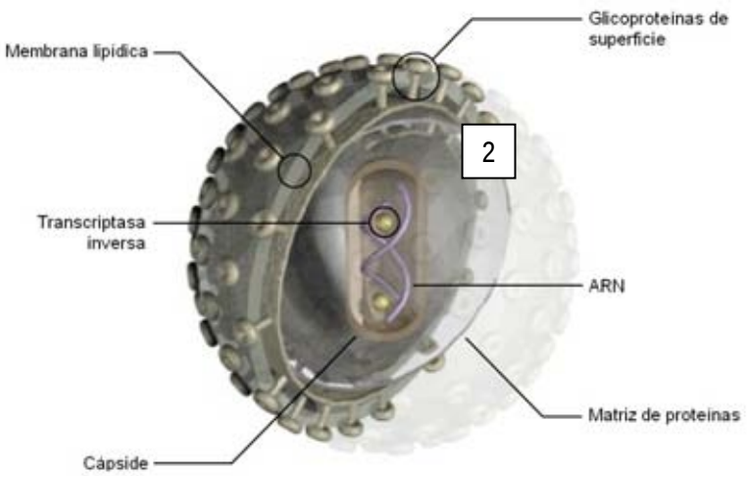
La segunda mitad del ciclo de replicación se produce de manera esporádica tras la activación del *provirus* siguiendo un proceso secuencial. La célula activada sintetiza un RNA mensajero (mRNA) a partir

---

[21] ANTÍGENO: sustancia que puede provocar una respuesta inmune y que reacciona específicamente con los anticuerpos correspondientes o con los receptores de la célula T.
[22] CELULAS DENDRÍTICAS: célula que se encuentra en la piel y en los órganos linfoides, caracterizada por sus grandes tentáculos como ramas, llamadas céntricas. Son presentadoras de antígeno.
[23] FAGOCITAR: acción efectuada por el fagocito que es un macrófago, célula del sistema inmune que engulle y destruye a las sustancias extrañas.

del DNA integrado en función de los genes reguladores, se producen proteínas virales desde este mRNA y su ensamblaje con las proteínas estructurales, forman el *nucleoide* que se desplaza a la membrana celular. Posteriormente, se produce la incorporación del RNA viral a las nuevas partículas *core*, y se expresarán en la superficie celular las proteínas de la envoltura viral. Finalmente, se produce la salida del *virión* infeccioso que abandona la célula por un proceso de gemación, pudiendo infectar otras células. Se calcula que en un sujeto infectado se producen diariamente entre mil y diez mil millones de partículas virales y millones de T CD4 son destruidos, con lo que se constata la agresividad del virus. Además de esta producción dinámica de virus, existe un compartimento mayoritario en el que el virus permanece en estado de latencia absoluta. Ello representa un obstáculo importante para la erradicación final del VIH, al no ser todavía estas células reconocidas como infectadas por el sistema inmunológico. (Fernández-Cruz, 1998: 13-21) (Weber, Weiss, 1988:120-127)

Figura 1: Imagen de una partícula viral, con su envoltura y las proteínas de superficie que le sirven para anclarse a la membrana de la célula humana.



Composición de la célula

Figura 2: Composición de una partícula viral del VIH, donde se muestran las distintas partes y proteínas importantes para el ciclo vital del virus

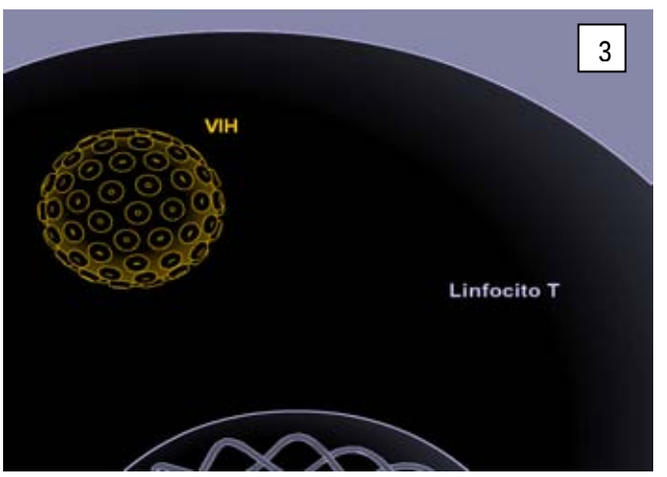


Figura 3: Partícula viral aproximándose a la superficie de un linfocito T, que es la célula diana que resulta invadida por el VIH.

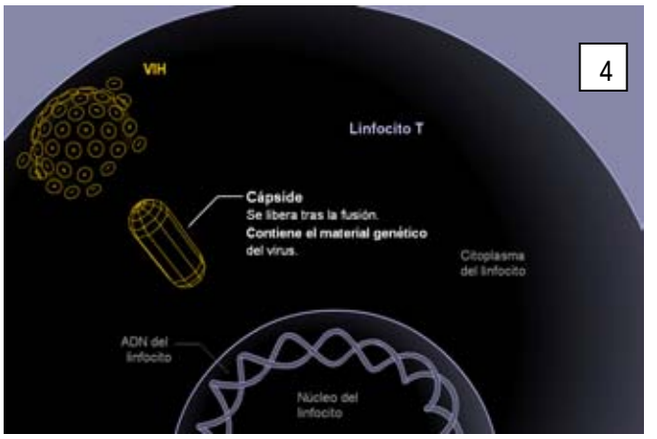


Figura 4: Cuando la envoltura del VIH se fusiona con la membrana externa del linfocito T, libera hacia el interior de la célula la cápside y todas las enzimas con actividad biológica del virus, así como su material genético (ARN).

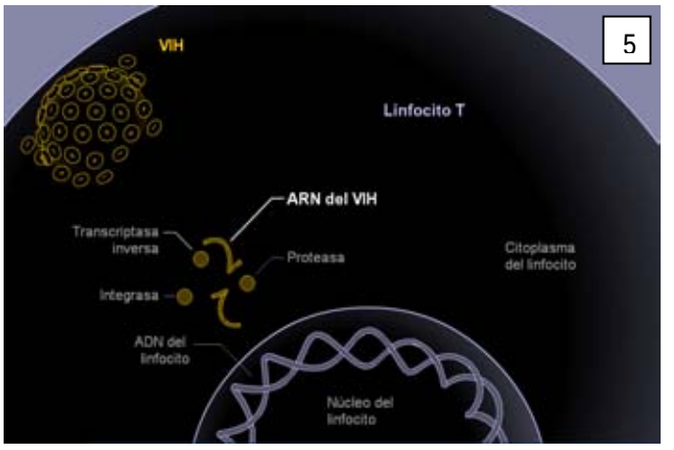


Figura 5: Los componentes más activos del virus son la transciptasa inversa, la proteasa y la integrasa, y su material genético es ARN, que puede integrarse junto al ADN de la célula, y a partir de ahí, replicarse.

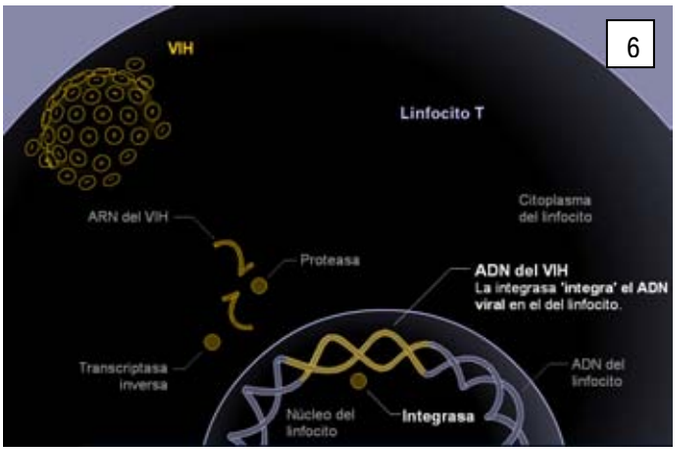
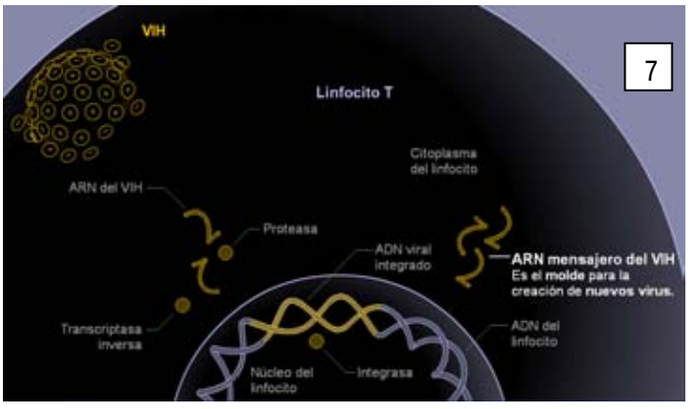


Figura 6: la integrasa "integra" el ADN viral en el del linfocito.



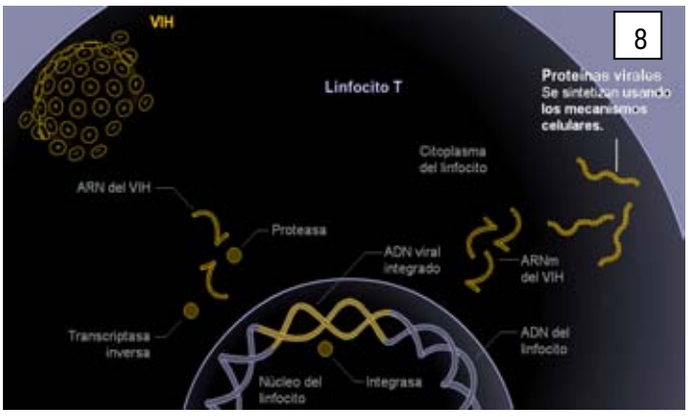


Figura 7-8: El ARN viral se convierte en ADN viral gracias a la transcriptasa inversa, y dicho ADN se integra en el núcleo de la célula gracias a la integrasa. Ese ADN que ya está dentro del núcleo se transcribe para dar lugar a

moléculas de ARN mensajero, las cuales llevan la información genética necesaria para que la célula fabrique las proteínas virales, y así dar lugar a nuevas partículas.

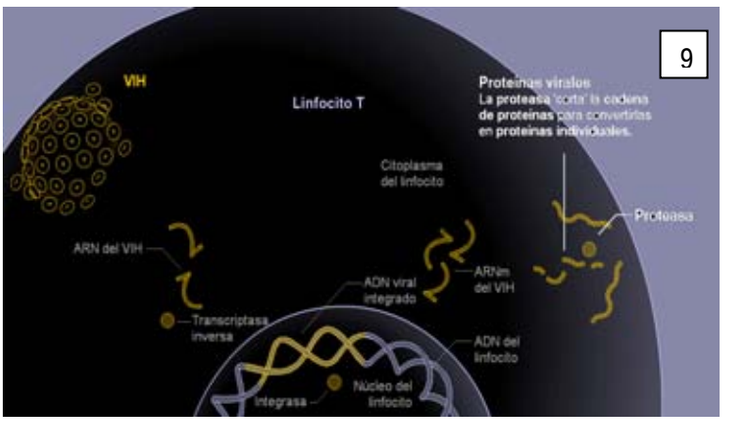


Figura 9: Las proteínas virales recién formadas necesitan ser maduradas gracias a la proteasa viral.

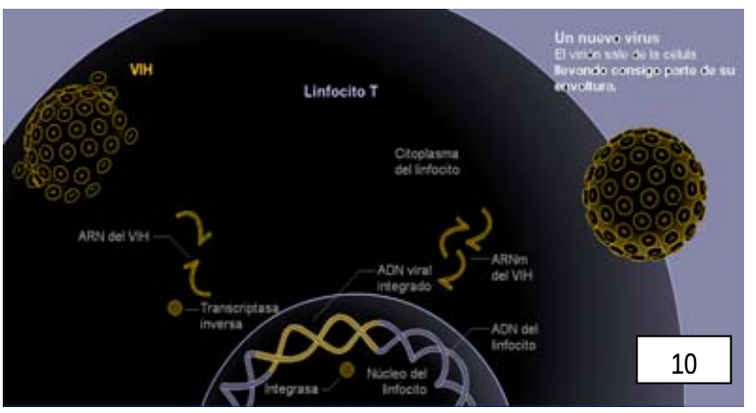
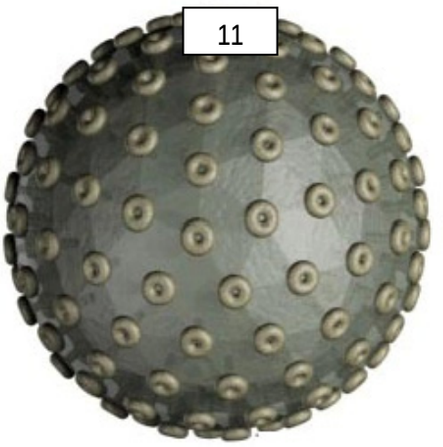


Figura 10: Las nuevas proteínas ya maduras, junto con el nuevo material genético replicado a partir del ADN viral integrado, se ensamblan dentro de las células para dar lugar a una nueva partícula, que podrá invadir otras células



Célula infectada

2.1.1.4. Fases de la evolución natural y clínica de la infección

1ª) Primoinfección: También llamada infección primaria aguda o estadio inicial de la infección. Tras el contagio por VIH se produce un período ventana de 4-12 semanas en el cuál se pone en marcha la respuesta inmune. El virus entra en una fase de replicación alta reflejada por los niveles elevados de suero en el antígeno p24 y por niveles altos de viriones infecciosos libres en plasma (viremia). En sangre periférica disminuyen los linfocitos CD4+ en la lucha entre el virus y el sistema inmunológico. El número de linfocitos CD8+ (células T asesinas) se eleva reflejando la respuesta anti-VIH del organismo lo que produce un descenso global de la viremia antes de que aparezcan los anticuerpos. (Alcamí, 2001:28)

La aplicación de nuevas técnicas moleculares como la Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) ha permitido la identificación en el ganglio linfático de células infectadas. Se ha estimado que el 25% de los linfocitos T CD4+ de los ganglios están infectados y se calcula que de los cien mil millones de células infectadas, mil millones aproximadamente producen el virus en el tejido linfoide. El resto de los T CD4+ infectados constituyen un reservorio de células infectadas en estado latente que pueden evadir la destrucción por el sistema inmunológico (Fernández-Cruz, 1998:69)

Esta fase en algunos pacientes es asintomática y en otros al cabo de unas 2 a 4 semanas de la exposición aparece un síntoma febril transitorio caracterizado por: fiebre, sudoración,

artralgias, mialgias, linfadenopatías, odinofagia, erupción cutánea, diarrea etc., aunque aparece sólo entre un 30 y 70% de los pacientes y se autoelimina en 2-3 semanas. Existen factores virales que favorecen o resisten la adquisición de la infección: los primeros son la dosis de virus, y la virulencia de la cepa viral; los segundos son la alteración genética en ciertos pacientes del correceptor CCR5, y cuyo sistema inmunitario es capaz de eliminar por completo la infección e impedir la posterior diseminación del virus, siendo muy común en niños tras la infección perinatal (Domingo, 2001: 4-5).

Existen unos factores clínico-biológicos que tienen la capacidad de predecir si la progresión de la infección será más o menos rápida. La progresión se acelerará en los pacientes que presenten cifras de viremia superiores a las 100.000 copias/ml durante la primoinfección o si la carga viral se estabiliza en cifras superiores a 10.000 copias/ml en los pacientes con primoinfección sintomática, en los que presentan cifras bajas de linfocitos T CD4 que no se recuperan, y en los que están infectados por cepas resistentes que escapan a la acción de anticuerpos neutralizantes. Los pacientes que presenten detección prolongada de antígeno p24, retraso en la aparición de anticuerpos frente al mismo y retraso de positivización de las pruebas ELISA para la detección de anticuerpos tienen también un riesgo rápido de progresión.

2º) Fase crónica de la infección. También denominada estadio intermedio. En esta fase se mantienen durante años respuestas humorales y celulares intensas frente al VIH, porque la cronicidad de la replicación viral estimula continuamente el sistema inmunológico y porque éste tiene capacidad para controlar durante largos períodos la replicación masiva. No obstante, la destrucción de T CD4+ es constante y a medio plazo originará una incapacidad progresiva del sistema inmunológico para contener la infección. A lo largo de esta fase el tejido linfoide ganglionar se desorganiza y se encuentran más células produciendo VIH, debido a la respuesta inmunológica que comienza a deteriorarse. El virus atrapado se libera y aumenta de forma gradual la carga viral en plasma. (Fernández-Cruz, 1998:70)

Esta fase intermedia de la infección se caracteriza clínicamente por la asintomatía o por la presencia de adenopatías, cifras reducidas de plaquetas y trastornos neurológicos. La respuesta inmunitaria es capaz de limitar la replicación viral y durante ésta, uno de cada diez mil T CD4+ circulantes estaría infectado, existiendo actividad de replicación viral en sólo un 10%. Se calcula

una renovación diaria de partículas circulantes del 30% en la producción y destrucción de *viriones* y un índice de recambio 10 a 100 veces superior al fisiológico en la producción y destrucción de T CD4+ con infección productiva.

La probabilidad de que la infección progrese a estadios más avanzados es del 50% para los adultos a los 7-10 años de haberse infectado. Suele ser en esta fase cuando el paciente es visto por primera vez por un médico, y entre las manifestaciones clínicas podemos encontrar candidiasis oral, leucoplaquia vellosa o síntomas de diarrea, fiebre y pérdida de peso no intencionada, que nos alertará de la posibilidad de una infección avanzada para establecer medidas profilácticas, aunque lo realmente fiable son los marcadores inmunológicos y sexológicos. La progresión del VIH viene influenciada por factores virales ya mencionados en el estadio anterior y por otros factores del paciente: edad, coinfecciones, adicción a drogas por vía parenteral o inyectadas, presencia simultánea de enfermedades de transmisión sexual o de infecciones por parásitos entéricos, malnutrición y la exposición a sangre o semen. Existe un porcentaje del 10% de sujetos infectados por el VIH cuya progresión de la enfermedad a los 20 años de la infección, a estadios más avanzados, no se ha producido. Y de éstos, la mitad conservan una inmunidad preservada con cifras buenas de T CD4+, sin tratamiento antirretroviral y con buena clínica. Son los denominados *no progresores a largo plazo* (Domingo, 2001:6-10)

3º) Estadio avanzado de la infección. Lo configura el completo desmantelamiento del tejido ganglionar que conlleva una masiva liberación en la sangre de viriones infecciosos con niveles de replicación y carga viral altos. Se caracteriza por la disminución de T CD4+ y por el incremento de la viremia. Se observa en esta etapa un deterioro de la respuesta humoral y celular frente al VIH, al disminuir el número de anticuerpos, decrecer la tasa de anticuerpos neutralizantes, la actividad citotóxica y el número de T CD8+. La destrucción masiva del sistema inmune es consecuencia de una replicación viral acelerada que permite una mayor generación de virus mutantes. Este deterioro de la respuesta inmunológica es el responsable de la aparición de infecciones oportunistas, infecciones que constituyen la causa mayor de muerte en los pacientes seropositivos. Suelen aparecer cuando la cifra de linfocitos T CD4+ disminuye por

debajo de 100-200 células/microlitro, cuando lo normal oscila entre las 800-1000 (Alcamí, 2001:29-30)

Clínicamente esta fase final se caracteriza por la presencia de enfermedades oportunistas de diversa localización, ciertos tipos de neoplasias y pérdida marcada de peso, así como alteraciones neurológicas, lo que se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Los factores que determinan la evolución cuando el paciente ha desarrollado alguna característica SIDA son el episodio inicial definitorio, la edad del paciente, la vía de transmisión del VIH y la cifra de T CD4+.

2.2. Diagnóstico

El diagnóstico de infección por VIH se establece mediante la detección de anticuerpos producidos en la respuesta inmune (métodos indirectos) o mediante métodos que nos permitan la detección del virus o de algunos de sus componentes (métodos directos).

2.2.1. Medios de diagnóstico indirectos

La detección de anticuerpos del VIH se lleva a cabo en dos etapas. En la primera de ellas se realiza una prueba de filtrado (*screening*) de alta sensibilidad y si el resultado es positivo se procede a llevar a cabo una prueba de confirmación de alta especificidad. La sensibilidad, hace referencia a la capacidad de detectar el mayor número posible de personas infectadas, por lo que una sensibilidad del 100% denota detección de todas las personas infectadas, sin haber negativos falsos. La especificidad, hace referencia a la capacidad que tiene un método para asegurar que los resultados obtenidos son reales, así, un 100% de especificidad no puede generar falsos positivos. Aunque existen varios tipos, las que habitualmente se utilizan en diagnóstico de VIH son ELISA y WESTERN BLOT. (Fernández-Cruz, 1998:95-105; Pérez Álvarez et. al., 2001:81-83)

a) ELISA

Los primeros métodos que se impusieron para diagnosticar la infección por VIH, fueron las técnicas de inmunoensayo enzimático (ELISA). En 1985, las autoridades estadounidenses

aprobaron un ELISA de primera generación para detección de anticuerpos del VIH en Bancos de Sangre. La reactividad de la muestra se analiza en comparación de su densidad óptica con la de los sueros controles del ELISA, teniendo en cuenta para su utilización adecuada la selección del punto de corte[24]. ELISA es una técnica de gran sensibilidad, por lo que la no reactividad, en probabilidad muy alta, permite afirmar que no existe infección. La especificidad se ha mejorado en los test ELISA de última generación, donde su base antigénica está formada por proteínas recombinantes o péptidos sintéticos o ambos combinados. Sin embargo, pueden existir reactividades falsas por las siguientes causas: muestras de suero con valores de absorvancia demasiado próximos al punto de corte; determinadas patologías como hepatopatías con incremento de bilirrubina, alcohólicas, etc.; enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso diseminado; pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis; hemofilia, linfomas, síndrome de Stevens-Johnson y fibrosis quística. Otras causas pueden residir en el estado de la muestra pues la inactivación del suero por el calor puede provocar una falsa reactividad. Es obligatorio confirmar la positividad del ELISA con otra técnica de similar sensibilidad pero más específica llamada Western Blot (WB).

b) WESTERN BLOT (WB)

Se trata de una prueba de confirmación. Es una técnica que permite la visualización de las reactividades de los anticuerpos del VIH, presentes en el suero con las proteínas individualizadas del VIH[25]. Esta reacción genera un patrón de bandas coloreadas característico de la reactividad de anticuerpos frente a las proteínas estructurales del VIH. Existen unos criterios mínimos de positividad en la interpretación de los resultados de WB, que varían según la

[24] En este método se utilizaba un lisado vírico inactivado, parcialmente purificado y obtenido de un cultivo de células infectadas .La técnica determina la presencia de anticuerpos IgG específicos del VIH en el suero y se basa en la captura sobre una base antígena de estos anticuerpos. La reacción antígeno-anticuerpo se evidencia añadiendo subsiguientemente un anticuerpo indicador-conjugado a una enzima, que en el caso de positividad descompone un sustrato específico que genera una coloración cuya densidad óptica se cuantifica en un espectrofotómetro (Instrumento para medir longitudes de onda de los rayos del espectro, la desviación de los rayos refractados y los ángulos entre las caras de un prisma).

[25] Las proteínas de un lisado del VIH se separan sobre la base de sus diferentes pesos moleculares mediante electroforesis en gel de poliacrilamida-SDS. Posteriormente, las proteínas virales son electrotransferidas a un soporte de papel de nitrocelulosa. Los anticuerpos anti-VIH en la muestra de suero que hayan reaccionado con proteínas virales se detectarán mediante reacción con una anti-inmunoglobulina G humana conjugada con una enzima que descompone un sustrato.

organización de la que se trate (Centro para el control de las enfermedades infeccionsas, Consorcio para la Estandarización de la serología de Retrovirus de EE.UU, Laboratorios Pont y Cruz Roja Americana). Coinciden en lo siguiente: definir como WB negativo aquel que no presenta banda específica alguna; exigir la existencia de reactividad frente al menos una glicoproteína de la cubierta; definir como WB indeterminado, aquel que presentando alguna reactividad no satisface los requerimientos mínimos de positividad.

c) Inmunoensayos en línea (LIA)

Se trata de otra prueba de confirmación para intentar reducir el número de indeterminaciones. Permiten ajustar más la cantidad de antígeno, combinar antígenos de VIH-1 y VIH-2, su lectura es más definida y es más fácil leer e interpretar sus resultados (Pérez Álvarez et. al., 200:82)

d) Inmunofluorescencia (IFI)

Es una prueba de confirmación a la que se puede recurrir cuando el WB es indeterminado. Su base es similar a ELISA. La positividad de la reacción implica fluorescencia en la perimenbrana de las células infectadas y su ausencia en las no infectadas. La fluorescencia en las células no infectadas invalida la prueba. La especificidad de IFI es similar a WB, aunque se han recogido reacciones inespecíficas con los sueros de niños recién nacidos de madres infectadas con VIH. Otro inconveniente es la subjetividad de la lectura que es de menor sensibilidad que el WB para muestras con bajo nivel de anticuerpos. Así pues, muestras positivas por ELISA y negativas por IFI han de ser confirmadas por WB.

e) Radio inmuno-precipitación (RIPA)

Es una de las técnicas más sensible para detectar reactividad frente a las glicoproteínas de la cubierta gp160 y gp120, presentando menos resultados falsos. Es de utilidad complementaria al WB en resultados indeterminados. Es una técnica de gran complejidad que requiere uso de material radioactivo, limitándose su utilización a laboratorios de investigación.
No obstante, los más utilizados son ELISA y Western Blot.

2.2.2. Métodos de diagnóstico directos

Además de técnicas utilizadas como la de detección del antígeno p24, del aislamiento primario en linfocitos de sangre periférica en cultivo, el aislamiento a partir de otros cultivos corporales y la detección de VIH por microscopía electrónica, la técnica que actualmente más se utiliza tanto en diagnóstico clínico como en monitorización de laboratorio de la infección por VIH, es la de detección del ADN provírico en sangre periférica con la tecnología de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) (Fernández-Cruz, 1998:106-108;Pérez Álvarez et. al., 2001:83)

a) Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR)

Esta técnica permite *in vitro* la amplificación exponencial, más de 100.000 veces, de una región de ADN seleccionada y así detectar secuencias de DNA proviral o RNA viral. [26]. La alta sensibilidad de este método permite detectar una secuencia del VIH-1 en 100.000 células del huésped. La alta sensibilidad requiere el paso de muchos controles de calidad en el laboratorio. Esta técnica se utiliza para: diagnóstico precoz de infecciones en niños; diagnóstico en individuo seronegativos de alto riesgo; para la confirmación de Test ELISA positivos, con patrón indeterminado de WB; para la cuantificación de la carga viral; para

[26] La PCR básica consta de un primer paso de calentamiento hasta 94-95ºC durante 5-10 minutos, en el cuál se activa la ADN polimerasa, en caso de necesitarlo. Posteriormente tiene tres pasos que se repiten muchas veces dependiendo de lo que se vaya a realizar: 1. Desnaturalización: En primer lugar, se desnaturaliza el ADN (se separan las dos hebras de las cuales está constituido). Este paso puede realizarse de diferentes modos, siendo el calentamiento (94-95ºC) de la muestra la forma más habitual. La temperatura a la cual se decide realizar la denaturación depende, por ejemplo, de la proporción de G+C que tenga la hebra, como también del largo de la misma. Otros métodos, raramente empleados, serían la adición de sales o agentes químicos capaces de realizar la desnaturalización; 2. Unión del cebador: A continuación se producirá la hibridación del cebador, es decir, el cebador se unirá a su secuencia complementaria en el ADN molde. Para esto es necesario que la temperatura descienda (generalmente, a 55 ºC, aunque se puede variar según sea el caso entre 45ºC y 65ºC). Estos cebadores actuarán como límites de la región de la molécula que va a ser amplificada; 3. Extensión de la cadena: Por último actúa la ADN polimerasa, tomando el ADN molde para sintetizar la cadena complementaria y partiendo del cebador como soporte inicial necesario para la síntesis de nuevo ADN. Se aumenta la temperatura hasta 72ºC (para la Taq Polimerasa), temperatura a la cual la ADN polimerasa presenta su máximo de actividad, aumentando geométricamente la cantidad de fragmentos de ADN en la muestra. Una vez completados todos los ciclos, se finaliza con dos pasos, uno de extensión de la cadena a la temperatura óptima de la ADN polimerasa, normalmente 72ºC, para finalizar enfriando la muestra a 4ºC para su conservación. Este ciclo (desnaturalización-hibridación-extensión) se repetirá un número de veces dependiente de la cantidad de fragmentos amplificados que se desee. Generalmente son 30 ciclos, ya que un número mucho mayor de ciclos no implica un mayor rendimiento.

amplificación de zonas definidas del DNA para análisis de secuenciación. Kary Mullis recibió el Premio Nobel de Química en 1993 por su descubrimiento.[27]

2.2.3. Diagnóstico de caso SIDA

Desde la primera definición de caso SIDA en 1982 por los CDC, a medida que se fue ganando en conocimiento se fueron añadiendo nuevas enfermedades y situaciones. De esta manera en 1985 se describe por primera vez la detección de anticuerpos frente a VIH y su presencia en sangre se considera imprescindible para la definición de un nuevo caso de SIDA. Finalmente, el avance del conocimiento clínico y epidemiológico permite en 1986 el establecimiento de una primera clasificación de la infección por VIH con un alto valor pronóstico. Dicha clasificación sería posteriormente revisada en 1993 para introducir la importancia del nivel de linfocitos CD4. A continuación se muestra la evolución de las pautas de diagnóstico del llamado "caso SIDA" según la Organización Mundial de la Salud, con sus variantes geográficas. Cabe destacar que dependiendo de las características de los países, se usan definiciones de caso diferentes según aspectos demográficas (niños, adultos, aparición relativa de infecciones oportunistas) e infraestructura de laboratorio y capacitación disponible. Las definiciones de caso que más se usan actualmente (OPS. OMS, 2001) abarcan países caracterizados por tener:

a) Medios de laboratorio más complejos:

1. CDC 1987
2. CDC 1993

b) Medios de laboratorio limitados.

1. Abidján/OMS
2. Bangui/OMS (clínico)
3. Caracas/OPS y revisada Caracas/OPS

[27] Cabe destacar que el Dr. Kary Mullis, descubridor de la PCR y Premio Nobel por ello, lleva desde principio de los 90 explicando que su tecnología no puede cuantificar, por lo que no cuantifica la carga viral del VIH, tirando por tierra los protocolos actuales que consideran la PCR como la técnica más avanzada y exacta para la medicada de esta carga viral. Kary Mullis a su vez considera que no existe evidencia científica de que el VIH haya sido aislado y por lo tanto de que sea la causa del SIDA. Forma parte del grupo cinético del replanteamiento del SIDA, que se expondrá en el capítulo siguiente y que abanderan una hipótesis no vírica del SIDA.

a) Medios de laboratorio más complejos.

Según el CDC estas eran las 12 enfermedades que originalmente caracterizaban el SIDA, establecidas en 1983 (ninguna de las que se exponen a continuación requerían positividad a prueba de laboratorio de VIH para considerarse SIDA):

1. Neumonía por Pneumocystis carinii (1983).
2. Sarcoma de Kaposi (1983).
3. Toxoplasmosis, provocando neumonía, del SNC o del cerebro (1983).
4. Estrongiloidosis, neumonía o del sistema nervioso central (1983).
5. Aspergilosis (1983).
6. Criptococosis, pulmonar, del SNC, y diseminada (1983).
7. Candidiasis, esofágica (1983).
8. Criptoesporidiosis, intestinal crónica (1983).
9. Citomegalovirus, pulmonar, del IG, y del SNC (1983).
11. Herpes simple, infección mucocutánea crónica, pulmonar, del IG, diseminado (1983).
11. Leucoencefalopatía multifocal progresiva, causada presumiblemente por virus Papova (1983).
12. Linfoma, primario, del cerebro (1983).

Posteriormente se establecen 7 enfermedades adicionales características de SIDA en 1985 (cada una de las expuestas a continuación requiere positividad a prueba de laboratorio de VIH para considerarse SIDA):

13. Micobacteria avium o M. kansasii diseminada o extrapolmunar (1985).
14. Histoplasmosis (1985).
15. Isosporidiasis, intestinal crónica (1985).
16. Linfoma, de Burkitt (1985).
17. Linfoma, inmunoblástico (1985).
18. Candidiasis de los bronquios, tráquea, pulmones (1985).

Las 8 enfermedades adicionales características de SIDA establecidas en 1987, establecen la primera clasificación oficial de "caso SIDA" por los CDC (cada una de las expuestas a continuación requiere positividad a prueba de laboratorio de VIH para considerarse SIDA):

19. Encefalopatía, demencia, relacionadas con el VIH (1987).
20. Tuberculosis por micobacteria emplazada en cualquier lugar (extrapulmonar) (1987).
21. Síndrome de consunción, relacionado con el VIH (1987).
22. Cocidiomicosis, diseminada o extrapulmonar (1987).
23. Criptococosis, extrapulmonar (1987).
24. Citomegalovirus, que no sea hígado, bazo o nódulos (1987).
25. Retinitis por citomegalovirus (1987).
26. Septicemia por salmonella, recurrente (1987).

Las 4 enfermedades adicionales y una no-enfermedad establecidas en 1993, ofrecen la clasificación oficial de las enfermedades definitorias de SIDA, vigente en la actualidad.[28] (Cada una de las expuestas a continuación requiere positividad a prueba de laboratorio de VIH para considerarse SIDA):

27. Neumonía bacteriana recurrente (1993).
28. Cáncer cervical (cuello del útero) invasivo (1993).
29. Tuberculosis micobacteriana en cualquier lugar (pulmonar) (1993).
30. Neumonía, recurrente (1993).
31. Si el recuento de células T CD4 resulta en menos de 200 células por microlitro o menos de 14% del nivel esperado (1993).

b) Medios de laboratorio limitados

1. Caso SIDA de Abidján, OMS (modificada)

Para la vigilancia epidemiológica, se considera que un adulto (mayor de 12 años de edad) tiene SIDA si la prueba de laboratorio del VIH es positiva y una o varias de las enfermedades siguientes están presentes.

[28] Año 2007.

- Pérdida de peso corporal (de más del 10%), caquexia o ambas, con diarrea, intermitente o constante, durante al menos un mes, que no se deba a una enfermedad que no esté relacionada con la infección por el VIH
- Tuberculosis con las características de pérdida de peso corporal antedichas, o tuberculosis diseminada (que afecta por lo menos a dos órganos diferentes), miliar o extrapulmonar (que puede diagnosticarse presuntivamente)
- Sarcoma de Kaposi
- Deficiencia neurológica suficiente para impedir las actividades diarias independientes que no se deba a una enfermedad que no esté relacionada con la infección por el VIH (por ejemplo, un traumatismo)
- Candidiasis esofágica (que puede diagnosticarse presuntivamente en presencia de disfagia y candidiasis oral)

2. Bangui/OMS/Caso clínico

Se considera diagnóstico SIDA, sin Pruebas de laboratorio del VIH si se manifiestan al menos dos síntomas/signos principales y al menos un síntoma/signo menor en adultos o dos signos menores para los niños. O en su caso un signo patognomónico. (Roberts, 2008:148)

DEFINICIÓN DE CASO CLÍNICO BANGUI

Signos mayores.		
Adultos.		Niños.
X	Pérdida de peso en un 10%.	X
	Crecimiento anormal.	X
X	Diarrea, 1 mes.	X
X	Fiebre, 1 mes.	X

Signos menores.		
Adultos.		Niños.
X	Tos persistente, 1 mes.	
X	Dermatitis pruriginosa generalizada.	X
X	Herpes zóster recurrente.	
X	Candidiasis orofaríngea.	X
X	Herpes simplex crónico.	
X	Ganglios, linfoadenopatías generalizadas.	X
	Infecciones repetidas, otitis, faringitis.	X
	Infección materna LAV/HTLV-III.	X

Signos patognomónicos. (Suficientes para diagnosticar el SIDA).
Sarcoma de Kaposi generalizado.
Meningitis criptocócica.

Fuente: *WHO (OMS) Weekly Epidemiological Record; 10, 7 de marzo de 1986, p. 71.*

3. Caso SIDA Caracas/OPS (revisada)

Se entiende que un paciente tiene SIDA cuando los puntos acumulados asignados a las enfermedades manifiestas son iguales o superiores a la puntuación necesaria y el examen serológico de detección del VIH da positivo. Los "casos presuntos" son aquellos con la puntuación necesaria pero cuyas pruebas serológicas están pendientes. Se excluye a las personas con cáncer, a las que reciben tratamientos inmunosupresores y aquellas en quienes las enfermedades mencionadas se atribuyen a causas que no sean la infección por VIH.

DEFINICIÓN DE CASO SIDA/CARACAS

Síntomas/signos/diagnóstico	Puntos asignados
- Sarcoma de Kaposi	10
- Tuberculosis pulmonar determinada/extrapulminonar/no cavitaria	10
- Candidiasis oral/leucoplasia pilosa	5
- Tuberculosis pulmonar con cavitación o no especificada	5
- Herpes zóster en una persona de 60 años o menos	5
- Disfunción del sistema nervioso central	5
- Diarrea un mes o más	2
- Fiebre (38oC o más) por más de un mes	2
- Caquexia o pérdida de 10% del peso	2
- Astenia de un mes o más	2
- Dermatitis persistente	2
- Anemia, linfopenia y/o trombocitopenia	2
- Tos persistente o cualquier neumonía (excepto tuberculosis)	2
- Linfadenopatia de 1 cm o más en 2 sitios no inguinales o en más de dos durante un mes o más	2
Puntuación necesaria	10 o más

Fuente: OPS. OMS. *Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 2, junio 2001*.

2.3. Tratamiento

2.3.1. Prevención

Todos los profesionales médicos y autoridades competentes a escala internacional coinciden en la máxima de que el mejor tratamiento contra el SIDA es la prevención. Para llevarla a cabo es fundamental conocer cuáles son los mecanismos y vías de transmisión y así poder evitarlos. Sólo cuatro fluidos, la sangre, el semen, las secreciones vaginales y, en menor medida, la leche materna de las personas infectadas pueden llegar a tener una concentración suficiente de virus como para transmitirlo. Para que se produzca la infección es necesario que el VIH entre en el organismo en una cantidad suficiente, y ello únicamente se produce cuando estos fluidos entran en contacto con la sangre o mucosas (revestimiento del interior de la boca, vagina, pene y recto) de una persona. Las tradicionales vías de transmisión han sido: a través de sangre y hemoderivados infectados por el virus; a través de semen y fluidos vaginales infectados por el virus; a través de la leche materna.

Al principio de la pandemia, se consideró que existían unos grupos de riesgo específicos donde el virus se localizaba de manera asidua: homosexuales, prostitutas, usuarios de drogas inyectadas. Posteriormente se les unió el colectivo de heterosexuales promiscuos. Con el paso de los años se observó que si bien es cierto que las vías de contagio que servían para establecer las estadísticas epidemiológicas de la infección eran: transmisión homo/bisexual, transmisión por vía parenteral (drogas inyectadas), transmisión por sangre y hemoderivados, transmisión por vía heterosexual y transmisión vertical de madre a hijo o perinatal, estas no estaban relacionadas con grupos de riesgo específicos, ya que cualquier persona desvinculada a ellos podría contraer el virus, por lo que se cambió la denominación de los “grupos de riesgo” por “prácticas de riesgo”. Ello, además de presentar mayor rigor científico en el criterio, evitaba el estigma generado desde un principio por la sociedad hacia esas personas pertenecientes a los denominados “grupos de riesgo”. Es por ello que hoy en día por ejemplo ya se empiece a hablar de prácticas sexuales de hombres con otros hombres, en vez de prácticas homosexuales. El estigma genera rechazo y éste marginación, siendo muy difícil, desde una situación de marginación, hacerse eco de las medidas preventivas y de tratamiento.

Dicho lo anterior existen determinadas prácticas de riesgo para contraer el VIH y por ello evitables tal y como indica el Ministerio de Sanidad español en sus campañas de prevención.[29]

- Relaciones sexuales con penetración (anal, vaginal u oral) sin protección o preservativo. Cuando una persona presenta otras infecciones de transmisión sexual (como gonorrea, sífilis, herpes, etc.) el riesgo de infección por VIH aumenta. Cuantas más parejas sexuales se tengan, mayor es el riesgo de contagio por VIH u otras infecciones de transmisión sexual.
- Uso compartido de jeringas, agujas, otro material de inyección o cualquier instrumento cortante que haya estado en contacto con sangre infectada. Igualmente, el VIH se puede transmitir al compartir los instrumentos que se usan para realizar tatuajes, la acupuntura, piercing, perforación de orejas, etc. Si ellos se encuentran infectados.
- Una madre infectada por el VIH puede transmitir el virus a su futuro hijo/a, durante el embarazo, parto o lactancia.
- La transfusión de sangre infectada fue en un principio una práctica de riesgo que estigmatizó en el mundo desarrollado a las personas con hemofilia. Tras la purificación del Factor VIII, protagonista de las transfusiones de sangre contaminadas, éstas dejan de ser una práctica de riesgo en esta parte del mundo. No se puede decir lo mismo de la mayor parte del mundo donde sigue siendo una práctica de riesgo vigente.
- La exposición ocupacional al VIH. Se considera caso de infección por VIH de posible asociación a exposición ocupacional: "…aquel que no puede ser documentado como definido, en el que existe una historia de exposición ocupacional percutánea o mucocutánea a sangre o fluidos de un caso fuente (atendido) infectado con VIH o en un área geográfica de alta prevalencia, y se excluyen otros factores de riesgo". (De Andrés, 2001:178)

Así pues, las medidas de prevención indicadas por la OMS serán las siguientes:

- Las prácticas sexuales seguras evitan la transmisión del VIH. Si se tienen relaciones sexuales con penetración, el uso correcto de preservativos es el método de prevención más seguro de la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

[29] Campañas Plan Nacional de SIDA. Ministerio Sanidad y Consumo Gobierno de España.

- Debe evitarse el consumo de drogas por vía intravenosa. Las personas que se inyectan las drogas deben usar siempre material de inyección estéril, o en caso contrario desinfectarlo previamente con lejía doméstica. Nunca se ha de compartir el equipo de inyección.
- Las mujeres infectadas por el VIH deben evitar quedarse embarazadas. En caso de embarazo, pueden optar si lo desean por la interrupción voluntaria del mismo, acogiéndose a los supuestos legales reconocidos en cada país. En caso contrario, tienen la posibilidad de recibir tratamiento con antiretrovirales durante el embarazo, lo cual reduce en un 60% el riesgo de transmisión de la infección al feto.
- Las madres infectadas deben evitar dar el pecho a su hijo/a, recurriendo a la lactancia artificial.
- Existen recomendaciones para los profesionales de la salud al respecto tal como se indican en Anexo I.

2.3.2. Fármacos antivirales.

2.3.2.1. Zidovudina (AZT)

Desde un punto de vista virológico los avances y descubrimientos se sucedieron de manera vertiginosa. Aunque inicialmente se consideró que el SIDA podría tratarse de una enfermedad producida por la ingesta de diversas sustancias, rápidamente quedó claramente demostrado que se trataba de una enfermedad infecciosa. La carrera de los laboratorios por encontrar el antídoto contra tan complejo virus no hacía más que comenzar. Luis Valenciano, delegado de la Wellcome en España en 1984 cuenta cómo la compañía sufría por aquel entonces tales presiones políticas que ordenó probar todos los medicamentos antivíricos que tenía en desarrollo. Los científicos ensayaron con cerca de mil moléculas que ni siquiera habían sido probadas en animales y ante su fracaso, la compañía probó con sustancias antitumorales, diseñadas para el tratamiento del cáncer. Se encontró un producto antitumoral que nunca se había anteriormente comercializado por carecer de ventajas terapéuticas sobre los existentes, el “609”, tal y como se conocía el producto, bautizado después como “Azidotimidina” o AZT. La viróloga Marty Saint Clair descubrió en un fin de semana de intenso trabajo cómo las células depositadas en dos placas

en las que se había colocado el virus y el fármaco quedaban intactas, sin que el virus las hubiera atacado. Tras repetirse el experimento se comprobó que efectivamente ese fármaco era eficaz en el laboratorio y el siguiente paso era llevarlo a experimento con personas. Se programó en Estados Unidos un ensayo clínico con 280 pacientes en fase muy avanzada de la enfermedad. La mitad recibieron terapia con AZT y la otra mitad tomaron placebo. Las pruebas iban a prolongarse durante un año con un primer corte a los seis meses para comprobar la evolución de los pacientes. Tras este primer corte, el ensayo se interrumpió al observarse que de los 140 pacientes tratados con AZT sólo uno había fallecido, mientras en el grupo de pacientes tratados con placebo las muertes ascendían a nueve. Se consideraron razones éticas y humanitarias las albergadas para la interrupción del ensayo, rompiéndose todos los protocolos legales de ensayo clínico y así poder empezar a comercializar cuanto antes el fármaco. Fue el 19 de marzo de 1987 cuando la Agencia del Medicamento de Estados Unidos (FDA) autorizó el tratamiento con AZT o zidovudina, como se conoce al genérico. (Apezteguia, 2006:41-43)

Se consiguió que España fuera incluída en unos de los primeros ensayos europeos del fármaco. El ensayo se realizó de manera conjunta en tres centros de Austria, dos de Noruega, y tres españoles en Madrid, Barcelona y Bilbao, aportando cada uno de ellos tres pacientes. El ensayo culminó con éxito. El AZT se administró al principio a los pacientes más graves, generalizandose posteriormente a todos los afectados. El fármaco, sin embargo, presentaba importantes efectos secundarios en los pacientes, tales como anemia y trastornos gastrointestinales. Se pensaba que en principio alargaba sus vidas, pero pronto se observó que el efecto del mismo sobre las defensas de los pacientes desaparecía entre los seis y ocho meses porque el virus se había hecho resistente a la medicación. El 3 de abril de 1993 se dieron a conocer los reultados de un estudio preliminar franco-británico llamado “Concorde”, ensayo clínico multicéntrico con 6.000 pacientes de quince países europeos, diseñado en 1988 para determinar si las personas infectadas asintomáticas se beneficiarían con la toma de AZT, o era mejor esperar a la aparición de síntomas clínicos antes de empezar el tratamiento. El estudio explicaba cómo hasta antes de la utilización de AZT, la mitad de los enfermos fallecía antes de cumplir los trece meses desde el diagnóstico previo de la enfermedad, la supervivencia en los dos años siguientes se había prolongado en apenas cinco meses. El Concorde concluía que “*no se había demostrado ningún beneficio significativo en el uso inmediato de zidovudina en comparación con el tratamiento diferido”* (Apezteguia, 2006:48). Se acaban de constatar las llamadas “resistencias” de los tratamientos retrovirales. El ensayo se interrumpió por razones desconocidas.

El AZT es un inhibidor de la transcriptasa inversa nucleósido, cuyo objetivo es bloquear una enzima llamada transcriptasa inversa, que es la que el virus necesita para desarrollarse en el interior de la célula, interviniendo en la primera etapa del ciclo viral. Junto con el AZT en octubre de 1991 se aprueba el ddI, en junio de 1992 el ddC, en junio de 1994 d4T y en noviembre de 1995 el 3TC. El tratamiento consistía en combinar AZT+ddI y o AZT+ddC.

2.3.2.2. Inhibidores de la Proteasa

España siguió siendo protagonista en la realización de ensayos clínicos para nuevos medicamentos del SIDA. En 1994 la compañía farmacéutica Abbott eligió España para llevar a cabo un ensayo en fase dos. Se buscaba un laboratorio preparado y con experiencia en cultivo viral de células para poder aislar el virus y ver la cantidad del mismo en las células, así como evaluar el efecto de los fármacos sobre el VIH. Cada cultivo requería cuatro semanas y mucho trabajo. El centro elegido fue el laboratorio de José Alcamí, en el Hospital Doce de Octubre de Madrid. El experimento consistía en ver la eficacia de un fármaco en pacientes a los que se les suministraban dosis cada vez mayores, el preparado codificado era el *A80987.3* y al ensayo se le denominó *"M93-030"*. El nuevo fármaco consiguió neutralizar el virus in vitro en quince días, de esta manera España se había convertido en el primer país en probar en fase II los inhibidores de la Proteasa. Estos actuaban en una segunda etapa del ciclo del virus y su objetivo era bloquear una enzima llamada proteasa, imprescindible en el proceso de reproducción del virus. Aunque ese producto resultó ser demasiado tóxico, al final del estudio se consiguió un fármaco más eficiente y se comercializó como Ritonavir. Se había conseguido que a las 48 horas de tratamiento con este fármaco en monoterapia, la cantidad de virus en sangre cayera hasta niveles indetectables, resultados que años después se confirmarían con la PCR, técnica cuantificadora de la carga viral (Apezteguia, 2006:56-58)

2.3.2.3. Terapia antirretroviral de Gran Actividad

Se hacen públicos diversos informes en los que se confirma como mejor opción la combinación de drogas antirretrovirales frente a la monoterapia, el estudio europeo-australiano Delta (septiembre 1995), el ACTG 175, estudios como el NUCA 3001 y NUCAB 3001 y se publica el estudio Incas ya en

1996. Es en este año cuando el equipo de investigación del neoyorquino David Ho[30] (Ho, 1995), del Centro Aaron Diamond de la Universidad Rockefeller, consiguió excelentes resultados con pacientes a los que se les había administrado tratamiento combinado de un Inhibidor de la Proteasa combinado con dos análogos de la Transcriptasa inversa Nucleósidos: el virus desaparecía hasta niveles indetectables y los pacientes empezaban a recuperar sus defensas. Era el comienzo de la triple Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en inglés Highly Active Antiretroviral Treatment (HAART). Fue un año en el que coinciden cuatro avances importantes: el primer Inhibidor de la Proteasa, Ritonavir, funciona. Su combinación con análogos de la transcriptasa inversa, genera resultados espectaculares. Se instaura la prueba de la carga viral (Con la tecnología PCR, Reacción en Cadena de la Polimerasa), dejando atrás la necesidad de practicar cultivos virales de células de pacientes y se incorpora como medida de eficacia de los antirretrovirales. Y por último se identifican los receptores de las quimiocinas como los co-receptores de la infección por VIH.[31] (Apezteguia, 2006:58-61).

2.3.2.4. Inhibidores de la Fusión

Tercera familia de medicamentos antirretrovirales compuesta por el único medicamento T-20, incorporado en 2004. El genérico es la "enfuvirtida" y pretende hacer diana en el momento en que el virus penetra en la célula para infectarla, por ello se les conoce como Inhibidores de entrada. Se considera una terapia antirretroviral de rescate para todos aquellos con los que ya han fracasado los anteriores tratamientos. Tienen un elevado precio y una compleja administración. Es el primer antirretroviral inyectable, obligando su uso dos veces al día, dejando irritación y dolor en el lugar del pinchazo (Apezteguia, 2006:96)

---

[30]Director del Aaron Diamond AIDS Research Center de Nueva York (EEUU) Una década después, sus descubrimientos sobre la naturaleza dinámica del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), permitieron desarrollar la terapia combinada y controlar la infección. "..La información sobre la dinámica del virus nos enseñó que tenemos que tratarlo con varios fármacos porque si no las resistencias se desarrollarán automáticamente. Si sólo usas un fármaco en un momento dado dejará de funcionar. Tienes que utilizar varios juntos para que funcionen. Hacia la mitad de 1996 los resultados mostraron que la terapia combinada es más potente y duradera".

[31] Se expone un resumen de la ponencia del Dr. Enrique Ortega González (Hospital General Universitario-unidad de Enfermedades Infecciosas de Valencia), titulada: "La introduccion del tratamiento antirretroviral de gran actividad: 1996-97" dentro del FORO 25 AÑOS DE SIDA: Antirretrovirales: los medicamentos que cambiaron el mundo (1985-2005) Madrid, 6 de Junio 2005.

2.3.2.5. Inhibidores de la Integrasa

La integración viral ocurre cuando el recién elaborado material genético del virus (llamado ADN viral) entra en el núcleo de la célula y se inserta dentro del material genético de la misma (ADN). Una vez que se completa esta integración, la célula comienza a operar bajo las instrucciones genéticas del virus en vez de atenerse a las de la célula misma, lo que hace que la célula se convierta en una especie de fábrica del VIH. Los inhibidores de la integrasa buscan bloquear la enzima integrasa para evitar que se lleve a cabo el proceso de integración. Todavía están investigándose estos nuevos fármacos aún no aprobados. La Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos ha aceptado la solicitud de fármaco nuevo para raltegravir (MK-0518) presentado por Merck and Co. y le ha concedido prioridad en la revisión, designación que se aplica a productos en investigación que abordan necesidades médicas no cubiertas. Al amparo de dicha designación, se esperaba que la FDA emitiera un dictamen en los seis meses siguientes a la presentación, aproximadamente hacia el mes de octubre de 2007.

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES AL VIH/SIDA: FECHAS DE APROBACIÓN

	FDA – USA	SSA – MEX	NOMBRE	ABRV	ITRN	ITRNN	IP	IF	II	FABRICANTE	PRESENTACION	
1	Mar-87	Ene-90	Retrovir-Zidovudina-AZT	AZT						Glaxo Smith Kline	Tabs.	300 mg
2	Oct-91	Nov-96	Videx-Didanosina-ddI	ddI						Bristol Myers Squibb	Tabs.	100 mg
3	Jun-92	Ago-95	Hivid-Zalcitabina-ddC	ddC						Roche Syntex	Tabs.	0.75 mg
4	Jun-94	Jul-98	Zerit-Stavudina-d4T	d4T						Bristol Myers Squibb	Caps.	40 mg
5	Nov-95	Nov-96	Epivir-Lamivudina-3TC	3TC						Glaxo Smith Kline	Tabs.	150 mg
6	Dic-95	Nov-96	Invirase®-	SQV						Roche Laboratorios	N/D	N/D

			Saquinavir									
7	Mar-96	May-97	Norvir-Ritonavir	RTV						Abbott Laboratorios	Caps.	100 mg
8	Mar-96	May-97	Crixivan-Indinavir	IDV						Merck Sharp & Dohme	Caps.	400 mg
9	Sep-97	Mar-98	Combivir *(AZT-Zidovudina + 3TC-Lamivudina)*	CBV						Glaxo Smith Kline	Tabs.	300 mg + 150 mg
10	Jun-96	Ago-97	Viramune-Nevirapina	NVP						Boheringer Ingelheim	Tabs.	200 mg
11	Mar-97	Feb-99	Viracept-Nelfinavir	NFV						Roche Syntex	Tabs.	250 mg
12	Nov-97	Ago-98	Fortovase-Saquinavir 2	SQV2						Roche Syntex	Caps.	200 mg
13	Jul-98	Sep-98	Stocrin-Efavirenz *(Sustiva en EUA)*	EFV						Merck Sharp & Dohme	Past.	600 mg
14	Dic-98	Mar-99	Ziagen-Abacavir	ABC						Glaxo Smith Kline	Tabs.	300 mg
15	Abr-99	Ago-99	Agenerase-Amprenavir	APV						Glaxo Smith Kline	Caps.	150 mg
16	Sep-00	Feb-01	Kaletra *(Lopinavir + Ritonavir)*	LPV/r						Abbott Laboratories	Caps.	133 mg + 33 mg
17	Oct-00	Mar-01	Videx EC-	ddI-						Bristol Myers	Caps.	250

			Didanosina	EC						Squibb		mg
18	Nov-00	Abr-00	Trizivir *(AZT + Lamivudina + Abacavir)*	TZV						Glaxo Smith Kline	Tabs.	300 mg + 150 mg + 300 mg
19	Oct-01	May-05	Viread-Tenofovir-TDF	TDF						Stendhal	Tabs.	300 mg
20	Mar-03	Ago-04	Fuzeon-Enfuvirtide-T20	T-20						Roche Syntex	Sol. Iny.	90 mg
21	Jun-03	Ago-03	Reyataz-Atazanavir	ATV						Bristol Myers Squibb	Caps.	200 mg
22	Jul-03	May-05	Emtriva-Emtricitabina-FTC	FTC						Stendhal	Caps.	200 mg
23	Oct-03	Jul-05	Telzer-Fosamprenavir *(Lexiva en EUA)*	FPV						Glaxo Smith Kline	Tabs.	700 mg
24	Ago-04	Jul-06	Truvada *(Tenofovir + Emtriva)*							Stendhal	Tabs.	300 mg + 200 mg
25	Ago-04	Sep-05	Kivexa/Epzicom *(Abacavir + Lamivudina)*							Glaxo Smith Kline	Tabs.	600 mg + 300 mg

26	2005	Abr-06	Aptivus-Tripanavir	TPV						Boheringer Ingelheim	Caps.	250 mg
27	Nov-05	Ago-06	Kaletra *(Lopinavir + Ritonavir)*	LPV/r						Abbott Laboratories	Tabs.	200 mg + 50 mg
28	May-06	N/A	Atripla *(Efavirenz + Tenofovir + Emtricitabina)*							Stendhal - Bristol-MSD	Tabs.	600 mg + 300 mg + 200 mg
29	Jun-06	N/A	Prezista-Darunavir-TMC114							Janssen CilaG	Tabs.	300 mg
30	N/A	N/A	MK-0518							Merck Sharp & Dohme	Tabs.	N/D

Nota: El primer nombre de cada medicamento, corresponde al de la marca registrada por el laboratorio

FDA Food and Drug Administration (Estados Unidos)

SSA-Mex Servicio de Salud México

ITRN Inhibidor de la Trnscriptasa Reversa Nucleósido (Nucleares - Nukes)

ITRNN Inhibidor de la Trnscriptasa Reversa No Nucleósido (Non Nubes)

IP Inhibidor de la Proteasa

IF Inhibidor de Fusión

II Inhibidor de la Integrasa

2.3.2.6. A modo de conclusión

Han pasado veinte años desde la aparición del primer fármaco con actividad frente al VIH, y casi diez tras la instauración del tratamiento antirretroviral de gran actividad como terapia estándar. En la actualidad se dispone de 20 fármacos distintos para realizar múltiples combinaciones y con un adecuado cumplimiento y salvo intolerancia intratable, se tiene la capacidad de mantener de forma indefinida la estabilidad clínica e inmunológica de cualquier paciente que requiera y tenga a su alcance recibir tratamiento. En los últimos años, además, se ha conseguido reducir de forma notable el número de tomas y de pastillas, lo que ha redundado de forma positiva en el cumplimiento a largo plazo y en la calidad de vida de los pacientes.

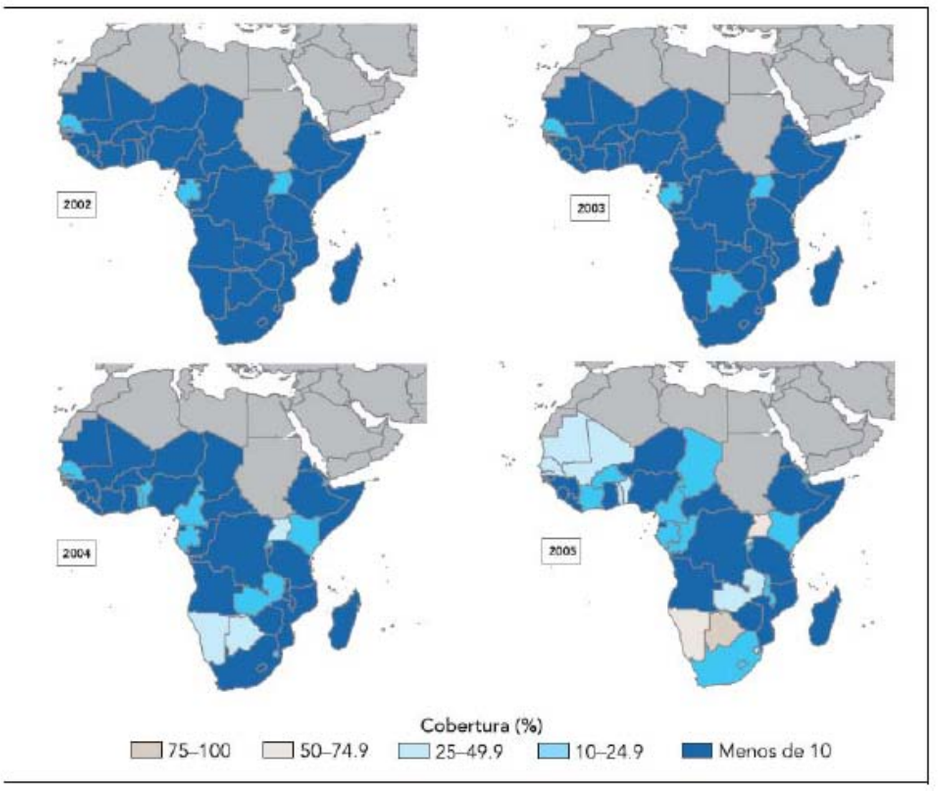
No obstante, todavía son muchos los retos sin resolver respecto al tratamiento antirretroviral. En primer lugar, está el problema de la toxicidad. A pesar de que ha mejorado mucho el perfil de toxicidad de los fármacos antirretrovirales, aún es muy elevada la cantidad de efectos secundarios a largo plazo, acompañándose algunos de ellos de un efecto de estigmatización, como ocurre con la lipodistrofia[32]. Por otro lado, la aparición de resistencias, un fenómeno casi inevitable dada la necesidad de mantener el tratamiento de por vida, limita el beneficio a largo plazo y complica el manejo de muchos pacientes. La aparición de otras comorbilidades, con impacto creciente como la patología cardiovascular o con gran prevalencia en nuestro medio como la hepática, hacen que la atención a las personas infectadas por VIH sea cada vez más compleja. Todo ello sin olvidar que con el tratamiento actual no se consigue la erradicación del VIH. Y por último, pero en primer lugar de importancia, hay que recordar que este tratamiento sólo está a disposición del 5% de la población infectada por VIH en todo el mundo, un 95% no tiene posibilidades de acceder al mismo, localizado en las zonas más empobrecidas del planeta.[33]

---

[32] La lipodistrofia, llamada también redistribución de la grasa, es una alteración en la forma en que el cuerpo produce, usa y almacena la grasa. Hay dos clases diferentes de lipodistrofia. En la desaparición progresiva de la grasa, conocida también como lipoatrofia, se pierde la grasa de determinadas partes del cuerpo, particularmente de los brazos, las piernas, la cara y las nalgas. La segunda clase de lipodistrofia es la acumulación de grasa, conocida también como hiperadiposidad. En la acumulación de grasa, ésta se deposita en determinadas partes del cuerpo, especialmente en el estómago, los senos y la nuca.

[33] Conclusiones elaboradas a partir de la ponencia del Dr. Antonio Antela López (Hospital Ramon y Cajal-enfermedades infecciosas de Madrid), titulada: "Veinte años después:el tratamiento antirretroviral en 2005" dentro del FORO 25 AÑOS DE SIDA: Antirretrovirales: los medicamentos que cambiaron el mundo (1985-2005) Madrid, 6 de Junio 2005.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE TOMAN T. ANTIRRETROVIRAL DE LAS QUE LO NECESITAN EN ÁFRICA SUBSAHARIANA 2002-2005



Fuente: OMS/ONUSIDA (2005). Progress on global access to HIV antirretroviral therapy. An update on "3 by 5".

2.4. Epidemiología

2.4.1. Estado general de la pandemia

A continuación nos hacemos eco del resumen mundial que de la epidemia del SIDA hace ONUSIDA en colaboración con la Organización Mundial de la Salud a diciembre de 2006, para ver el

panorama internacional y su evolución en los últimos años[34] (Los datos que siguen han sido extraídos y en ocasiones traducidos de ONUSIDA/OMS, 2006: 3-10; Situación de la epidemia mundial de SIDA 2006 e Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA 2006)

En los últimos años el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Un total de 39,5 millones (4,1–47,1 millones)[35] de personas vivían con el VIH en 2006, 2,6 millones más que en 2004. Esa cifra incluye los 3,8 millones de adultos y niños infectados por el VIH estimados en 2006, alrededor de 400.000 más que en 2004. En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes (de 15 a 24 años de edad), siendo protagonistas del 40% de las nuevas infecciones contraídas en 2006.

Fuente: *ONUSIDA/OMS: Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

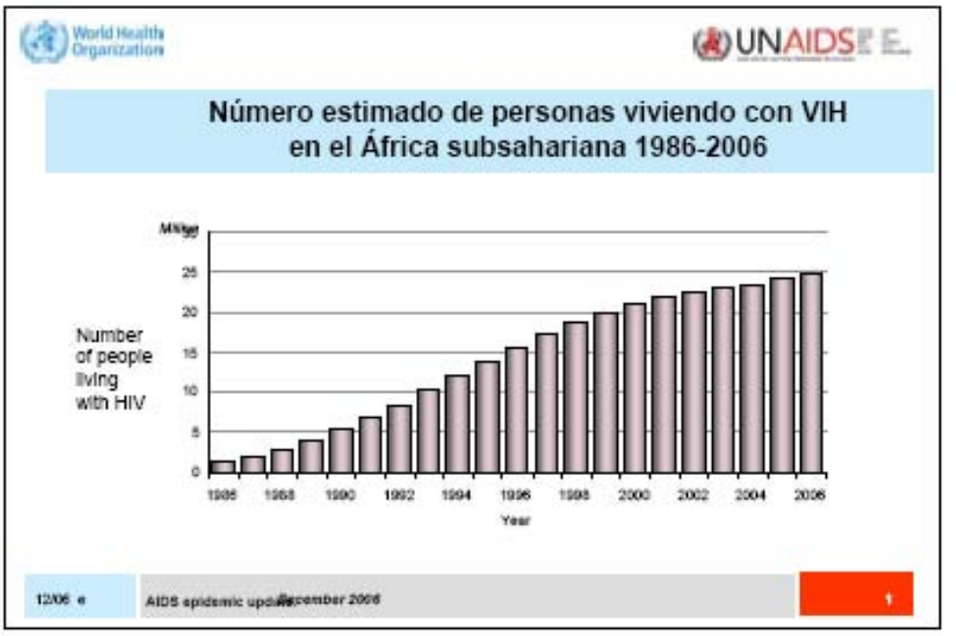
[34] Aunque es evidente que este es un informe de referencia para gobernantes, sanitarios y población civil general, resulta curiosa la apreciación que aparece en la contraportada de dicho informe "*El ONUSIDA y la OMS no garantizan que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabilizan de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización*".
[35] Media de las estimaciones realizadas. A partir de ahora sólo se utilizará esa media de referencia.

RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA DICIEMBRE 2006

Personas que vivían con el VIH en 2006		
	Total	**39,5 millones (34,1–47,1 millones)**
	Adultos	37,2 millones (32,1–44,5 millones)
	Mujeres	17,7 millones (15,1–20,9 millones)
	Menores de 15 años	2,3 millones (1,7–3,5 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2006		
	Total	**4,3 millones (3,6–6,6 millones)**
	Adultos	3,8 millones (3,2–5,7 millones)
	Menores de 15 años	530 000 (410 000–660 000)
Defunciones causadas por el SIDA en 2006		
	Total	**2,9 millones (2,5–3,5 millones)**
	Adultos	2,6 millones (2,2–3,0 millones)
	Menores de 15 años	380 000 (290 000–500 000)

Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

África subsahariana sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial. Las dos terceras partes (65%) del total mundial de adultos y niños con el VIH viven en África subsahariana, con el epicentro en África meridional. Un tercio (32%) del total mundial de personas con el VIH viven en esa subregión, donde también se registró el 34% de los fallecimientos por SIDA en 2006. En algunos países de la zona se observa una disminución de la prevalencia nacional del VIH, pero no son tendencias sólidas ni lo suficientemente amplias como para reducir el impacto general de la epidemia en la región. No obstante, es en esta parte de África donde tuvieron lugar casi las tres cuartas partes (72%) del total de fallecimientos de adultos y niños causados por SIDA en 2006: 2,1 millones del total mundial de 2,9 millones. Se estima que África subsahariana en conjunto alberga 24,7 millones de adultos y niños infectados por el VIH, 1,1 millones más que en 2004.



Fuente: *ONUSIDA/OMS: Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

Como se observa en los gráficos anteriores el incremento en los últimos veinte años tanto en personas viviendo con la epidemia como en defunciones por la misma causa viene siendo una constante.

En los últimos dos años, el número de personas que vive con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo. El incremento más preocupante se registró en Asia oriental y en Europa oriental y Asia central, donde el número de personas que vivían con el VIH en 2006 fue una quinta parte (21%) más alto que en 2004. Los 270.000 adultos y niños infectados por el VIH en Europa oriental y Asia central en 2006 dan cuenta de un aumento de casi el 70% en relación con las 160 000 [110.000-470.000] personas que contrajeron el VIH en 2004. En Asia meridional y sudoriental, el número de nuevas infecciones por el VIH se incrementó un 15% en 2004-2006, mientras que en Oriente Medio y África del Norte aumentó un 12%. En América Latina, el Caribe y América del Norte las nuevas infecciones de 2006 fueron constantes desde 2004.

ESTADÍSTICAS Y CARACTERÍSTICAS REGIONALES DEL VIH y SIDA, 2004 y 2006

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (15-49 años) (%)	Defunciones de adultos y niños por SIDA
África subsahariana				
2006	24,7 millones [21,8–27,7 millones]	2,8 millones [2,4–3,2 millones]	5,9% [5,2%–6,7%]	2,1 millones [1,8–2,4 millones]
2004	23,6 millones [20,9–26,4 millones]	2,6 millones [2,2–2,9 millones]	6,0% [5,3%–6,8%]	1,9 millones [1,7–2,3 millones]
África del Norte y Oriente Medio				
2006	460 000 [270 000–760 000]	68 000 [41 000–220 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	36 000 [20 000–60 000]
2004	400 000 [230 000–650 000]	59 000 [34 000–170 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	33 000 [18 000–55 000]
Asia meridional y sudoriental				
2006	7,8 millones [5,2–12,0 millones]	860 000 [550 000–2,3 millones]	0,6% [0,4%–1,0%]	590 000 [390 000–850 000]
2004	7,2 millones [4,8–11,2 millones]	770 000 [480 000–2,1 millones]	0,6% [0,4%–1,0%]	510 000 [330 000–740 000]
Asia oriental				
2006	750 000 [460 000–1,2 millones]	100 000 [56 000–300 000]	0,1% [<0,2%]	43 000 [26 000–64 000]
2004	620 000 [380 000–1,0 millones]	90 000 [50 000–270 000]	0,1% [<0,2%]	33 000 [20 000–49 000]
Oceanía				
2006	81 000 [50 000–170 000]	7100 [3400–54 000]	0,4% [0,2%–0,9%]	4000 [2300–6600]
2004	72 000 [44 000–150 000]	8000 [3900–61 000]	0,3% [0,2%–0,8%]	2900 [1600–4600]
América Latina				
2006	1,7 millones [1,3–2,5 millones]	140 000 [100 000–410 000]	0,5% [0,4%–1,2%]	65 000 [51 000–84 000]
2004	1,5 millones [1,2–2,2 millones]	130 000 [100 000–320 000]	0,5% [0,4%–0,7%]	53 000 [41 000–69 000]
Caribe				
2006	250 000 [190 000–320 000]	27 000 [20 000–41 000]	1,2% [0,9%–1,7%]	19 000 [14 000–25 000]
2004	240 000 [180 000–300 000]	25 000 [19 000–35 000]	1,1% [0,9%–1,5%]	21 000 [15 000–28 000]
Europa oriental y Asia central				
2006	1,7 millones [1,2–2,6 millones]	270 000 [170 000–820 000]	0,9% [0,6%–1,4%]	84 000 [58 000–120 000]
2004	1,4 millones [950 000–2,1 millones]	160 000 [110 000–470 000]	0,7% [0,5%–1,1%]	48 000 [34 000–66 000]
Europa occidental y central				
2006	740 000 [580 000–970 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15,000]
2004	700 000 [550 000–920 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
América del Norte				
2006	1,4 millones [880 000–2,2 millones]	43 000 [34 000–65 000]	0,8% [0,6%–1,1%]	18 000 [11 000–26 000]
2004	1,2 millones [710 000–1,9 millones]	43 000 [34 000–65 000]	0,7% [0,4%–1,0%]	18 000 [11 000–26 000]
TOTAL				
2006	39,5 millones [34,1–47,1 millones]	4,3 millones [3,6–6,6 millones]	1,0% [0,9%–1,2%]	2,9 millones [2,5–3,5 millones]
2004	36,9 millones [31,9–43,8 millones]	3,9 millones [3,3–5,8 millones]	1,0% [0,8%–1,2%]	2,7 millones [2,3–3,2 millones]

Fuente: *ONUSIDA/OMS Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2006.*

A nivel mundial y en cada una de las regiones, actualmente hay más mujeres adultas (de 15 años o más) que nunca viviendo con el VIH. Los 17,6 millones de mujeres que vivían con el VIH en 2006 representaron un aumento de más de un millón en comparación con 2004. En África subsahariana, por cada diez varones adultos que viven con el VIH hay unas 14 mujeres adultas infectadas por el virus. En todos los grupos de edad, el 59% de las personas que vivían con el VIH en África subsahariana en 2006 eran mujeres. En el Caribe, Oriente Medio y África del Norte, y Oceanía, cerca de uno de cada diez adultos con el VIH es mujer. Mientras tanto, en muchos países de Asia, Europa oriental y América Latina continúa aumentando la proporción de mujeres que viven con el VIH.

World Health Organization — UNAIDS

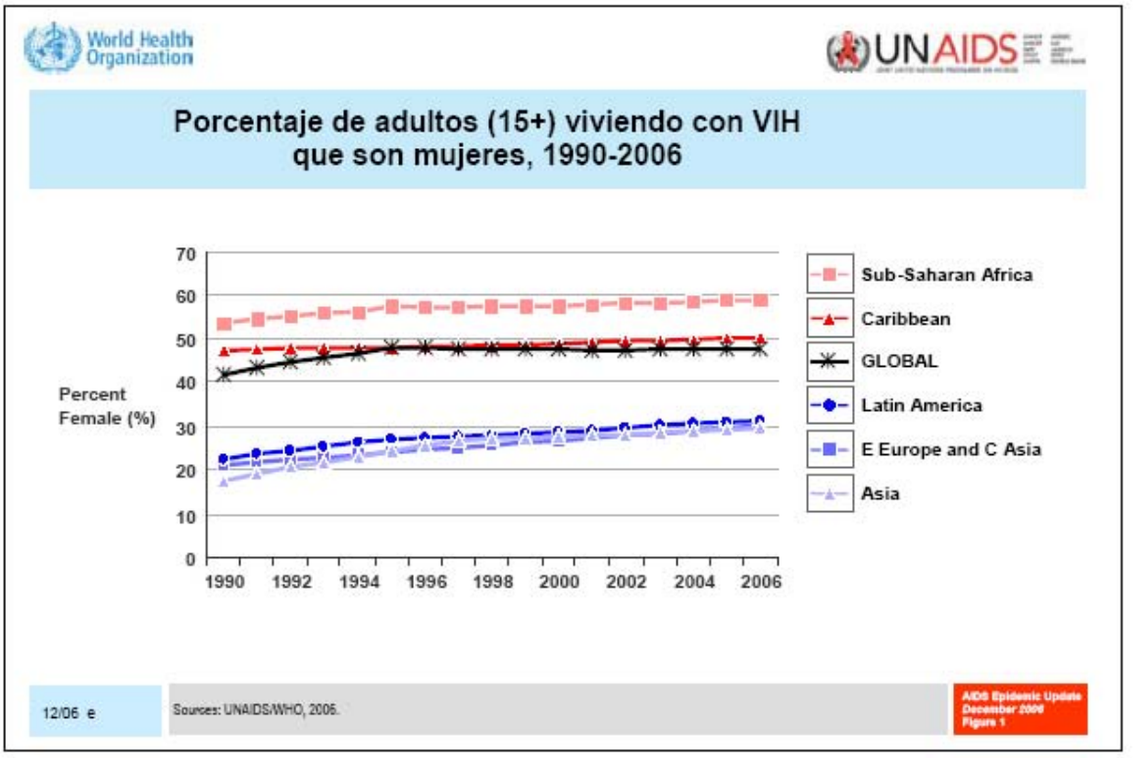
Estadísticas regionales de VIH-SIDA y características de mujeres. 2004 y 2006

	Number of women (15–49) living with HIV		% of adults (15–49) living with HIV who are women	
	2004	*2006*	*2004*	*2006*
Sub-Saharan Africa	12.7 million [11.0 – 14.5 million]	13.3 million [11.5 – 15.2 million]	59	59
Middle East & North Africa	180 000 [89 000 – 330 000]	200 000 [100 000 – 370 000]	49	48
South and South-East Asia	2.0 million [1.2 – 3.3 million]	2.2 million [1.3 – 3.6 million]	29	29
East Asia	160 000 [90 000 – 280 000]	210 000 [110 000 – 370 000]	27	29
Latin America	450 000 [310 000 – 670 000]	510 000 [350 000 – 800 000]	30	31
Caribbean	110 000 [80 000 – 150 000]	120 000 [85 000 – 160 000]	50	50
Eastern Europe & Central Asia	410 000 [260 000 – 650 000]	510 000 [330 000 – 810 000]	30	30
Western & Central Europe	190 000 [140 000 – 260 000]	210 000 [160 000 – 300 000]	28	28
North America	300 000 [160 000 – 510 000]	350 000 [190 000 – 570 000]	26	26
Oceania	32 000 [16 000 – 81 000]	36 000 [17 000 – 90 000]	47	47
TOTAL	16.5 million [14.2 – 18.6 million]	17.7 million [16.1 – 20.9 million]	48	48

12/06 e — AIDS Epidemic Update December 2006 Table 2

Fuente: *ONUSIDA/OMS: Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

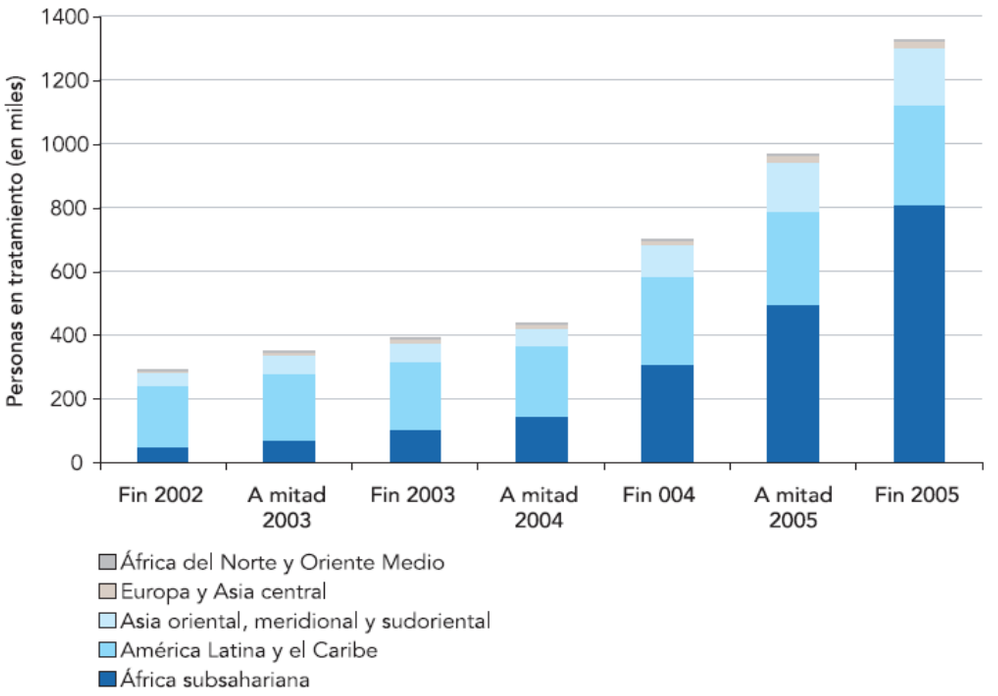
En todas las regiones tal y como muestra el gráfico siguiente, en los últimos dieciséis años se observa un aumento del número de mujeres que viven con el VIH.



Fuente: *ONUSIDA/OMS Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

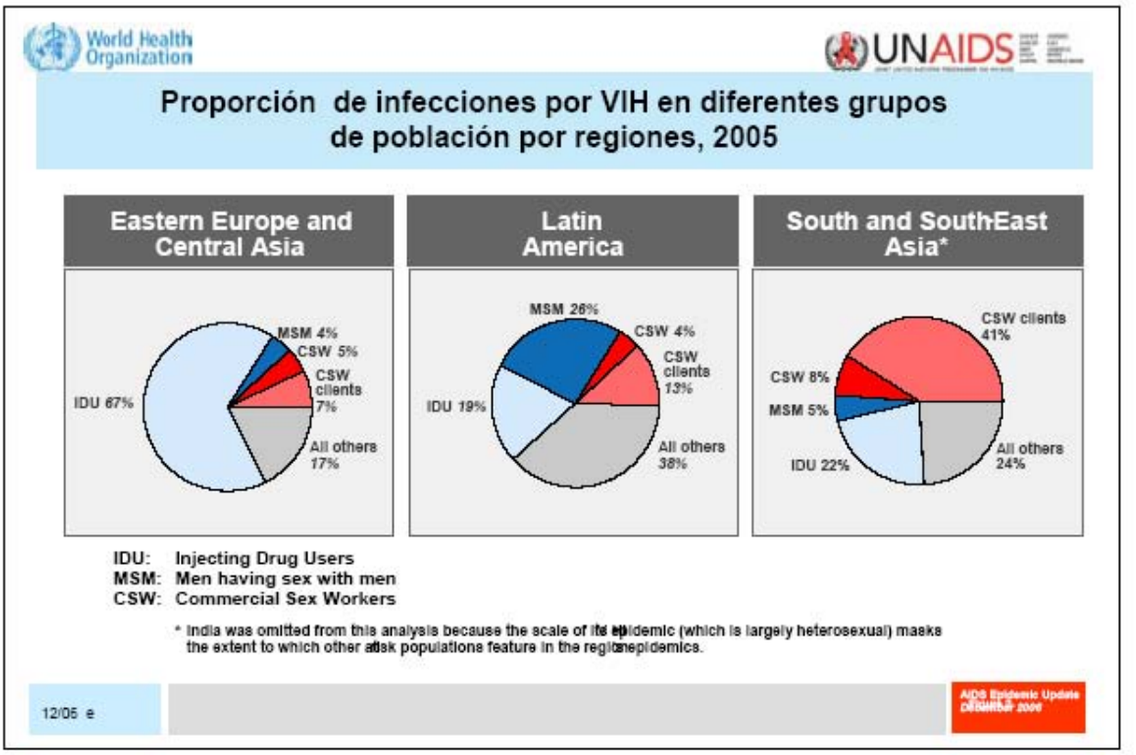
El acceso al tratamiento y la atención ha aumentado en los últimos años, aunque a partir de un nivel muy bajo en muchos países.

NÚMERO DE PERSONAS SOMETIDAS A T. ANTIRRETROVIRAL EN PAÍSES DE RENTA MEDIA Y BAJA 2002-2005



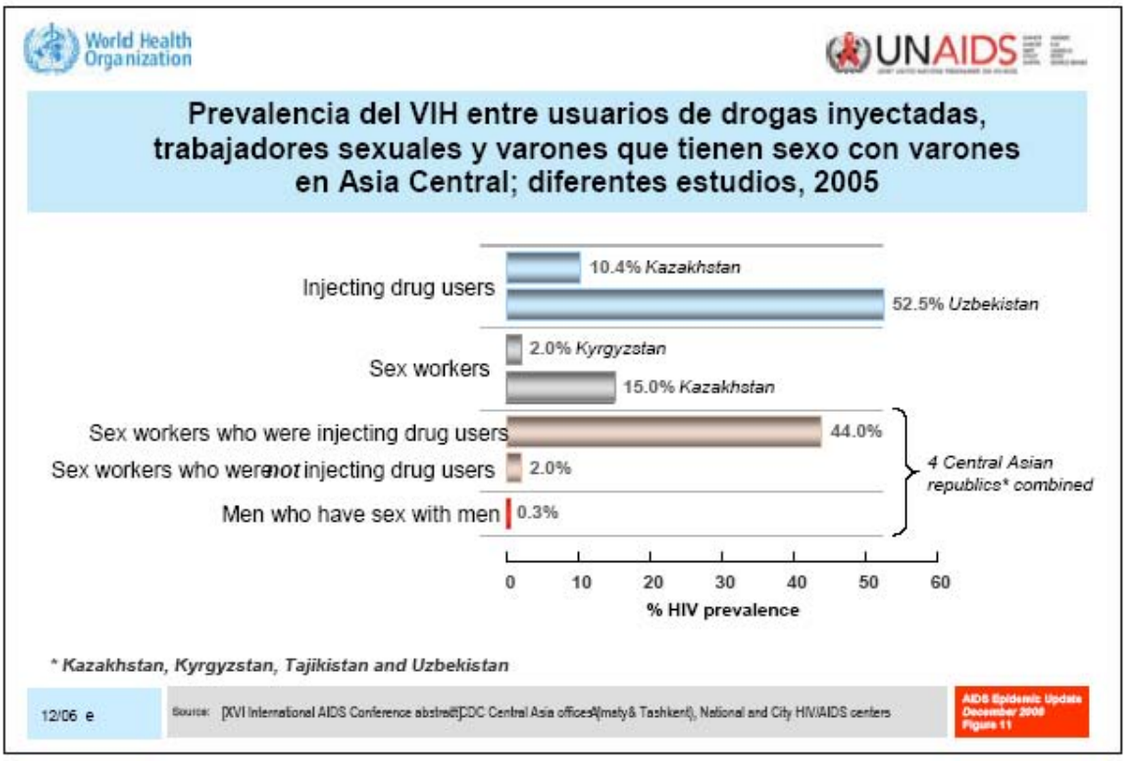
Fuente: *OMS/ONUSIDA (2005). Progress on global access to HIV antirretroviral therapy. An update on "3 by 5".*

La importancia de algunos de los comportamientos de riesgo (como el consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales remuneradas sin protección y las relaciones sexuales sin protección entre varones) resulta especialmente evidente en las epidemias de VIH de Asia, Europa oriental y América Latina. En Europa oriental y Asia central, por ejemplo, dos de cada tres (67%) infecciones por el VIH en 2005 se debieron al uso de equipos de inyección no estériles para el consumo de drogas intravenosas. Los profesionales del sexo y sus clientes representaron alrededor del 12% de las infecciones por el VIH.



Fuente: *ONUSIDA/OMS Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

El comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas representaron una proporción global similar de infecciones por el VIH en Asia meridional y sudoriental. Salvo en la India, casi una de cada dos (49%) infecciones por el VIH en 2005 ocurrieron en profesionales del sexo y sus clientes, y más de una de cada cinco (22%) en consumidores de drogas intravenosas. Una pequeña pero significativa proporción de infecciones (5%) tuvo lugar en varones que tienen relaciones sexuales con varones. En China, donde las autoridades han ampliado mucho la respuesta al SIDA, el VIH se propaga gradualmente de las poblaciones que corren más riesgo (en especial los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo y sus clientes) a la población general, y el número de infecciones por el VIH en mujeres está en aumento. (ONUSIDA/0MS, 2006)



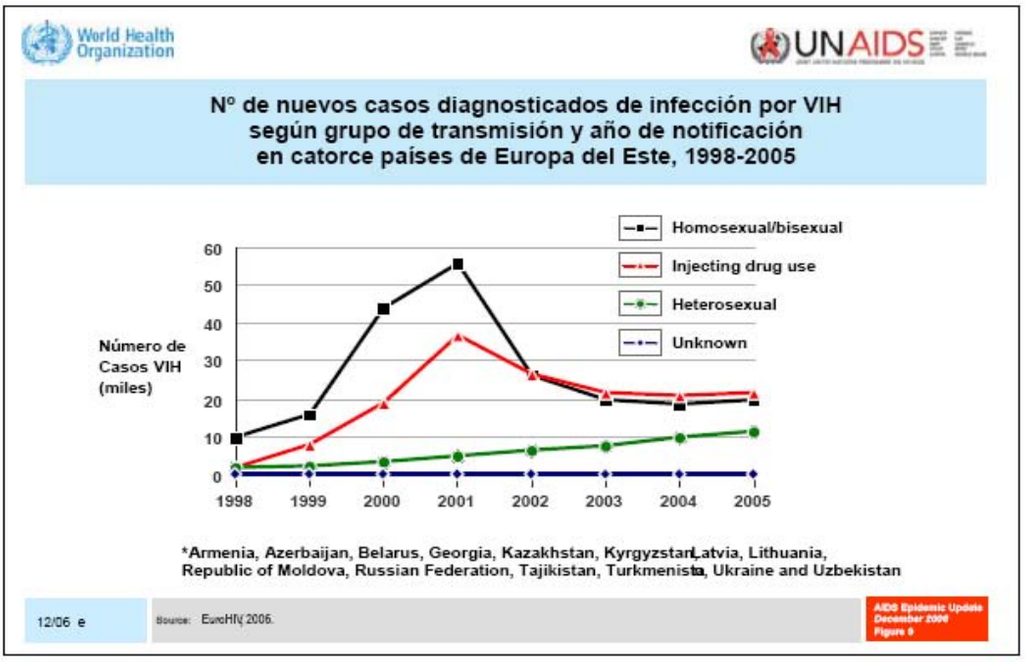
Fuente: *ONUSIDA/OMS: Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

En América Latina, en contraste, una de cada cuatro (26%) infecciones por el VIH en 2005 se registraron en varones que tienen relaciones sexuales con varones, mientras el 19% se produce en consumidores de drogas intravenosas.

Las epidemias en América Latina siguen generalmente estables, con el ejemplo concreto del Brasil que ilustra cómo insistir doblemente en la prevención y el tratamiento, puede mantener la epidemia de VIH bajo control. Se siguen registrando brotes del virus entre los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones en la mayor parte de los países de América del Sur. Aunque se trata de un comportamiento en gran parte oculto, las relaciones sexuales entre varones representan hasta uno de cada diez casos de VIH notificados en el Caribe. En dicha región, la prevalencia del VIH sigue estable en la República Dominicana y ha disminuido en las zonas urbanas de Haití, pero algunos indicios localizados señalan que las epidemias en ambos países pueden

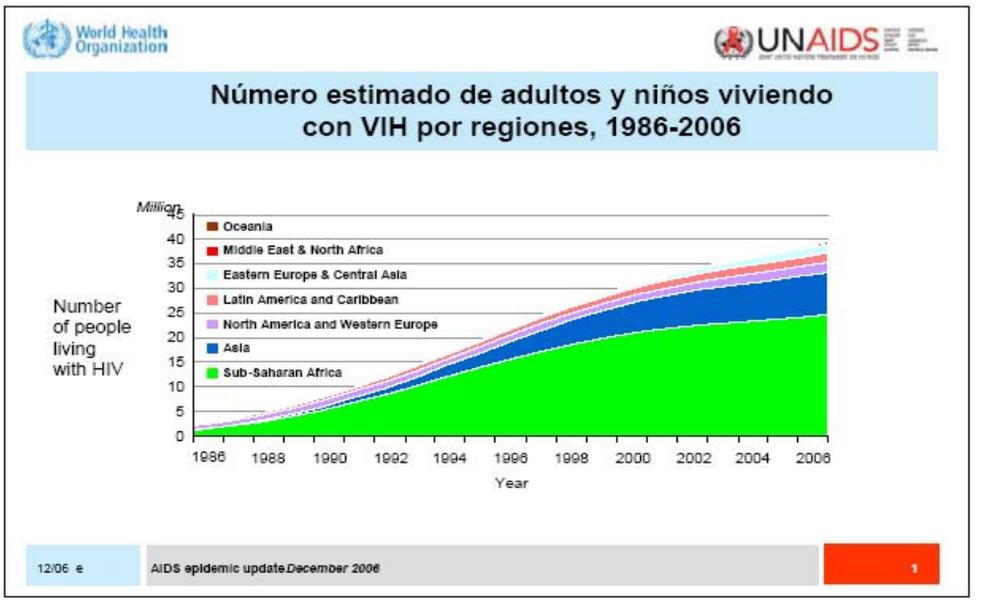
volver a aumentar si no se amplían los esfuerzos de prevención.Las minorías raciales y étnicas de los Estados Unidos de América continúan siendo desproporcionadamente afectadas por la infección por el VIH, mientras que las poblaciones aborígenes siguen excesivamente representadas en la epidemia del Canadá. Allí, como en Europa occidental y central, el principal factor de riesgo siguen siendo las relaciones sexuales entre varones. La prevalencia del VIH oscila entre el 10 y el 20% entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en algunos países de Europa occidental, con pruebas de un aumento de las relaciones sexuales ocasionales sin protección en este grupo de población. Al mismo tiempo, aproximadamente las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH contraídas por vía heterosexual en Europa occidental y central se registran entre los inmigrantes y los migrantes. Este hecho destaca la necesidad de adaptar los servicios de prevención, tratamiento y atención para que lleguen a dichas poblaciones.

Las epidemias de VIH en Europa oriental y Asia central aún son relativamente jóvenes y siguen extendiéndose, sobre todo en Ucrania, con la prevalencia del VIH más elevada de toda Europa. Allí, como en la epidemia en expansión de la Federación de Rusia y en las epidemias más pequeñas pero en aumento de Tayikistán y Uzbekistán, el uso de equipos de inyección no estériles para el consumo de drogas sigue siendo el principal modo de transmisión del VIH. Las epidemias de VIH de estas regiones afectan sobre todo a los jóvenes; en la Federación de Rusia, por ejemplo, alrededor del 80% de las personas con el VIH son menores de 30 años. En la Federación de Rusia y en Ucrania, las mujeres (muchas de ellas de menos de 25 años) cargan con una proporción cada vez mayor de la carga del VIH, y representaron más del 40% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2005.



Fuente: *ONUSISA/OMS: Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 200.*

La vigilancia insuficiente del VIH sigue siendo un obstáculo en muchos países de Europa, el Caribe, América central y Oriente Medio y África del Norte. Esto dificulta que se determinen con precisión las características y tendencias de algunas epidemias de VIH y entorpece la preparación y ejecución de respuestas potencialmente eficaces. Hay excepciones recientes, entre ellas Irán, que ha mejorado la recopilación de información sobre el VIH y ampliado su respuesta al SIDA entre las poblaciones de riesgo.



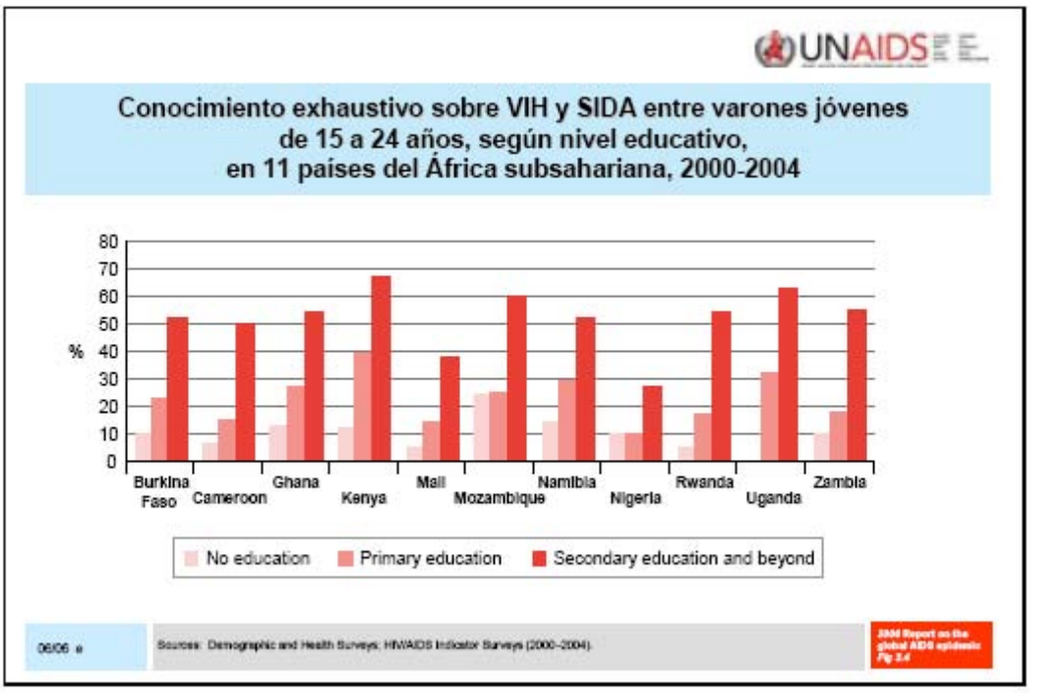
Fuente: *ONUSISA/OMS: Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

En cuanto a las tendencias del VIH y el comportamiento sexual entre los jóvenes, en 2001, la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas esbozó el objetivo de reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes de los países más afectados para 2005, previniendo nuevas infecciones. Lo ideal sería determinar las tendencias de la incidencia del VIH en tiempo real, y en concreto el impacto de los programas de prevención de la incidencia del VIH, pero es algo que exige estudios longitudinales de un gran número de personas.

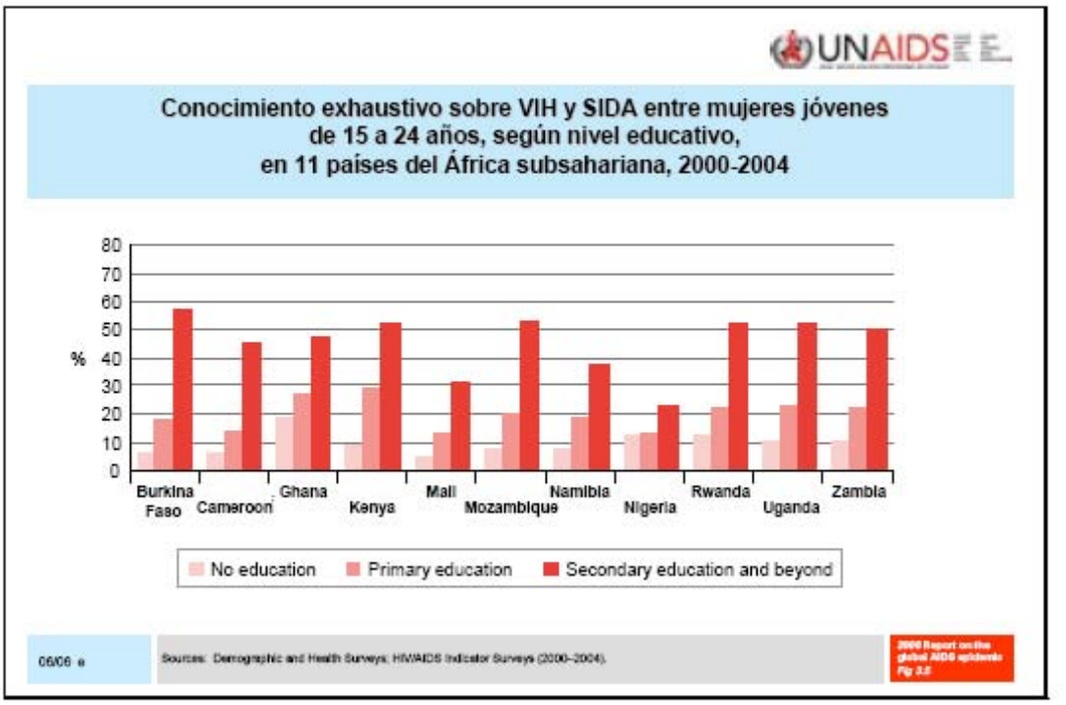
Por medio de los resultados de las encuestas nacionales efectuadas por lo menos dos veces en el mismo país durante el período 1992-2005, se evaluaron las tendencias comportamentales entre los jóvenes. En Kenya, los datos de dichas tendencias señalan una reducción significativa en el transcurso del tiempo de los tipos de comportamientos sexuales que exponen a las personas al riesgo de infección por el VIH. La proporción de jóvenes que tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuyó en Haití (sólo en varones), Kenya y Malawi (en varones y mujeres jóvenes), y Zambia (sólo en mujeres), pero aumentó en el Camerún y Uganda (sólo en mujeres). Mientras tanto, las tasas de uso del

preservativo con parejas ocasionales parecieron aumentar en algunos de los países vigilados, incluidos el Camerún, Sudáfrica, Tanzania y Uganda (varones y mujeres jóvenes), Malawi (sólo varones jóvenes), y Kenya y Zambia (sólo mujeres jóvenes). En unos pocos países, sobre todo en el Camerún, al parecer se observaron cambios simultáneos tanto hacia comportamientos más seguros como de mayor riesgo, con incrementos, por ejemplo, en los porcentajes de jóvenes que tienen prácticas sexuales de alto riesgo al mismo tiempo que aumentan las tasas de uso del preservativo durante las relaciones sexuales con una pareja no habitual.

Es importante destacar cómo según se eleva el nivel educativo de los jóvenes africanos, tanto de ellas como de ellos, el conocimiento sobre el VIH y el SIDA es mayor. Por ello es importante como mecanismo de prevención invertir en educación.



Fuente: *ONUSIDA/OMS Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

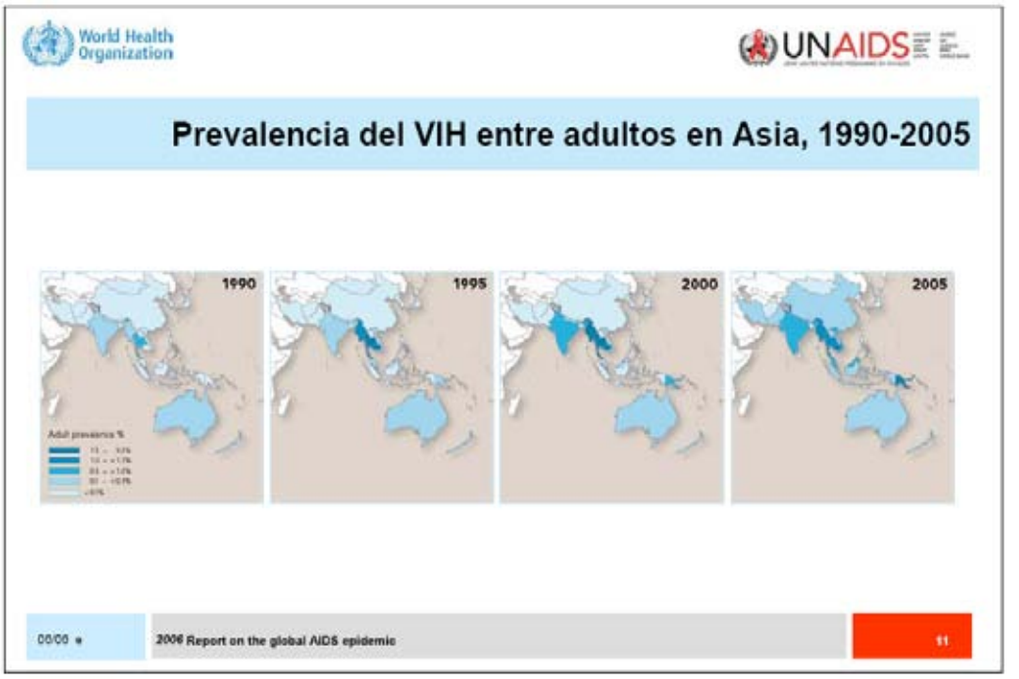


Fuente: *Actualización epidemiológica sobre SIDA. Diciembre 2006.*

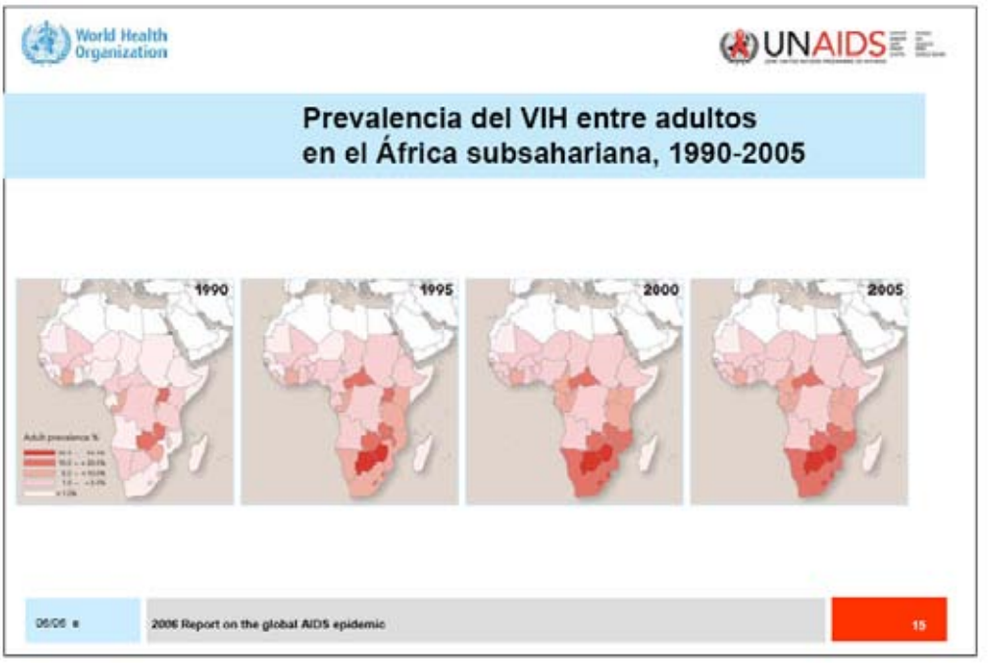
Son relativamente pocos los países que pudieron proporcionar datos amplios de tendencias comportamentales entre los jóvenes, y muchos países sólo disponían de datos insuficientes o de ningún dato sobre las tendencias de la prevalencia del VIH entre los jóvenes, incluidos algunos de los países con una prevalencia excepcionalmente elevada de África meridional. Esto pone de manifiesto la necesidad de ampliar las actividades de vigilancia del VIH con carácter urgente.

En opinión de OMS/ONUSIDA, el futuro de las epidemias mundiales de VIH depende, en muchos aspectos, de los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, y de los factores contextuales que afectan esas decisiones. Resultan evidentes algunos recientes cambios positivos entre los jóvenes en zonas del Caribe y África subsahariana, particularmente en África Oriental.

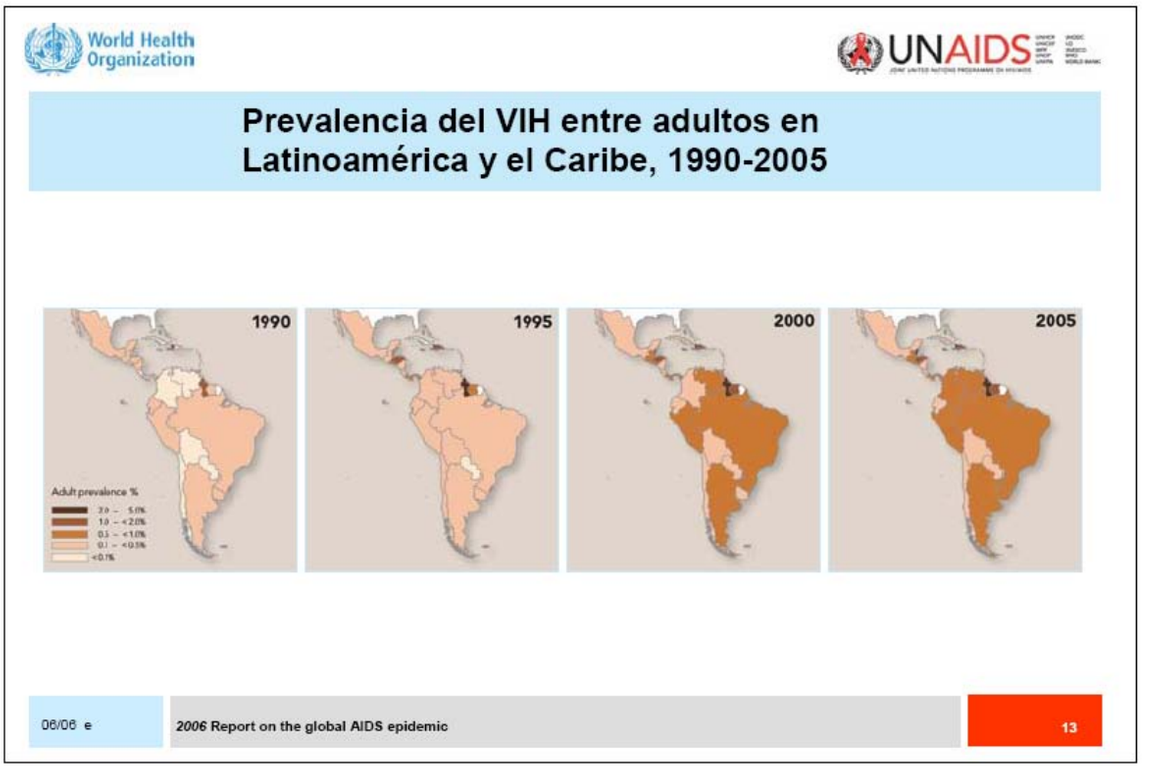
A continuación se adjuntan unos gráficos que explicitan la evolución de la pandemia desde 1990 hasta 2005 en tres de las zonas más castigadas por la misma.



Fuente: *ONUSIDA/OMS (2006): Informe de la epidemia global del SIDA.*



Fuente: *ONUSIDA/OMS (2006): Informe de la epidemia global del SIDA.*



Fuente: *ONUSIDA/OMS (2006): Informe de la epidemia global del SIDA.*

A continuación se presentan los gráficos que en localización territorial ilustran la epidemiología del SIDA: Estimaciones mundiales para adultos y niños en 2006, Número de adultos y niños que vivían con el VIH al final del 2006, Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños en 2006.

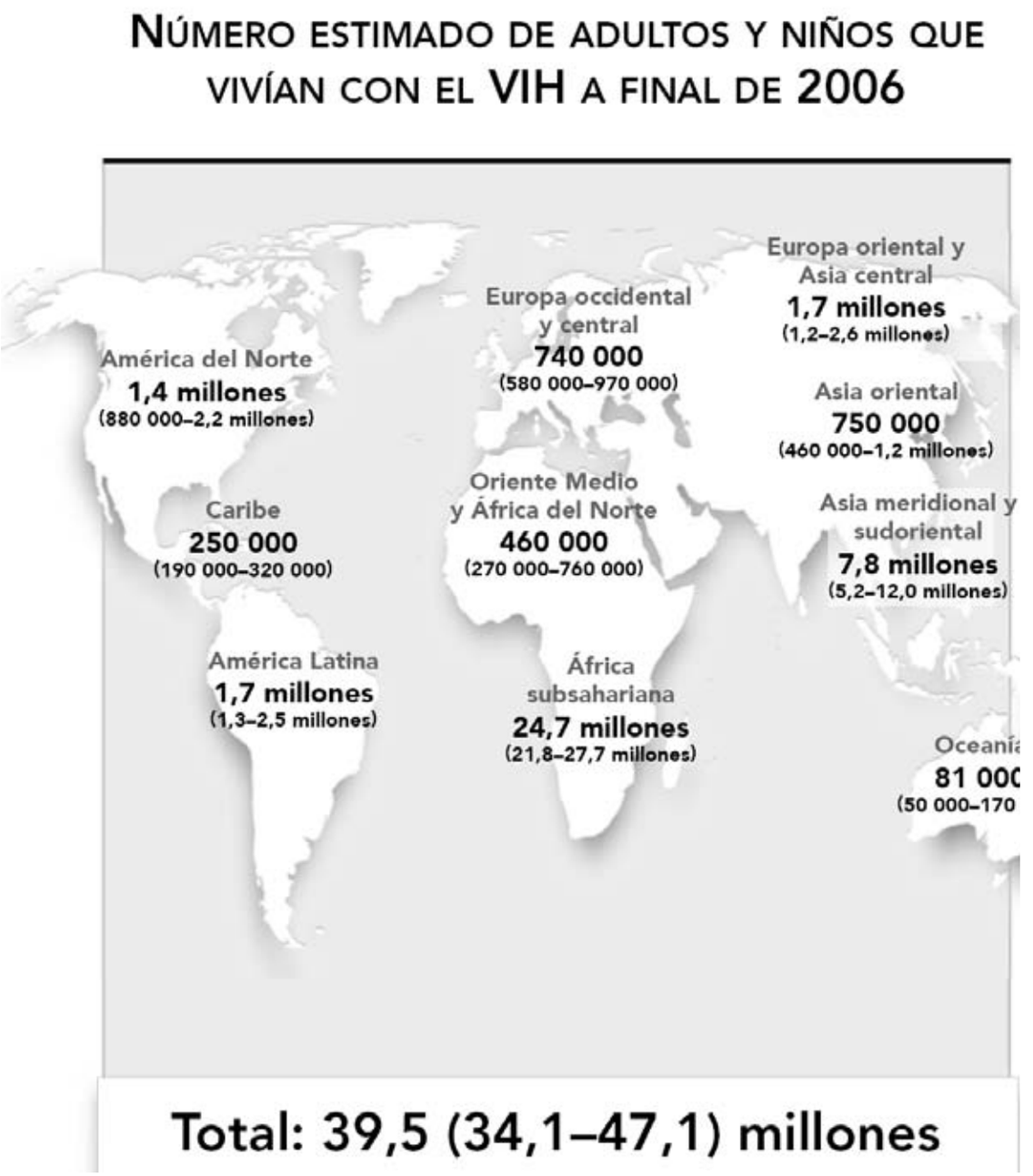
ESTIMACIONES MUNDIALES PARA ADULTOS Y NIÑOS, 2006

Personas que viven con el VIH .....39,5 millones (34,1–47,1 millones)

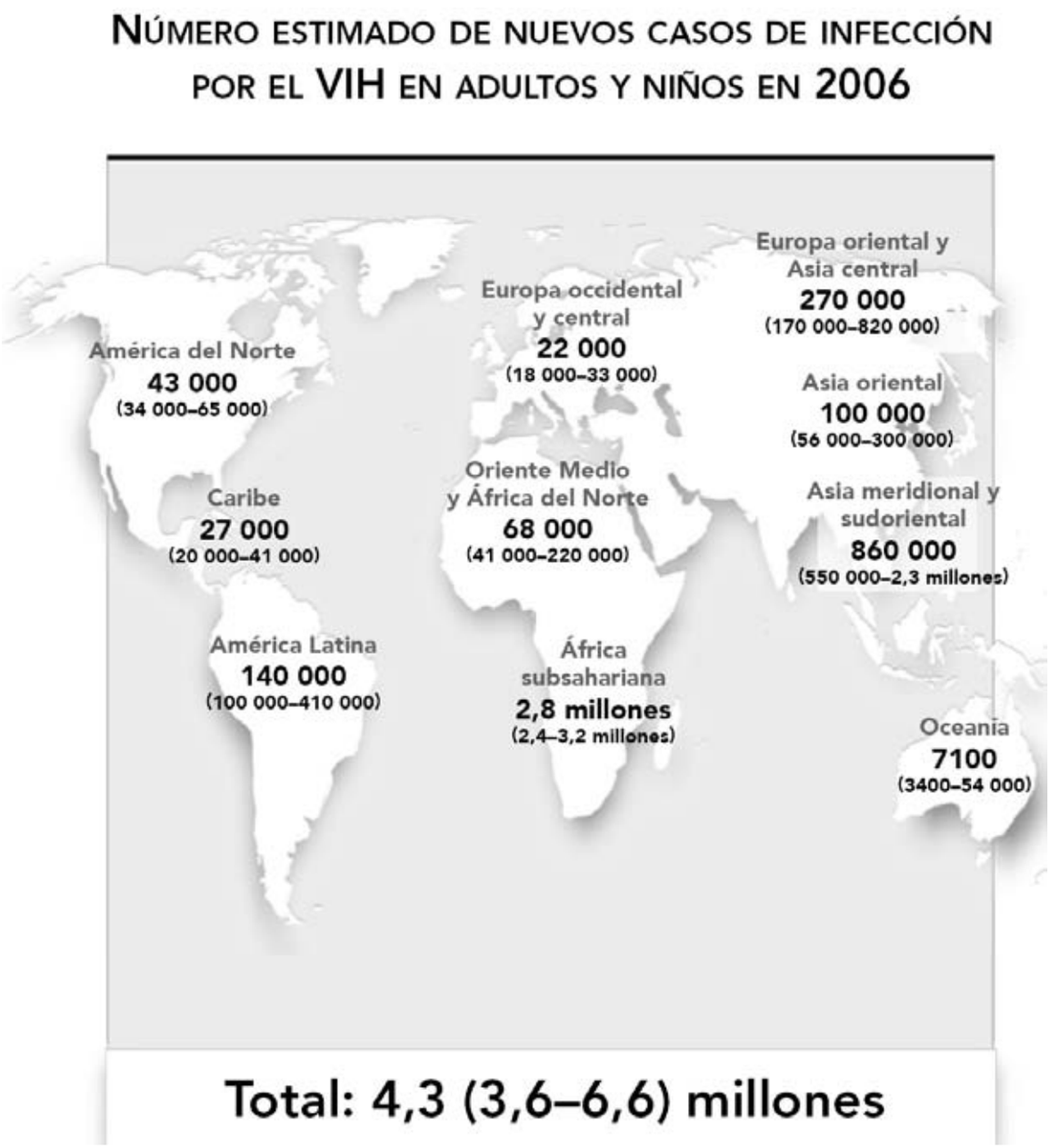
Nuevas infecciones por el VIH en 2006.....4,3 millones (3,6–6,6 millones)

Defunciones por SIDA en 2006 .....2,9 millones (2,5–3,5 millones)

Fuente: *ONUSIDA/OMS: Situación de la Epidemia de SIDA. Diciembre 2006.*

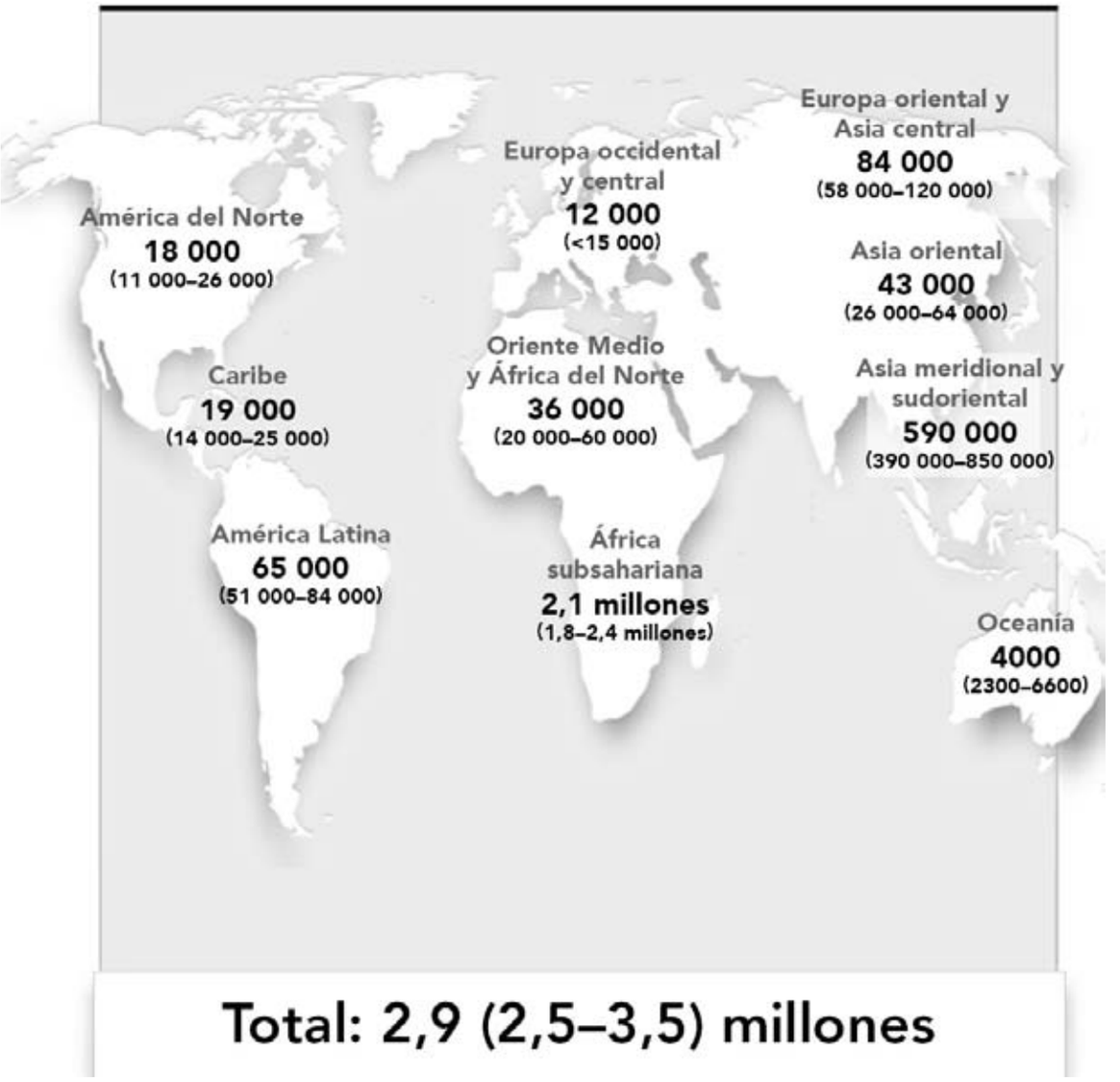


Fuente: *ONUSIDA/OMS: Situación de la Epidemia de SIDA. Diciembre 2006.*



Fuente: *ONUSIDA/OMS: Situación de la Epidemia de SIDA. Diciembre 2006.*

NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL SIDA EN ADULTOS Y NIÑOS DURANTE 2006



Fuente: *ONUSIDA/OMS: Situación de la Epidemia de SIDA. Diciembre 2006.*

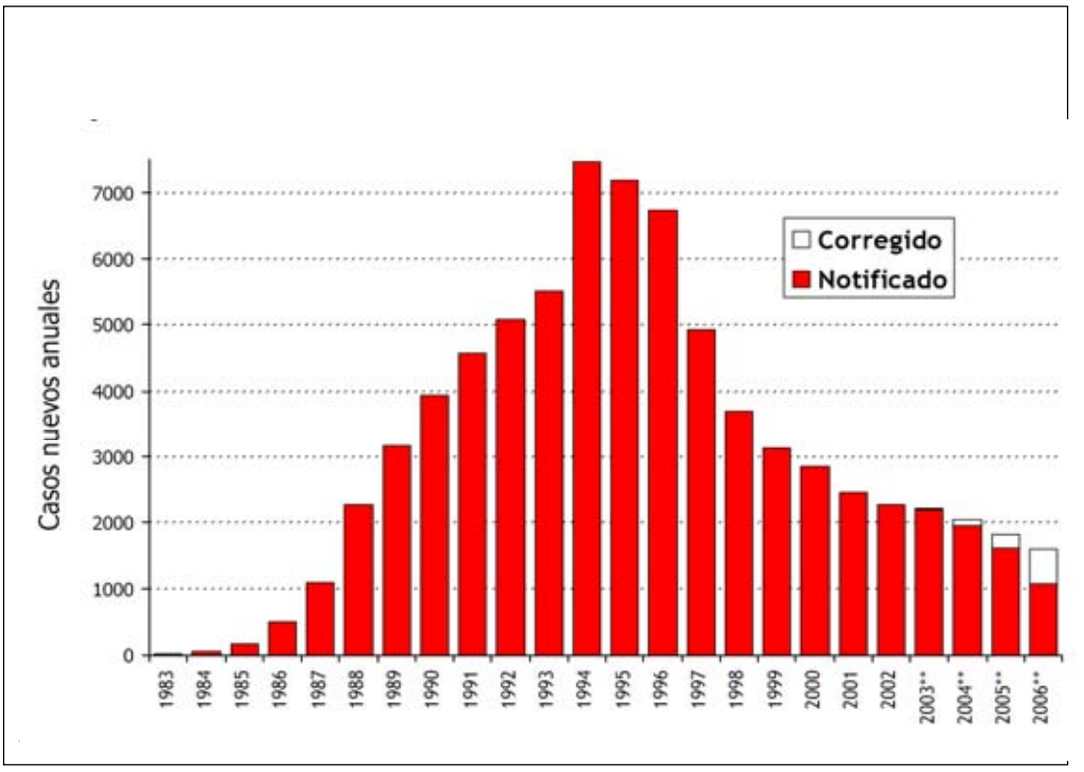
2.4.2. Estado de la pandemia en España

El primer caso de SIDA que se comunicó en España fue en 1983, aunque con posterioridad se hicieron dos comunicaciones retrospectivas de casos acaecidos en 1981 y 1982 respectivamente. Sin embargo, la primera comunicación científica procedente de nuestro país no llegaría hasta 1985, un paciente adicto a drogas por vía parenteral y afectado de tuberculosis diseminada.

España históricamente ha sido el país de la Unión Europea que mayor tasa de incidencia ha tenido de la epidemia del SIDA desde sus comienzos. Las características de la misma han estado marcadas por la alta incidencia de transmisiones por vía parenteral, diferencia importante respecto a los países del norte de Europa y Estados Unidos cuya vía de transmisión pasó de ser homosexual a heterosexual, es decir, por transmisión sexual. A pesar del marcado descenso de la incidencia de SIDA en España desde la extensión de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de SIDA en Europa Occidental. Para mantener la tendencia decreciente, además de reforzar las medidas de prevención, es necesario potenciar las intervenciones destinadas a promover la prueba del VIH, el consejo y el diagnóstico precoz de la infección en personas que hayan tenido prácticas de riesgo.

Desde el comienzo de la epidemia, España registra 73.977 casos acumulados de SIDA. No existe un registro de datos de las personas que actualmente viven con el SIDA en España. Se estima que a 31 de diciembre de 2006 se habían diagnosticado en España 1.586 nuevos casos, lo que supone una tasa de 24,3 por millón de habitantes. En 1994 la epidemia alcanzó su máximo con 7.471 casos de SIDA notificados, lo que supone desde entonces hasta 2006 un descenso del 78%. El descenso de notificación de casos aparece a partir de 1996, año en el que se implantaron en España los Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA).

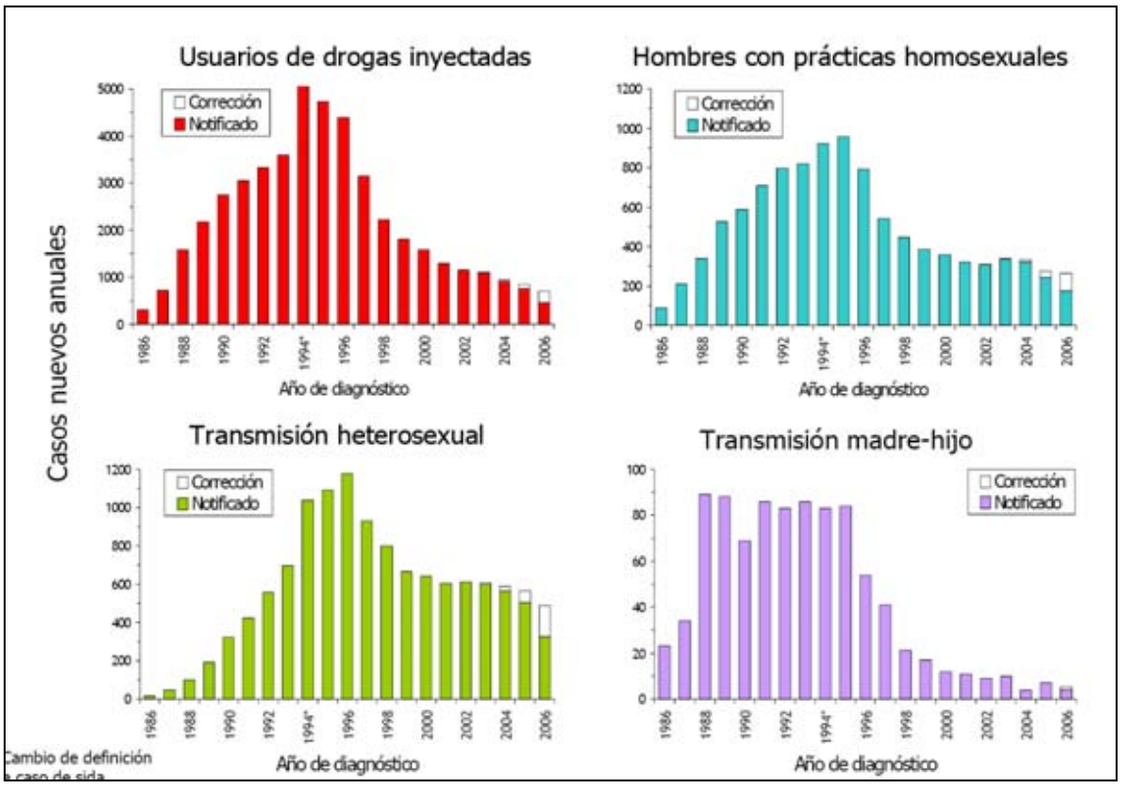
INCIDENCIA ANUAL DE SIDA EN ESPAÑA CONOCIDA POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN



Fuente: *Registro Nacional del SIDA. Actualización a 31 de diciembre 2006.*

Por práctica de riesgo se observa que; la transmisión entre usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) sigue siendo la más frecuente en los últimos veinte años, y se mantiene la tendencia descendente iniciada en 1995 ya que el número de casos notificados en 2006 disminuyó un 16,5% respecto al 2005. La transmisión debido a relaciones sexuales no protegidas también apunta una tendencia a la baja desde 2004, siendo mayor el descenso de casos en el caso de la transmisión heterosexual con un 14,1%, que en el de las relaciones homosexuales con sólo un descenso del 4,7%.

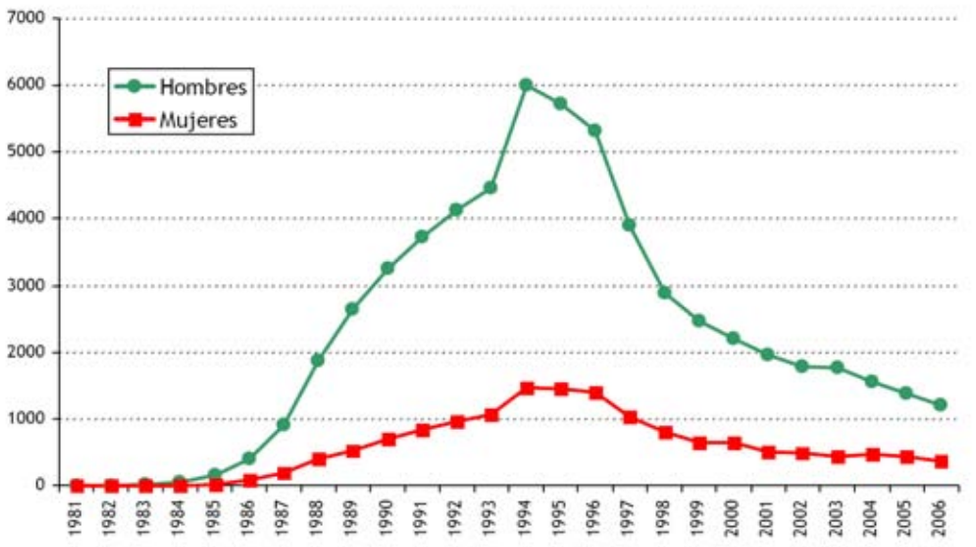
CASOS DE SIDA EN ESPAÑA CORREGIDOS POR RETRASO



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre 2006.*

Como podemos apreciar en los gráficos siguientes, la incidencia de casos de SIDA por sexo, baja espectacularmente entre los varones desde 1994, siendo menos pronunciado el descenso entre las mujeres. No obstante, en el último año hubo un descenso del 12,3% en el número de casos entre los varones y un porcentaje algo mayor, 14%, entre las mujeres.

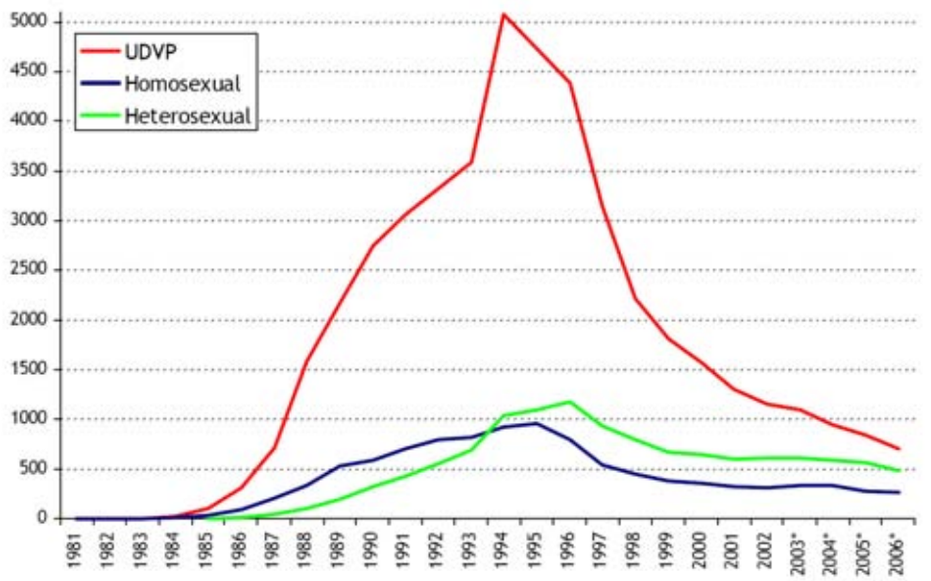
INCIDENCIA NACIONAL DE SIDA EN ESPAÑA POR SEXOS CORREGIDA POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre 2006.*

Hasta 1994 despuntaban los nuevos casos de SIDA por vía parenteral, con un 68% de los casos, seguidos de la transmisión homosexual y la heterosexual, que justo en este año se invirtió siendo un 14% de casos por transmisión heterosexual frente al 12,3% por relaciones sexuales entre hombres. En 2006, siguen teniendo mayor prevalencia los contagios por vía parenteral, con un 44,2% (47% hombres y 35,3% mujeres), seguidos de la transmisión heterosexual con un 30,7% y las prácticas de sexo entre hombres en un 16,6% de los casos. En cuanto a contagio por hemoderivados sólo se dieron dos casos en 2006 y por transmisión vertical, 5.

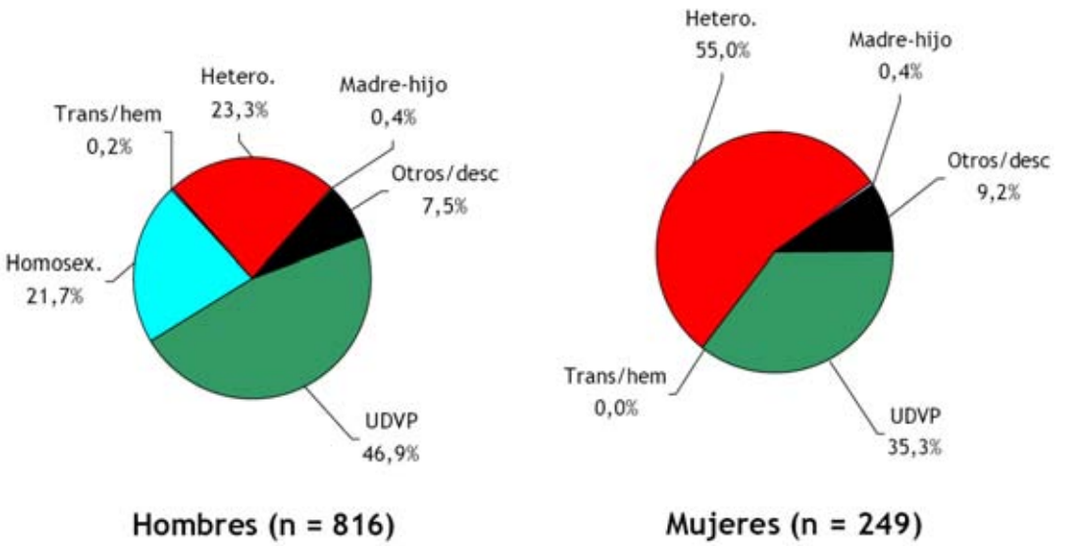
CASOS NUEVOS DE SIDA ANUALES POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN CORREGIDA POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN



* Estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación

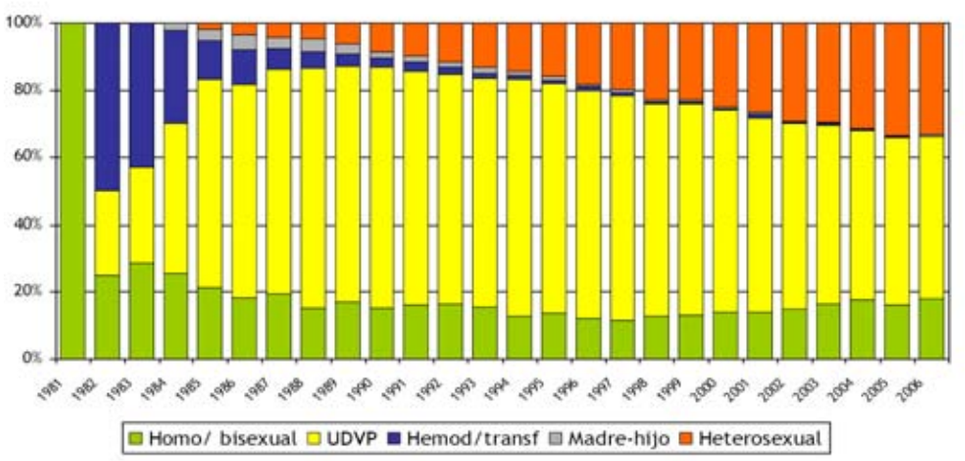
Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN ESPAÑA EN 2006. DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN POR SEXO



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

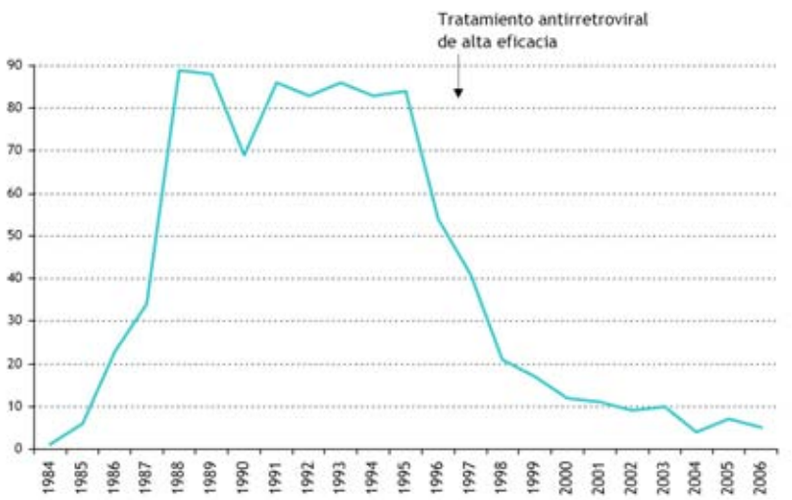
DISTRIBUCIÓN CASOS DE SIDA NOTIFICADOS SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

Entre 1984 y 1988 la transmisión vertical subió de manera espectacular de un caso hasta 89. Entre 1988 y 1995 prácticamente se mantuvo la situación en meseta, hasta que en1996, año que España introdujo el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), se produjera un descenso en dos años de 20 casos. En 2006 la incidencia es de 5 casos.

CASOS DE TRANSMISIÓN MADRE-HIJO EN ESPAÑA
CORREGIDOS POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN.

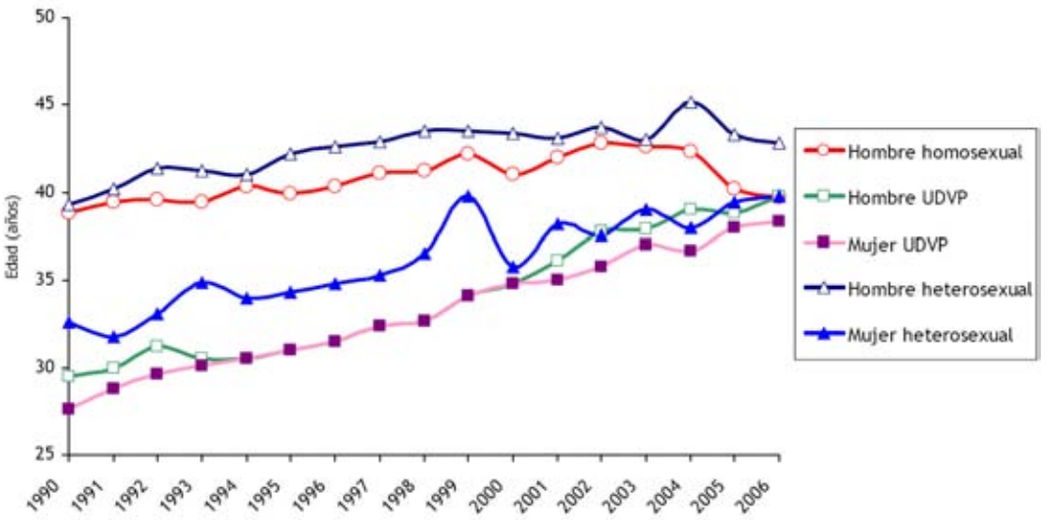


Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

El intervalo de edad de los diagnósticos de caso de SIDA, se sitúa entre los 25 y 45 años. Lo que por primera vez en España pone de manifiesto que aquellos casos diagnosticados con 40 años en 1990, hoy tendrían 67 años. Un nuevo grupo de personas mayores infectadas por VIH que antes no existía, en 2006 tiene cabida. Así, hoy día nos encontramos con 5.476 personas mayores de 50 años que viven con el SIDA, lo que supone un 7,5% de los afectados. Siendo mayores de 60 años un 2,7%.

Por Comunidades Autónomas, la mayor incidencia de diagnósticos en 2006 se encuentra en País Vasco, Melilla, Baleares y Madrid. Las Comunidades Autónomas donde más afectados de SIDA hay en 2006 son en primer lugar Madrid (17.667, un 23,8%), seguido de Cataluña (15.361 un 20,8%) y Andalucía. (10. 504, un 14,2%)

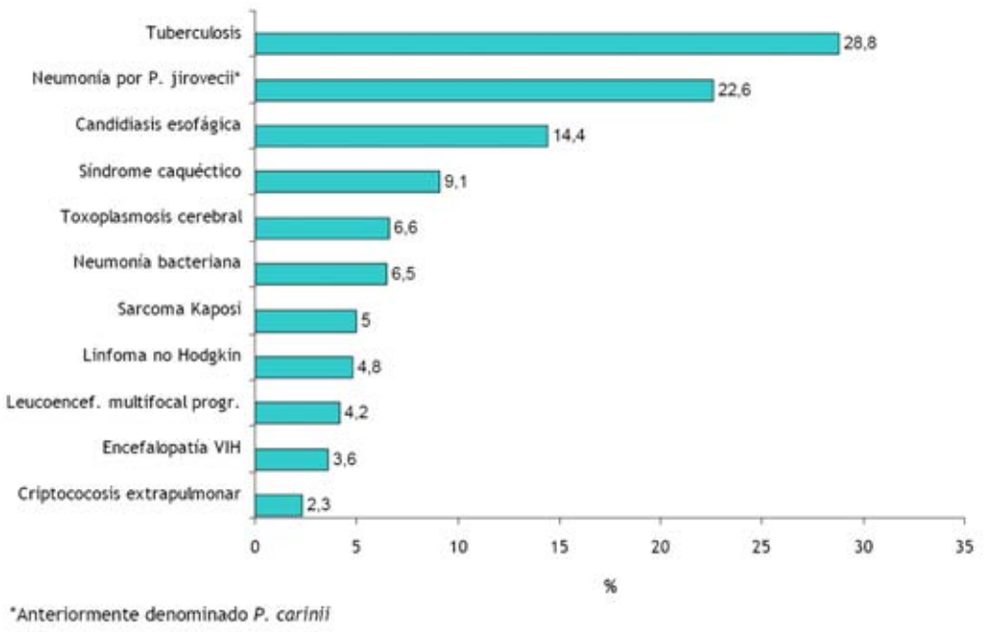
EDAD MEDIA AL DIAGNÓSTICO DE SIDA



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

En el periodo 2003-2006 la tuberculosis de cualquier localización siguió siendo la enfermedad indicativa de sida más frecuente, afectando al 28,8% de los casos. Le sigue la neumonía por *Pneumocystis jirovecii (*antigua *Pneumocystis carinii) con un* (22,6%) y la candidiasis esofágica (14,4%).

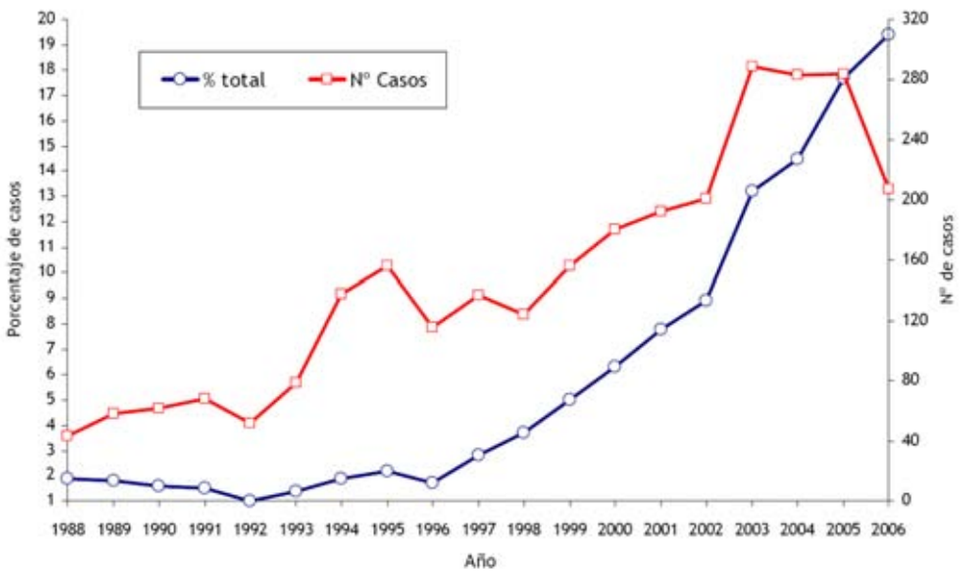
ENFERMEDADES DIAGNÓSTICAS DE SIDA
MÁS FRECUENTES EN ESPAÑA EN EL PERÍODO 2003-2006



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas cuyo país de origen no era España estuvo por debajo del 3%. Pero a partir de 1998 esta cifra subió progresivamente hasta alcanzar el 18,8% en 2006. En este último año el 81,6% de estos casos proceden de países de África y Latinoamérica.

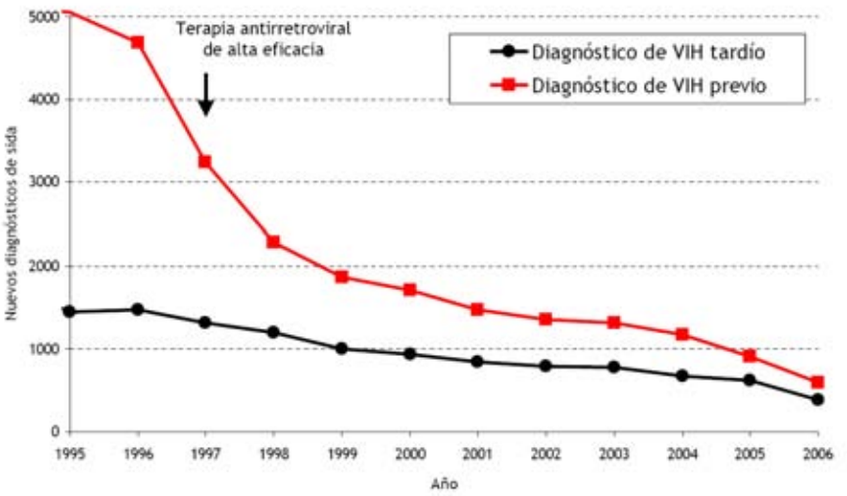
NÚMERO Y PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA EN ESPAÑA EN PERSONASDE OTROS PAÍSES DE ORIGEN.



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

El 40,7% de las personas diagnosticadas de sida en 2005 no eran conscientes de estar infectadas por el VIH en el momento del diagnóstico. Esta proporción asciende a 61,9% entre aquellas que se infectaron por vía heterosexual y a 62% entre los hombres que se infectaron a través de relaciones homosexuales. Como se observa en el gráfico siguiente, desde 1995 el diagnóstico por VIH tardío y el previo tienden a confluir. La mayor parte de las personas infectadas se enteran de su seropositividad cuando se les diagnostica la enfermedad, lo que significa que no parece ser muy usual realizarse las pruebas del VIH cuando existe situación de riesgo.

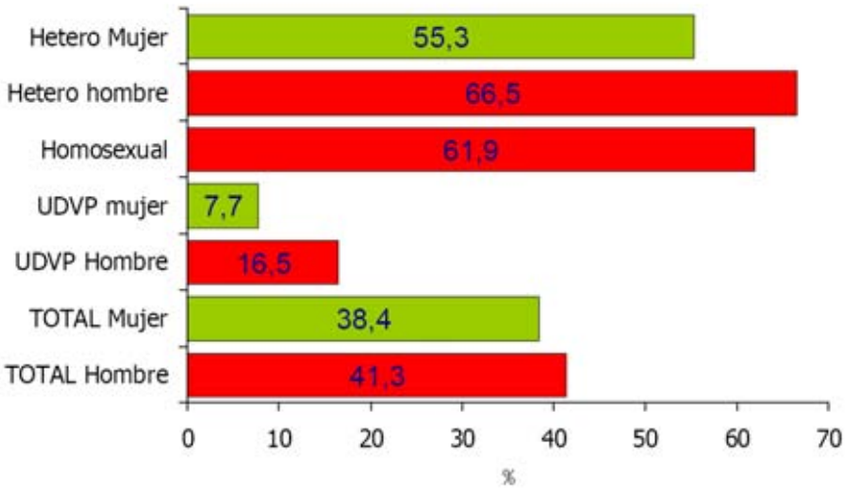
INCIDENCIA DE SIDA SEGÚN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

Parece ser que las personas que en principio han contraído el virus por transmisión sexual, son las que menos perciben el riesgo de ser contagiados, fundamentalmente los heterosexuales varones (66,5%) pero también los homosexuales (61,9%). Los usuarios de dogas inyectadas parecen ser más precavidos, en este caso, más precavidas.

CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN 2005 CON DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN POR VIH POR SEXO



Fuente: *Registro Nacional de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006.*

Según datos del informe publicado por el Plan Nacional de SIDA en 2007, *"Mortalidad por VIH/SIDA en España. Evolución 1981-2005"*[36], en el año 2005 se produjeron en España un total de 387.355 fallecimientos de los cuales 1.492 (3,8 por 1000) fueron por VIH/sida. De éstos, 1.196 (80,2%) se produjeron en hombres y 296(19,8%) en mujeres. La tasa de mortalidad global por VIH/SIDA fue de 3,61 por 100.000 habitantes.

[36] Este informe recoge como fuente de información empleada para vigilar la mortalidad por VIH/SIDA es la Estadística de Mortalidad por Causas elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Esta fuente tiene cobertura nacional y se obtiene de forma similar en todas las comunidades autónomas; no obstante, como limitación está el retraso en su publicación.

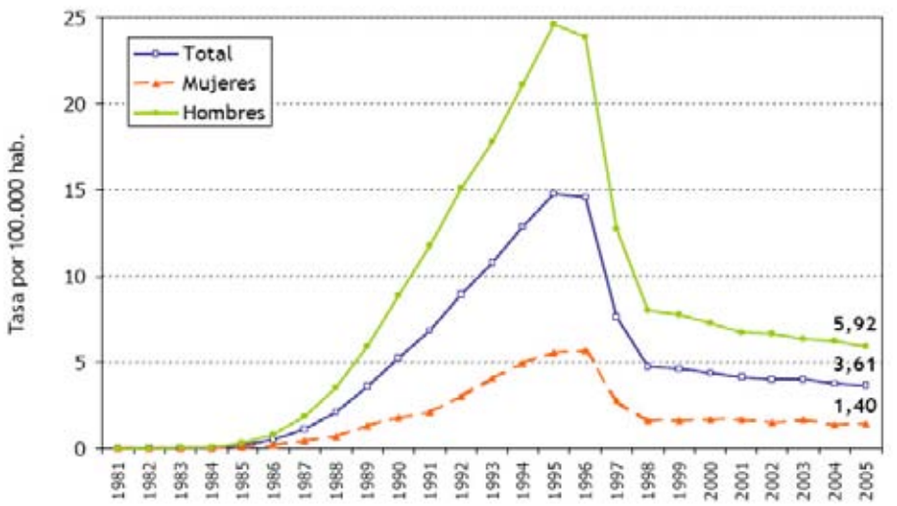
DEFUNCIONES TOTALES, DEFUNCIONES, MORTALIDAD PROPORCIONAL, TASA DE MORTALIDAD VIH/SIDA POR 100.000 HAB., TOTAL Y POR SEXO. AÑO 2005

	Defunciones totales	Defunciones por VIH/sida	Defunciones por VIH/sida (‰)	Tasa de mortalidad VIH/sida por 100.000 habitantes
Hombres	201.769	1.196	5,92	5,92
Mujeres	185.586	296	1,59	1,40
Total	387.355	1.492	3,85	3,61

Fuente: *Mortalidad por VIH/SIDA. Resultados 2005. Instituto de Salud Carlos III de Madrid.*

Entre 1981 y 2005 se han producido en España un total de 48.565 fallecimientos por VIH/sida, 81,2% en hombres y 18,3% en mujeres. El número de defunciones alcanzó su máximo en el año 1995, con 5.857 muertes. A partir de este año, los fallecimientos disminuyeron de forma muy importante hasta 1998 (descenso del 68%); entre 1999 y el 2005 el descenso ha sido más lento (19%) A lo largo del periodo, la tasa de mortalidad ha sido de forma continuada más alta en hombres que en mujeres; en el 1995, la tasa de mortalidad global fue de 14,8 por 100.000 habitantes (24,6 en hombres y 5,6 en mujeres).

TASAS DE MORTALIDAD POR VIH/SIDA TOTAL Y POR SEXOS, 1981-2005

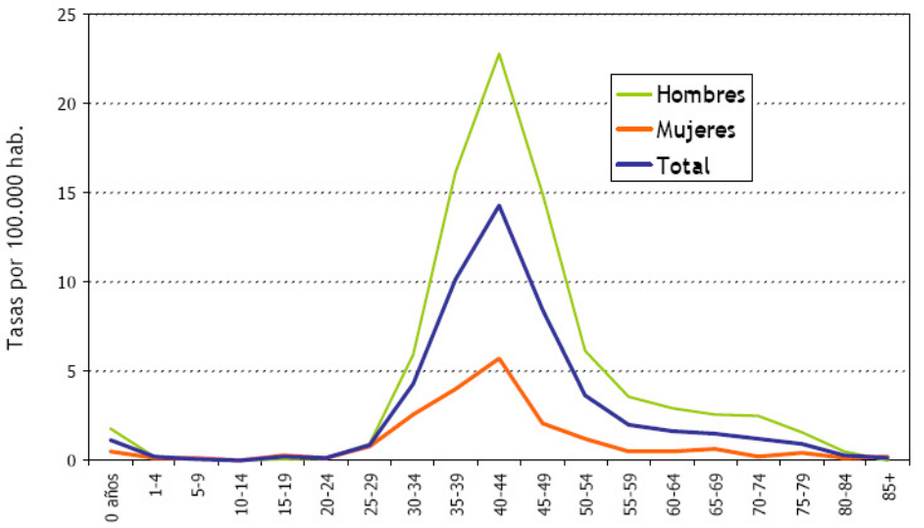


Fuente: *Mortalidad por VIH/SIDA. Resultados 2005. Instituto de Salud Carlos III de Madrid.*

Según grupos de edad, el mayor número de defunciones se registró en el grupo de 40-44 años, 459 personas (30,8% de total de fallecidos), seguido del grupo de 35-39 años, 349 (23,4% del total). Este patrón se repite tanto en hombres como en mujeres.[37]

[37] Para una información detallada de la epidemiología en todos los países, véase Anexo II.

TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD, AÑO 2005



Fuente: *Mortalidad por VIH/SIDA. Resultados 2005. Instituto de Salud Carlos III de Madrid.*

CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS NO VÍRICA DEL SIDA

El 23 de abril de 1984, la Secretaria de Estado de Sanidad y Servicios Sociales de Estados Unidos, Margaret Heckler anunció en una rueda de prensa junto al investigador Robert Gallo que un virus era "la causa probable del SIDA" y que en unos meses estaría disponible el test sanguíneo para detectarlo, así como que en dos años una vacuna estaría lista para ser probada. Gallo y colaboradores registraron la patente de una prueba de detección de anticuerpos contra el mencionado virus, precisamente el mismo día de la rueda de prensa. Esta presentación pública, oficial y políticamente definitiva de un virus como la causa del SIDA, ocurrió antes de que se hubiera publicado un solo estudio americano sobre el mismo en ninguna revista científica (CONNOR, 1987:49-58). De hecho, hasta 1986 no aparece la denominación actual consensuada de VIH como causa del SIDA.

De acuerdo con este punto de vista, el VIH es un retrovirus que se transmite por vía sexual, y por exposición en fluidos corporales. Tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior, en 1982 los Centros para el Control de las Enfermedades de Estados Unidos, en Atlanta (CDC) consideraban contagioso al SIDA porque parecía transmitirse entre los usuarios de drogas inyectadas y entre los homosexuales, a través del contacto sexual o de sangre contaminada. Entre los agentes infecciosos estaban los citomegalovirus (CMV) y algunas bacterias. En 1983 Montagnier y sus colaboradores sugirieron el virus asociado a la linfadenopatía (LAV) y Gallo y sus colaboradores el virus linfocitotrópico de las células T (HTLV) como causas del SIDA. También fueron propuestas como causas, el Sarcoma de Kaposi y la neumonía en homosexuales y las drogas psicoactivas, tales como los nitritos afrodisíacos inhalados (poppers). Se considera que el VIH produce inmunodeficiencia al matar billones de células T, a los 10-11 años como media de la fecha de infección y aparición de los anticuerpos neutralizantes. El VIH es el primer virus para el cuál se interpreta un resultado positivo en la prueba de anticuerpos como un indicador de futuras enfermedades primarias, aunque ningún retrovirus se haya demostrado hasta el momento que sea patógeno para los hombres (Duesberg, 1997:199-1220). Sin embargo, se cree que este retrovirus es perjudicial entre el 50 y 100% de los casos, más que cualquier otro virus humano. Se considera un diagnóstico favorable a SIDA siempre que se encuentre VIH asociado a cualquiera de las enfermedades catalogadas como definitorias del síndrome, incluso sin detección de inmunodeficiencia. A la enfermedad sin síntomas clínicos se le denomina enfermedad por VIH. Hacia 1986, la mayoría de los virólogos habían aceptado la hipótesis del VIH como causa del SIDA: "Independientemente de la presencia de otras

causas de inmunodeficiencia, en presencia de evidencia de laboratorio de VIH, cualquier enfermedad catalogada… indica un diagnóstico de SIDA". (CDC, 1987:1143-1154)

Diferentes investigadores desde un principio se han desmarcado de la línea oficial, cuestionando la citada causa viral de SIDA a través de sus investigaciones cualificadas. Con Peter Duesberg a la cabeza (descubridor de los oncogenes), Robert Rootbernstein, Roberto Giraldo, Rasnick (investigador de los inhibidores de la proteasa) y el equipo de Perth en Australia de Papadopulos-Eleopulos y Turner, se representan las críticas y posibles hipótesis alternativas, tanto en etiología, diagnóstico, y tratamiento. En estos 25 años desde que se diagnosticara el primer caso, un grupo de científicos intentan hacerse eco en la literatura científica de su desacuerdo con el origen viral del SIDA. Más de 4.000 firmantes de un manifiesto para la reevaluación del SIDA entre los que se encuentran tres Premios Nobel de la ciencia, que niegan que el sida sea causado por un virus y que sea una enfermedad transmisible y ni siquiera infecciosa. Ellos son: Walter Gilbert, estadounidense de Boston, Premio Nobel de Química en 1980 por la secuenciación rápida del ADN; Bárbara McClintock, estadounidense de Cold Spring Harbor, Premio Nobel de Medicina 1983 por el descubrimiento de los genes saltarines; Kary Mullis, estadounidense de San Diego, Premio Nobel de Química en 1993 por el invento de la tecnología PCR (reacción en cadena de la polimerasa)

3.1. Etiología

3.1.1. No evidencia empírica del VIH como agente causal del SIDA

Desde 1987, el Catedrático de Biología Molecular y Celular de la Universidad de California, Berkeley, Peter Duesberg[1] viene cuestionando la hipótesis del VIH y el SIDA al constatar que el virus está

[1] Estudió química en las universidades de Würzburg, Basilea y Munich, doctorándose finalmente en Fráncfort en 1963. Trabajó en la investigación de virus en el Instituto Max Planck de Tübingen y desde 1973 es profesor en el Departamento de Biología Molecular y Celular de la Universidad de California en Berkeley. Duesberg aisló el primer gen carcinogénico (gen del cáncer) de un virus a los 33 años, a los 36 años obtuvo plaza fija (tenure) en la Universidad de California, Berkeley, y a los 49 años fue invitado a unirse a la Academia Nacional de Ciencias norteamericana, uno de los más altos honores que puede recibir un científico, por ser un reconocimiento a distinguidos y continuos logros en la realización de investigación original. Recibió también una asignación de fondos de siete años como Investigador Extraordinario (Outstanding Investigator Grant) del Instituto Nacional de Salud norteamericano. Sus controvertidas hipótesis sobre el SIDA causaron una retirada de fondos para la investigación.

latente y presente durante el SIDA en sólo una de cada 500 células T, al recordar que los retrovirus no se caracterizan por matar a las células y al no poder explicar por qué el SIDA viral aparece una media de 10 años después de que el virus haya sido neutralizado por los anticuerpos. La comunidad científica oficial respondió en un principio a estas apreciaciones afirmando que el origen viral del SIDA no se podía defender en términos de virología ortodoxa basada en propiedades genéticas y bioquímicas conocidas del VIH. Sin embargo, se insistió en afirmar la evidencia epidemiológica del VIH como causa del SIDA, así como su futura demostración científica. En 2007 Duesberg sigue poniendo en duda esa presunta evidencia epidemiológica.

3.1.1.1. Correlaciones entre SIDA y VIH

Los principales investigadores oficiales del SIDA señalan la evidencia epidemiológica entre la asociación del VIH y SIDA, y en el caso de Gallo, considera que la epidemiología ha sido un escalón de un buen comienzo (Gallo, 1991). Así pues y en vista de las correlaciones establecidas, la hipótesis oficial sostiene que las personas infectadas con el VIH desarrollarán SIDA y aquellas no infectadas no lo desarrollarán, o lo que manifestaba Gallo al respecto: el VIH es condición *sine qua non* para que se desarrolle la epidemia. A pesar de esta afirmación Montagnier la matizará con la teoría de los cofactores necesarios para su desarrollo, teoría vigente en este momento (Maddox,1992:189). No obstante, la ciencia sabe que correlación no es igual a causalidad, y por ello algunos científicos disidentes aceptan la tal llamada correlación como un dato insignificativo y sin relevancia, al considerar que tal correlación es algo forzada. Peter Duesberg (1991:1575-1579; 1993:131-228) ya a principio de los años 90 observaba diferentes aspectos que le despertaron serias dudas sobre la supuesta correlación entre el VIH y el SIDA, hasta el punto de pronunciarse por negarla. Algunos de ellos son los siguientes:

Actualmente, Duesberg financia su investigación a partir de contribuciones caritativas y con los beneficios de la venta de sus libros. Ha recibido los siguientes premios: Premio Merck 1969. Premio Anual de los Científicos de California 1971. Primer Premio Anual del centro médico Americano en oncología. Premio al Investigador Externo, institutos nacionales de salud, 1986. Academia Nacional de Ciencias, elegido en 1986. Fogarty Scholar Resident en el Instituto Nacional de la Salud, Bethesda, MD, 1986-1987. Wissenschatspreis, Hanover, Alemania, 1988. Lichtfield Lecturer, Oxford, Inglaterra, 1988. C. J. Watson Lecturer, hospital Abbott Northwestern, Mineapolis, 1990. Profesor distinguido, Universidad Norte de Texas, Denton, Texas, 1992. Schaffer Alumni Lecturer, Universidad de Tulane, Nueva Orleans, 1992. Constance Ledward Rollins Lecturer, Universidad de New Hampshire, Durham NH, 15 de diciembre de 1992.

1.- En 1990, en Estados Unidos sólo se había confirmado la presencia de anticuerpos del VIH en el 50% de la población con SIDA. (Selik et. al., 1990:73-82). Aunque se tenga en cuenta que la definición de SIDA está sujeta a la aparición de enfermedades que aparecen en presencia del VIH, por lo que el diagnóstico de SIDA tendría que tener una correlación del 100% con el virus, varios estudios manifiestan que la coincidencia natural entre los anticuerpos del virus y la presencia de SIDA no es tan perfecta, debido a que las enfermedades definitorias de SIDA aparecen en todos los grupos de riesgo independientemente de que tengan o no el VIH, mientras las estadísticas del CDC tampoco dejan claro en sus registros si todos los casos SIDA son VIH+. Duesberg considera que algunas investigaciones constatan que las correlaciones entre el VIH y el SIDA en realidad son correlaciones con los anticuerpos del VIH y el SIDA. Teniendo en cuenta que los anticuerpos lo que nos desvelan es inmunidad contra los virus, su neutralización y no el pronóstico de futura enfermedad, y suelen convivir con virus residuales o moléculas víricas casi indetectables, se podría concluir que los anticuerpos del VIH no son evidencia de la presencia futura de SIDA.

Además de anticuerpos contra el VIH existen también en los pacientes de SIDA microbios pasajeros de algunas de las enfermedades del SIDA, además de encontrarse entre 100 y 150 retrovirus crónicamente latentes en línea germinal humana que se encuentran en todas las células y no sólo en algunas como es el caso del VIH.

2.- El riesgo de padecer SIDA en las personas infectadas por VIH varía entre 10 y 65 veces dependiendo del país. En Estados Unidos, el 10% del millón de seropositivos registrados en 1990 habían desarrollado SIDA desde 1985, mientras que en Uganda solo lo habían desarrollado el 0,8% y en Zaire solo el 0,15%. Parece ser que el SIDA necesitaría de agentes patógenos propios del país para su desarrollo, y si el SIDA implica enfermedades oportunistas como resultado de la inmunodeficiencia, en África se deberían haber esperado, ya en aquel entonces, más casos de SIDA por portador que en Estados Unidos, no siendo así.

3.- El riesgo de padecer SIDA de los estadounidenses seropositivos, en sus orígenes variaba hasta 10 veces según el sexo. Aunque desde 1985 el VIH se ha distribuido por igual en ambos sexos, durante los siguientes 5 años, entre los estadounidenses de 17 a 24 años, se habían

producido unas 10 veces más casos de SIDA en varones. El 95% de ellos eran usuarios de drogas inyectadas o eran homosexuales.

4.- Los riesgos anómalos para la salud correlacionan directamente con la incidencia de las enfermedades del SIDA. Teniendo en cuenta que los grupos afectados con SIDA en Estados Unidos desempeñan prácticas de riesgo en relación a un estilo de vida saludable, y como no hay datos sobre de la incidencia de las enfermedades indicadoras de SIDA en grupos de control sin VIH equiparables en cuanto a riesgos, Duesberg afirma, apoyado por numerosas referencias científicas, que: los agentes patógenos asociados a estilos de vida irregulares son los que están produciendo el SIDA. Solo el 3% de los casos de SIDA en Estados Unidos provienen de personas con conductas libres de riesgo para la salud. Para determinar si las enfermedades consideradas como enfermedades del SIDA son causadas por el VIH, se debería comparar su incidencia en personas sin VIH y esto no se ha comprobado porque estas enfermedades solo se comunican en el CDC como SIDA, si las personas tienen positividad al virus. Por lo que se puede afirmar que no existe evidencia epidemiológica controlada de que el VIH sea un agente patógeno para la población general de los Estados Unidos. De esta manera, se observa cómo los anteriormente denominados grupos de riesgo -en la actualidad reconvertidos como en origen a prácticas de riesgo, ya sean asociadas a estilos de vida, situaciones o iatrogenia-, por sí mismos no poseen una correlación científicamente demostrable con el VIH:

a) Las transfusiones de sangre y factor VIII identificadas como factores importantes en el desarrollo de las enfermedades del SIDA

Un 75% de los hemofílicos estadounidenses portaban el VIH a causa de las transfusiones anteriores a la existencia del test de SIDA (1984). Infecciones que se estima tuvieron lugar entre 1978 y 1984 cuando el Factor VIII se preparaba con la sangre de multitud de donantes. Sólo 300 de los 15.000 hemofílicos estadounidenses han desarrollado el SIDA, lo que supone un 2%. Lo mismo nos dicen los datos que proceden de Alemania, por lo que se estima que en una infección de 5 años de VIH, el riesgo de contraer SIDA está en torno al 3%. Curiosamente, la edad media de vida de los hemofílicos ha aumentado desde 11 años en 1972, a 20 años en 1982 y más de 25 años en 1986, a pesar de que el

75% eran seropositivos. De esto se deduciría que el VIH, en lugar de disminuir la esperanza de vida de los hemofílicos, la aumentaría.

Tampoco se conocía un estudio controlado donde se demostrase que la mortalidad y morbilidad de los hemofílicos con VIH fuera mayor a la de los hemofílicos sin el virus. Así, estudios controlados llegaron a demostrar que la inmunodeficiencia en estos pacientes es independiente al VIH y que el número de transfusiones a lo largo de la vida es la causa de las enfermedades definitorias de SIDA, por lo que la inmunodeficiencia es directamente proporcional al número de transfusiones recibidas en una vida. Siguiendo a los hematólogos Pollack y colaboradores, el trastorno inmunológico en las personas hemofílicas se produce por la transfusión de proteínas extrañas o de un virus omnipresente, que parece no ser el VIH, pues éste era muy difícil encontrarlo en concentrados sanguíneos fuera de Estados Unidos y sí se observó imnunodeficiencia también en pacientes hemofílicos israelíes y escoceses (Pollack et. al., 1985). Incluso entre quienes afirman que el factor de coagulación no es inmunosupresor, sí evidencian que los pacientes hemofílicos aumentan su inmunodeficiencia con la edad y con la acumulación del coagulante durante el transcurso de la vida. Un estudio controlado mostró que las impurezas proteínicas del Factor VIII comercial eran inmunosupresoras para hemofílicos tratados con el Factor VIII, al bajar en dos veces las células T de estos pacientes. Mientras que aquellos seropositivos tratados con Factor VIII purificado se mantuvieron sin cambios (De Biasi et. al., 1991) Se han encontrado enfermedades definitorias de SIDA, 60% de neumonías, 20% de tuberculosis en pacientes hemofílicos entre 1968 y 1979, por lo que el hematólogo americano Aronson (1983:1023) comentó que muchas de las neumonías inespecíficas en pacientes hemofílicos del pasado, hoy serían diagnosticadas como caso SIDA.

De todo esto Duesberg deduce que la transfusión prolongada de proteínas extrañas produce inmunodeficiencia en los hemofílicos con o sin VIH. Para la hipótesis del VIH como causa de SIDA la tasa de morbilidad y mortalidad de los pacientes hemofílicos con VIH es normal, ignorando controles con hemofílicos seronegativos. Otros estudios donde sí ha habido comparación entre seronegativos y seropositivos, consideran que la inmunodepresión está asociada con más frecuencia a estos últimos. Pero habría que tener

en cuenta que las personas seropositivas correlacionan con mayor cantidad de transfusiones recibidas. Más aún si consideramos que como media han estado expuestos al doble de transfusiones que los seronegativos.

Asimismo, la hipótesis que hace referencia al contagio de SIDA por transfusiones necesarias no por hemofilia sino por otras enfermedades, tampoco ha sido controlada: el 50% de los pacientes americanos no hemofílicos mueren durante el año posterior a la transfusión y el 60% lo hace durante los tres años siguientes, mucho antes de los 10 años que necesita el VIH para resultar nocivo. Teniendo en cuenta que el riesgo de SIDA de los receptores de transfusión aumenta entre 3 y 6 veces más rápido dependiendo del volumen de sangre recibido, esto indica que la enfermedad que produjo la transfusión será la responsable de la alta mortalidad y no el VIH tal y como consideran los investigadores oficiales del SIDA.

La conclusión de todo esto lleva a Duesberg a lo siguiente:

En primer lugar, los hemofílicos seropositivos tendrán más edad que la media de hemofílicos, lo que confirma que es la dosis acumulada de transfusiones lo que les produce el aumento de la inmunodepresión y el mayor surgimiento de enfermedades oportunistas.

En segundo lugar, la inmunodeficiencia debida a las proteínas extrañas le lleva a aventurar que todas las enfermedades de SIDA serían infecciones oportunistas, algo que no ocurre con el resto de la población con SIDA, para quienes en un 38% sus enfermedades no dependen ni se asocian con inmunodepresión. Así en Estados Unidos, el 99% de los hemofílicos con SIDA tienen enfermedades oportunistas.

En tercer lugar, si fuera el VIH el causante del SIDA en la población hemofílica, sus parejas podrían ser infectadas por vía sexual. Los datos del CDC informan que en 1992 eran 24 las esposas de hemofílicos diagnosticadas con enfermedades SIDA, de unas 5.000 posibles. Se estudió la razón de células T4 T8 de 41 compañeras sexuales de personas hemofílicas inmunodeficientes, 22 tuvieron relaciones con hemofílicos con razones de células T por debajo de 1 y 19 con razones de 1 y superiores. La relación media fue de 10 años, y la cantidad media de contactos sexuales en el último año, fueron de 111, utilizando preservativos sólo un 12%. Como las razones de células T de todas las parejas fueron normales, se llega a la conclusión de que no hay evidencia hasta la fecha de la transmisión

heterosexual que provoque irregularidades en las células T desde los hemofílicos a sus esposas. Por lo tanto, Duesberg deduce que la hipótesis de proteínas extrañas pero no la hipótesis del VIH predice la patología, la distribución por edad, la no transmisibilidad del SIDA en la hemofilia y la inmunodeficiencia sin VIH en los hemofílicos.

Por último, y en respuesta al argumento del CDC de que los pacientes hemofílicos sólo comienzan a desarrollar SIDA en presencia del VIH, se propone que las enfermedades definitorias de SIDA que tienen los hemofílicos, son una consecuencia del aumento de la esperanza de vida gracias al Factor VIII. Éste a su vez al poseer proteínas extrañas contaminantes ha sido el responsable de la aparición de microbios y del VIH en el 75% de los casos, por ello se puede considerar al VIH como marcador de la cantidad de transfusiones del Factor VIII recibidos, así como lo era antes el virus de la hepatitis, hasta que fue eliminado de las transfusiones. (Duesberg, 1993)

b) Malnutrición en África y VIH

A comienzos de los años 90 el riesgo de padecer SIDA en la población Africana seropositiva era 10 veces menor que el riego medio en Estados Unidos y Europa y 100 veces menor que en los grupos de riesgo de estas dos latitudes. Esto era así porque la tasa de seropositivos en África era mucho mayor y el porcentaje de enfermos de SIDA no lo era tanto. Lo cierto es que diferentes estudios muestran como sólo alrededor del 50% de los seropositivos en África tienen SIDA. Es importante tener en cuenta en nuestro análisis que algunas de las enfermedades definitorias de SIDA en África son la malnutrición, infecciones parasitarias, y la falta de higiene y que la incidencia de la tuberculosis, diarrea, fiebre y otras enfermedades del SIDA en África coexisten de la misma manera sea seropositivo o seronegativo. Asimismo, antes del descubrimiento del VIH, los investigadores del SIDA Faunci y colaboradores, ya habían identificado la malnutrición proteínica como la principal causa mundial de inmunodeficiencia, en especial en los países subdesarrollados (Seligmann et. al., 1984:1286-1292). Por lo tanto no se observa una correlación importante entre VIH y SIDA en África.

c) Consumo de drogas intravenosas y VIH

Numerosos estudios han demostrado que la morbilidad y mortalidad de los usuarios de drogas es independiente al VIH. Duesberg recoge un estudio que demuestra que en 297 personas dependientes de drogas intravenosas, seropositivos asintomáticos, el riesgo de contraer SIDA en 18 meses era mayor en quienes continuaban inyectándose. En base a estos estudios Duesberg propone que la dosis del consumo de drogas a lo largo de la vida es la que determina el riesgo anual de SIDA en estos usuarios de drogas.

d) Prácticas homosexuales y VIH

Como el riesgo de prevalencia de VIH en varones homosexuales en 1992 era mayor que en la media de Estados Unidos, Duesberg consideraba que se deberían identificar las prácticas de riesgo del aún entonces designado como grupo de riesgo. Siguiendo las correlaciones entre el consumo de drogas y los homosexuales sin VIH, Duesberg propone que el consumo acumulativo de estimulantes sexuales y drogas psicoactivas determina el riesgo anual de SIDA de los varones homosexuales, pues antes de que se descubriera el VIH estas prácticas conllevaban el diagnóstico de las enfermedades definitorias de SIDA.

e) Los bebés infectados con VIH

La salud de los bebés cuyas madres son consumidoras de drogas o hemofílicas hace que tras una media de 2 años, desarrollen enfermedades definitorias de SIDA, al nacer el niño con un sistema inmunológico defectuoso, y esto es así independientemente de que exista VIH o no.

f) Transmisión sexual en mujeres prostituidas

Siguiendo a Root Bernstein, (1993), las mujeres que ejercen la prostitución suelen tener entre 200 y 300 compañeros sexuales por año y se asume que tienen riesgos más elevados de exposición al VIH y al SIDA que la mayoría de los heterosexuales. En un principio, la investigación del SIDA asumió que las mujeres que ejercían la prostitución serían los nexos de transmisión con la población heterosexual. Una mujer prostituida contagiada por un cliente por vía sexual podría transmitírselo a los demás clientes, lo que daría una

propagación del VIH entre un número importante de personas que en principio no pertenecerían a los por entonces denominados “grupos de riesgo” en un primer momento descritos. Sin embargo, hasta este momento no hay constancia de que a través de la prostitución se esté transmitiendo el virus en ningún país occidental, y los informes de investigadores estadounidenses, británicos, y alemanes han concluido que la transmisión del VIH a partir de la prostitución, está relacionada con las drogas, pues la infección en esta población es mínima en ausencia de consumo de aquellas. En la Ciudad de Nueva York entre el 40 y 50% de mujeres que practicaban la prostitución en la calle, con una calidad de vida muy pobre, consumidoras de drogas inyectadas, eran seropositivas en la década de los 80. Entre las llamadas *call girls* de Nueva York, un tipo de mujeres que ejercen la prostitución en mejores condiciones de calidad de vida que las anteriores, no se encontró el VIH, entre las no consumidoras de drogas.

En occidente se han encontrado las mismas cifras en esta década de los 80: En Sevilla (España) eran seropositivas el 20% de aquellas que consumían drogas y el 2,5% de las que no consumían. 8 de cada 10.000 no consumidoras de drogas inyectadas eran VIH+ en Filipinas. Los estudios realizados con mujeres que ejercían la prostitución sin consumir drogas intravenosas realizados en Ámsterdam, Londres, Zurich, París, Viena, Atenas, Pardenone (Italia), Callao (Perú), Reno (Nevada), Tijuana (México) y Túnez, durante esta década encontraron una mínima prevalencia de VIH.

Rosemberg y Weiner, (1988:418-423) llegaron en 1988 a la conclusión de que la incidencia de VIH en mujeres prostituidas no consumidoras de drogas tiende a ser mínima, lo que implica que la transmisión por vía sexual no es la que les coloca en alto riesgo de contagio del VIH. Es importante también constatar que la no transmisión por vía sexual del virus no se ha debido a las prácticas de sexo seguro, pues los mismos estudios mostraban tasas muy bajas de uso de preservativos y tasas relativamente altas de contagio de otras enfermedades por vía sexual tales como: sífilis y hepatitis B, con una prevalencia entre el 20 y 50%; anticuerpos de la clamidia, herpes simple I y herpes simple II y gonorrea entre un 95 y 100% de los casos. En definitiva, el VIH no se está comportando como una enfermedad de transmisión sexual, por lo que la promiscuidad sexual por sí misma no parece aumentar el riesgo de contagio, según los estudios consultados.

g) En todos los grupos de riesgo aparecen enfermedades indicadoras de SIDA en ausencia de VIH

Duesberg, (1991:1575-1579) recoge diferentes investigaciones tras revisar la literatura científica que argumentan casos de enfermedades oportunistas del SIDA en ausencia del VIH: Un estudio encuentra inmunodeficiencia grave en 6 de 14 hemofílicos sin VIH y en 9 de 15 hemofílicos seropositivos. Otro estudio descubre un grupo de 5 hemofílicos con inmunodeficiencia antes de ser infectados con el virus. Otros han encontrado el virus en sólo 7 de 19, o en 10 de 19 hemofílicos con inmunodeficiencias similares. Otro estudio prospectivo hecho en Canadá encontró inmunodeficiencia en 33 de 161 hombres homosexuales seronegativos, nueve de ellos después se infectaron de VIH. Un estudio identificó 12 casos de Sarcoma de Kaposi sin VIH en varones homosexuales americanos, algunos de los cuales ocurrían en ausencia de inmunodeficiencia. Otros encontraron Sarcoma de Kaposi en grupos de riesgo de SIDA, antes que SIDA. En otros casos no hay rastro de VIH ni siquiera en los casos de Sarcoma de Kaposi en los que se ha confirmado la existencia de anticuerpos contra el VIH. De lo anterior se deduce, que en los varones homosexuales el VIH no es necesario ni para presentar inmunodeficiencia, ni Sarcoma de Kaposi; Entre los usuarios de drogas inyectadas de Nueva York que presentaban algunas de las enfermedades de SIDA, no se ha encontrado VIH en 26 de las 50 muertes por neumonía, 15 de 22 muertes por endocarditis y 5 de 16 muertes por tuberculosis. En 24 de 54 personas recluidas en las cárceles del Estado de Nueva York con tuberculosis, de los cuales 47 habían usado drogas, no se ha encontrado tampoco el virus. En un grupo de 21 consumidores de heroína de los cuales sólo 2 tenían VIH, se encontró que la relación entre células T Helper y supresoras descendía en 13 años de 2 a 1, algo característico del SIDA.

Asimismo, hay un problema con las estadísticas de SIDA ya que hasta 1989 solo un 73% de los casos SIDA de Estados Unidos eran positivos al VIH: solo el 39% de los casos de SIDA en Nueva York y el 61% de los de California.

Duesberg tras más de 20 años de investigación científica, constata que no hay evidencia empírica de correlación entre VIH y SIDA.

3.1.1.2. Correlación no implica causalidad

La existencia de una asociación entre dos eventos, características o variables, no implica necesariamente, que dicha asociación tenga un carácter causal. Asociación y causalidad no son términos sinónimos. Aunque algunos políticos, científicos y medios de comunicación lo empleen.

Existen dos tipos de asociación, la asociación asimétrica o causal y la asociación simétrica o no causal. En la asociación asimétrica, la variable causal debe preceder a sus efectos, siendo el único criterio absolutamente esencial para que una asociación pueda ser considerada como asimétrica o causal, que la causa precede al efecto. Aún así este solo hecho tampoco garantiza el carácter causal de una asociación. Durante el transcurso de una enfermedad, pueden coexistir o asociarse a ella una variedad de fenómenos que no tienen relación directa que permita considerarlos como agentes causales de dicha enfermedad. Esta sería una asociación no causal o simétrica, en la cual los eventos, características o variables asociadas no desempeñan un papel en la génesis de dicha enfermedad, aunque su presencia pueda favorecer y aumentar la frecuencia de la enfermedad en cuestión. (Jekes et. al., 1996: 54-64; Rothman, 1986:327-350)

El término causalidad implica una relación entre las causas y los efectos que ellas producen. Una causa se denomina necesaria cuando siempre precede al efecto, pero este efecto no tiene que ser el único resultado de la causa. De otro lado, una causa se denomina suficiente cuando inevitablemente ella inicia o produce un efecto. Debe tenerse en cuenta que una causa dada puede ser necesaria o suficiente, o ambas o inclusive ninguna de las dos. La literatura científica recoge la existencia de una asociación entre el VIH y el SIDA, pero el análisis de dicha asociación no permite considerarla como una asociación asimétrica o causal. Los miles de pacientes con SIDA que son VIH negativos son una clara demostración de que el VIH no es necesario para que se desarrolle este síndrome. (Giraldo, 1996)

3.1.2. SIDA como enfermedad infecciosa

Con base en las características comunes a todas las enfermedades infecciosas ortodoxas, se anticipa a predecir unos postulados para el SIDA que posteriormente desmonta por la evidencia empírica documentada a lo largo de su trabajo:

a) Se propagará al azar entre los sexos. Dato cierto para las enfermedades venéreas e infecciosas. A diferencia de las enfermedades infecciosas, el SIDA en América y Europa empezó siendo una enfermedad que afectaba de manera no aleatoria al 90% de los varones.

b) Causará la enfermedad a la semana o meses después de la infección ya que los agentes infecciosos se multiplican de manera exponencial en los huéspedes hasta que son detenidos por la inmunidad. Son toxinas autorreplicantes y por tanto de actividad rápida. Nunca se ha demostrado experimentalmente la patogenicidad lenta de un virus neutralizado. Los largos períodos de latencia entre la infección y la aparición de los primeros síntomas que se calculan en unos 10 años en adultos, contrastan con los breves intervalos de día o semanas que se dan en todos los virus clásicos, incluyendo los retrovirus. Estos breves períodos de tiempo son los necesarios para producir una reacción inmunológica y por tanto concentraciones patógenas. Una vez detenidos por el sistema inmunológico, los virus y microbios convencionales no vuelven a ser patógenos. Los virus lentos dicen que tardan meses o años en replicarse, pero el VIH se replica entre 24 y 48 horas igual que cualquier retrovirus. Por lo tanto, la existencia de largos períodos de latencia entre la inmunidad contra un microbio y una enfermedad dada, son incompatibles con las causas microbianas convencionales, incluyendo el VIH. Este virus podría tener su protagonismo en el SIDA si este se reactivara por una inmunodeficiencia adquirida como ocurre con la cándida, pneumocystis y los citomegalovirus, pero el VIH parece estar casi siempre inactivo, incluso durante la inmunodeficiencia adquirida. Parece que esta variación en los períodos de latencia no es coherente con un agente infeccioso y más podría serlo con una exposición crónica a tóxicos. Por lo tanto, los largos períodos de latencia parecen ser artefactos estadísticos para relacionar el VIH con el SIDA y dar tiempo a las causas reales de SIDA a que generen las enfermedades definitorias. (Duesberg, 1987:1199-1220)

c) Coincidirá con un microbio común, activo y abundante en todos los casos de la misma enfermedad. Los microbios inactivos o en bajas concentraciones son pasajeros inofensivos, retrovirus endógenos y latentes. La hibernación es una estrategia de supervivencia microbiana demostrada que permite la coexistencia indefinida con el

huésped sin patogenicidad. No existe ningún microbio activo común a todos los pacientes de SIDA. Si estas enfermedades estuvieran causadas directamente por el VIH, todos los sujetos infectados presentarían igual riesgo para todas. Sin embargo, el 53% de los pacientes de SIDA de Estados Unidos padecen neumonía por Pneumocystis Carinii y el 13% tiene Candidiasis, mientras que el 90% de los pacientes Africanos padecen de enfermedad por adelgazamiento, fiebre, diarrea, tuberculosis, pero ni neumonía ni candidiasis (CDC, 1990:January issue). Las enfermedades de SIDA de los niños son diferentes a las de los adultos, 50% de neumonía, 16% de consunción, 12% demencia, 20% enfermedades bacterianas, en Estados Unidos el Sarcoma de Kaposi aparece con una incidencia 20 veces mayor en varones homosexuales que en hemofílicos o consumidores de drogas inyectadas. Todo ello podría sugerir que las causas primarias deben ser agentes patógenos diferentes y no transmisibles.

d) Generará un patrón de síntomas predecibles. No hay ningún patrón común predecible de síntomas SIDA en pacientes de grupo de riesgo diferente, en realidad cada grupo de riesgo tiene enfermedades características. Las enfermedades específicas del SIDA no se transmiten entre diferentes grupos de riesgo.

e) Se propagará de manera exponencial entre la población. A diferencia de las enfermedades infecciosas nuevas, el SIDA no se propaga exponencialmente. Si el SIDA es considerada como una de las nuevas enfermedades de transmisión sexual, no coincide con las nuevas enfermedades infecciosas que se propagan exponencialmente hasta que se ha saturado la población susceptible, en un proceso descrito por la Ley de Farr [2]. Por ello se esperaría que la transmisión sexual del SIDA fuera exponencial, siempre que existiera promiscuidad. Sin embargo, desde que existe la prueba del SIDA y desde que en 1987 se estableció la primera definición de SIDA, la difusión ha sido lenta ya que de los 100 millones de estadounidenses sexualmente activos se han declarado sólo entre 20 y 30.000 casos por año. (CDC, 1990)

[2] Ley de Farr: "Las epidemias deben aumentar, *cp*, sus tasas de incidencia exponencialmente" *Cp* es la abreviatura de Ceteris Paribus, locución latina que significa que se mantienen constantes las variables.

Por lo anteriormente expuesto, Duesberg presenta con evidencias científicas documentadas cómo existen inconsistencias claras al considerar el SIDA como una enfermedad infecciosa, por lo que se podía afirmar que el SIDA no cumple ni siquiera uno de los criterios clásicos de una enfermedad infecciosa.

3.1.3 Patogenicidad del VIH

Siguiendo a Duesberg (1993:131-228), la evidencia científica de patogenicidad de un virus depende de: reunir los postulados clásicos de Koch; evitar la patogenicidad mediante vacunación; curar la enfermedad con fármacos antivirales; evitar la enfermedad evitando la infección.

3.1.3.1- Reunir los postulados clásicos de Koch

A continuación se exponen los postulados de Koch para determinar las características de los gérmenes patógenos y la comprobación de su verificación en el VIH como causa del SIDA.

a) El agente aparece en cada caso de enfermedad y en cantidades suficientes para producir efectos patológicos

El VIH no está presente en todos los pacientes de SIDA[3], ni se encuentran anticuerpos contra el VIH en todos los pacientes con enfermedades definitorias de SIDA. El VIH nunca está presente en cantidades suficientes como para producir efectos patológicos:

Como solo una media de 0,1% (una entre cada 500 a 3.000) células T están infectadas por el VIH en los pacientes de SIDA y alrededor de un 3% de células T se regeneran durante los días que un retrovirus tarda en infectar una célula, el VIH nunca podría matar suficientes células T para producir inmunodeficiencia. Por lo que si cada célula T infectada fuera destruida por el VIH, solo podría gastar las células T a 1/30 de su tasa normal de regeneración, además de la regeneración activa. Es muy difícil, por lo tanto, causar deficiencia de células T.

También resulta inconsistente que la fracción de los leucocitos infectados de VIH en pacientes con las mismas enfermedades varíe entre 30 y 100 veces. Cuando en todas las enfermedades víricas

[3] Linfocitopenia Idiopática de los T CD4, nueva enfermedad creada en 1992 para denominar SIDA sin VIH.

tradicionales el grado de patogenicidad es directamente proporcional a la cantidad de células infectadas. Resulta también inconsistente el que haya más de 40 veces más leucocitos infectados en muchos portadores del VIH sanos que en pacientes con SIDA. Bagasra y colaboradores (1992, pp.1385-1391) afirman que existen personas sanas con entre 33 y 43 veces más células infectadas por VIH que en pacientes SIDA.

En cuanto a la función biológica, se aprecia que los niveles de ARN del VIH en el SIDA son muy bajos o inexistentes: solo de cada 10.000 a 100.000 millones de leucocitos expresan ARN vírico en el 50% de los pacientes, mientras en el otro 50% la carga viral es indetectable. Se resalta que el mismo hecho de tener que acudir a la prueba diagnóstica a través de la ampliación de la PCR indica que tan mínimos niveles son insuficientes para generar tal nivel de enfermedad.

En varias enfermedades del SIDA no producidas por inmunodeficiencia como es el caso del Sarcoma de Kaposi o demencias, no se encuentra rastro del VIH. En este último caso por la incapacidad de los retrovirus de infectar células que no se dividen como es el caso de las neuronas.

b) El agente no se encuentra en otras enfermedades

Otro de los postulados de Koch que no cumple es que el agente vírico no tendría que encontrarse en otras enfermedades y sin embargo lo hace en 32 enfermedades más una no enfermedad (recuento de la carga viral) distintas y algunas sin relación entre ellas como puede ser entre la demencia y la diarrea.

c) Tras el aislamiento y la propagación en cultivo, el agente puede provocar la enfermedad de nuevo

El VIH Tampoco cumple el tercero de los postulados de Koch, porque no consigue producir SIDA cuando se inocula el virus a Chimpancés que fabrican anticuerpos contra el VIH igual que los humanos, e incluso cuando se introduce en los mismos humanos accidentalmente. En este caso, aunque se entienden limitaciones de Koch el que la mayoría de los microbios sólo resultan patógenos con el sistema inmunológico bajo, tal es el caso con el bacilo de la tuberculosis, el cólera, el virus de la gripe y el virus de la polio entre muchos otros. Sin embargo, esto no impide que la literatura científica aún tenga que probar que uno solo de los miembros del personal sanitario o científico hayan contraído SIDA por haber estado expuestos al virus del VIH. Aunque el CDC ya en 1992 diera la noticia de que 7 trabajadores sanitarios

habían desarrollado SIDA por infección ocupacional, lo cierto es que no ha habido evidencias de que fuera esa la causa real, al no conocer el dato de sus hábitos, como pudiera ser el posible de consumo de drogas, e incluso no se conoce el sexo de estos 7 supuestos casos de SIDA, ni si la enfermedad se ha desarrollado antes o después del tratamiento con AZT.

A la vista de estos datos los investigadores del SIDA que reconocen el VIH como causa del SIDA, también reconocen que esta hipótesis no cumple los postulados de Koch, pero su conclusión es que este fallo invalida los postulados en vez de invalidar el VIH como la causa del SIDA. Argumentan que bajo estas leyes no se demuestra al VIH como el agente que induce el SIDA, pero que habrá que mostrar otras leyes que lo demuestren.

3.1.3.2. Evitar la patogenicidad mediante vacunación

Desde la vacunación de Jenner[4] a finales del siglo XVIII todas las enfermedades víricas son prevenidas o curadas con inmunidad antivírica. En el caso del VIH se detectan anticuerpos naturales del virus que lo neutralizan hasta niveles indetectables, pero que son incapaces de prevenir contra las enfermedades del SIDA. Tal y como sostienen los investigadores oficiales, son anticuerpos contra el VIH pero no neutralizantes (Baltimore; Feinberg, 1990; Gallo, 1991) Sin embargo, existen evidencias empíricas documentadas de que la actividad del virus es limitada debido a la inmunidad antivírica natural, reduciéndose a menos de 1 por cada 1000 células T. (Clark, et. al., 1991)

3.1.3.3. Curar la enfermedad con fármacos antivíricos

En el apartado posterior del tratamiento de la enfermedad, se abordará con mayor detenimiento

[4]El médico inglés Edward Jenner realiza la primera inoculación de la vacuna contra la viruela, uno de los peores males que sufría la humanidad: una de cada diez personas morían por su causa. Jenner, un boticario y cirujano de Berkeley (Inglaterra), notó que los que habían sufrido previamente viruela vacuna -enfermedad de las vacas que causa sólo síntomas de poca importancia en el hombre- demostraban resistencia cuando se exponían a la viruela. El 14 de mayo de 1796 extrajo pus de una pústula de la mano de Sarah Nelmes, una ordeñadora que había contraído la viruela de su vaca lechera e inoculó a James Phipps, un niño saludable de 8 años, mediante dos incisiones superficiales. El niño desarrolló una leve enfermedad que desapareció sin la menor complicación. El primer día de julio, se inoculó al niño con la viruela, pero no se enfermó. Hoy día la viruela es una de las pocas enfermedades erradicadas de la faz del planeta. El descubrimiento de Jenner se publicó en su libro "*An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae, a Disease Known by the Name of Cow Pox*" (*Investigaciones acerca de las causas y efectos de las vacunas de la viruela*) en 1798, donde también se acuñó el término virus.

la hipótesis que sostiene que los fármacos antivirales producen efectos tóxicos en el organismo y por tanto adversos en la cura del SIDA. De hecho, su efecto quimioterapéutico hace disminuir el sistema inmunológico, por lo que más enfermedades oportunistas pueden ser albergadas en el organismo. Desde que en 1987 se diera licencia al AZT como fármaco recomendado a los enfermos de SIDA y desde que en 1990 también se concediera la licencia para ser administrado como prevención para portadores, pasando por la triple terapia de 1996 y los actuales inhibidores de la fusión, lo cierto es que aún no se ha curado la enfermedad.

3.1.3.4. Evitar la enfermedad evitando la infección

La ausencia de VIH no es indispensable para que no aparezcan enfermedades definitorias de SIDA. Lo único que consigue es evitar el diagnóstico como SIDA. De hecho las enfermedades definitorias del SIDA existían antes del virus. Recordemos la existencia de un síndrome similar a SIDA pero en ausencia de VIH, con los mismos síntomas y las mismas enfermedades concomitantes y que en 1992 los CDC lo consideraron una nueva enfermedad denominada Linfocitopenia Idiopática de los T CD4 (Weiss, et. al., 1992:608-609; Faucci, 1993: 429-431)

3.1.4. Causa del SIDA

Desde que Luc Montagnier hiciera las siguientes declaraciones en la XIII Conferencia Internacional sobre SIDA en Ámsterdam en julio 1992: *"Creo que ahora deberíamos centrarnos en los cofactores igual que lo hemos hecho en el VIH". "...*Alrededor del 10% de los seropositivos no llegará nunca a tener SIDA*" "...*Hay un pequeño número de casos de SIDA en los que no hay rastro del VIH*" "...*Es bastante posible que algún otro agente, a veces induzca a algún tipo de reacción autoinmune que destruiría el sistema inmune. El VIH no es el único*" y escribió: "*El VIH es necesario pero, sin el cofactor no es una causa suficiente de SIDA*" (Maddox, 1992:189). Los investigadores de la hipótesis oficial asumen de pleno esta teoría de los cofactores, considerando que estos, por un lado activarían las células inmunocompetentes, lo que las haría susceptibles a la replicación del VIH y por otro lado, causarían inmunodepresión por sí mismos. Tendrían efectos inmunogénicos e inmunotóxicos. (Fauci, 1993a; Levy 1993,1998). A continuación se citan algunos de los agentes que se han propuesto como cofactores en la literatura científica a lo largo de los años.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD POR VIH

Factores Ambientales (Cofactores)	Características del Huésped
Agentes infecciosos	Antígenos HLA
Micoplasmas	Edad
Mycobacterium tuberculosis	Sexo
Citomegalovirus	Ejercicio y estrés
Virus de Epstein-Barr	Estado nutricional
Virus del herpes simple 1 y 2	Reactividad inmune preferente (TH1/TH2)
HHV-6	Repertorio de receptores de quimoquinas
HTLV-1 y HTLV-2	
VIH-2	
VHB	
Papovavirus	
Adenovirus	
VIH-1 (nuevas infecciones)	
Fármacos y tóxicos	Propiedades del inóculo vírico
Metadona	Número de partículas víricas transmitidas
Heroína	Vía de contagio
Nicotina	Características de la cepa vírica
Nitritos de amilo	Capacidad para inducir sincitios
Alcohol	Tasa de replicación
Agentes físicos	Resistencia a AZT
Luz ultravioleta	Variabilidad genética («cuasiespecies»)
Temperatura elevada	
Otros	
Transfusiones, etc.	

Fuente: *Soriano, V., (1999) Manual del SIDA. Madrid: Iespala, p. 271.*

3.1.4.1. El VIH existe pero no es la causa del SIDA

Los casos de SIDA sin VIH no son una novedad, ya que se ha estado informando desde 1986 en la literatura médica. Los pacientes habían desarrollado cantidades bajas de CD4, sarcoma de Kaposi, candidiasis sistémica, tuberculosis sistémica, trombocitopenia y otras infecciones oportunistas. La cantidad de casos sin VIH era significativa. Hasta 1989 el CDC informó de que el 5% de todos los pacientes SIDA de los Estados Unidos sometidos a pruebas VIH, daban negativo. Desde 1989 el CDC no ha proporcionado nuevas cifras. La existencia de SIDA sin VIH demuestra que el VIH no sería una causa necesaria en la inmunodeficiencia adquirida. Esto nos indica que el VIH no parece ser el único agente inmunosupresor en el SIDA. El hecho de que pudiera ser otro virus el cofactor es casi remoto, ya que sería muy difícil que casi todos los laboratorios del mundo hubieran pasado por alto un virus diferente. Ello nos llevaría a pensar en la probabilidad de que los casos de SIDA sin VIH se deban a factores inmunosupresores conocidos, pero que los investigadores ortodoxos no parecen haber considerado significativos. (Root-Bernstein, 1992).[5]

Sonnabend (1989) considera que existe una explicación para la asociación entre seropositividad al VIH y SIDA que no requiere que el VIH cumpla una función etiológica y que no ha sido excluida. Para explicarla partimos de la biología de los retrovirus y de la respuesta inmunológica:

Los retrovirus, como todos los virus, están formados por un núcleo de ácido nucleico (en el caso del VIH, ARN) rodeado por una cubierta proteica. Los retrovirus también poseen una envoltura lipídica externa, derivada de la membrana exterior de la célula donde se le produjo. Se fabrican anticuerpos contra los componentes proteicos del virus, no contra el ácido nucleico, aunque éste es el responsable de que la célula fabrique las proteínas víricas. La cantidad de proteína en una pequeña inoculación infectante puede ser insuficiente para estimular al organismo para fabricar anticuerpos. Cuando los retrovirus penetran en una célula están desensamblados y el ARN se inserta en el material genético de la célula por un proceso de transcripción inversa, en el cual el ARN vírico se convierte en ADN. Este ADN vírico puede permanecer inactivo y en este caso no se fabricarían proteínas víricas y el único indicio de

[5] Robert Root-Bernstein es Profesor de Fisiología en la Universidad del Estado de Michigan. Revisa la extensa literatura en investigación del SIDA y observa numerosas anomalías en dicha literatura. Así cuestiona tajantemente la hipótesis del VIH, mostrando como la propagación del SIDA no coincide con las predicciones que plantea el modelo VIH y como incluso pacientes seropositivos parecen haberse librado por sí mismo del virus. Este autor presenta un modelo alternativo multifactorial y autoinmune de la epidemia del SIDA que plantea la enfermedad como el resultado de numerosos ataques sinérgicos al sistema inmunitario, incluyendo el VIH.

que la célula está infectada es la detección de la ARN vírico mediante una serie de técnicas entre las que se encuentra el PCR.

Desde un principio los investigadores oficiales del SIDA han asegurado siempre que a la infección por VIH le sigue una replicación vírica suficiente, de forma que se fabrica suficiente proteína vírica para desencadenar la respuesta de anticuerpos. Es decir, tras un período ventana de tres meses de seronegatividad después de la infección, aparece la seroconversión y el individuo infectado se vuelve reactivo a las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH. Sin embargo, en ausencia de modelos de infección por retrovirus en humanos, no hay ninguna base científica que justifique esta descripción del curso de la infección. Es posible que a la infección le siga una replicación vírica muy limitada que no llegue a proliferar los anticuerpos, pero donde el ADN vírico se mantenga en la célula en estado latente o inactivo. El individuo resultaría negativo en la prueba de anticuerpos pero se le detectaría el VIH mediante la técnica de detección del genoma PCR. Si se perturba la latencia, entonces aparecería la seroconversión. Esta perturbación podría ser debida a la activación por virus de superinfección: herpes virus. También podría ocurrir que el sistema inmunológico pudiera acabar con las células que comienzan a producir los virus. Dicho lo anterior, si la seroconversión dependiera de la activación del ADN vírico latente, entonces existiría una explicación para la asociación entre seropositividad al VIH y SIDA, sin que se requiera que el VIH cumpla una función causal en el síndrome. Así pues, en las personas homosexuales con el VIH latente, una interacción de los efectos de las infecciones reiteradas por CMV, infecciones por VEB reactivado y las aloinmunizaciones múltiples, así como otras infecciones transmitidas sexualmente, podrían activar el VIH latente a través de varios mecanismos estudiados. Asimismo, la inmunosupresión asociada a los CMV, al VEB a algunas infecciones tropicales y los aloantígenos puede deteriorar el control inmunológico mediado por células en las infecciones por VIH y facilitar la producción de VIH.

Por lo tanto, en las prácticas de riesgo para contraer SIDA se pueden encontrar las condiciones que activan el SIDA: la adquisición de infecciones múltiples, la exposición a múltiples antígenos ajenos, que suponen también riesgos para la seroconversión. Es probable que el VIH transmitido, en ausencia de conductas de riesgo de SIDA se pueda encontrar en individuos seronegativos. Si la causa del SIDA no fuera el VIH, se encontrarían otros grupos con prácticas diversas, además de las de riesgo de SIDA que portaran el VIH. Las técnicas de detección del genoma PCR podrían indicarlo. También se podrían encontrar, personas con prácticas de riesgo, sin VIH y con SIDA.

Agentes estresantes más frecuentes en grupos de personas de alto riesgo que desarrollan el sida

Grupo de alto riesgo	*Agente estresante*
Hombres homosexuales adictos a las drogas	Drogas psicoactivas y afrodisíacos como los inhalantes a base de nitritos, enfermedades venéreas, otras infecciones, terapia antinfecciosa y antirretroviral, estrés mental, malnutrición y semen
Adictos a las drogas intravenosas	Drogas psicoactivas, infecciones, terapia antinfecciosa y antirretroviral, estrés mental y malnutrición
Alcohólicos y adictos a las drogas no intravenosas	Drogas psicoactivas, infecciones, terapia antinfecciosa y antirretroviral, estrés mental, malnutrición
Prostitutas	Semen, alcohol y otras drogas psicoactivas, enfermedades venéreas y otras infecciones, terapia antinfecciosa y antirretroviral, estrés mental y malnutrición
Recién nacidos de madres adictas a las drogas y de madres malnutridas	Drogas psicoativas, infecciones congénitas, terapia antinfecciosa y antirretroviral y malnutrición fetal
Personas con hemofilia	Sangre, factor VIII, infecciones, terapia antinfecciosa y antirretroviral y estrés mental
Personas con sidafobia	Estrés mental y medicamentos supuestamente antisida incluyendo a los antirretrovirales
Comunidades de África, el Caribe y similares	Malnutrición, infecciones y parasitosis, terapias antinfecciosas y antiparasitarias y estrés mental
Afroamericanos e hispanoamericanos en Estados Unidos	Estrés mental, malnutrición, alcohol y otras drogas psicoativas, infecciones y terapia antinfecciosa y antirretroviral
Grupo de riesgo para el sida relacionado con la ocupación	Contaminación química, electromagnética, biológica, mental y nutricional ocupacional, infecciones oportunistas y terapia antinfecciosa y antirretroviral
Grupo iatrogénico	Terapia antinfecciosa y antirretroviral y estrés mental

Fuente: *Giraldo, R. (2002). SIDA y agentes estresantes inmunológicos. Medellín: Yuluca. p. 17.*

La aceptación, desde el principio, como un hecho en lugar de cómo una hipótesis de que el VIH produce SIDA es responsable fundamentalmente, según (Sonnabend, 1989) de dos consecuencias que a continuación se describen:

1. La asignación total de los recursos al estudio de los VIH ha mantenido inexploradas otras alternativas etiológicas, y por lo tanto otros posibles tratamientos: prácticamente todos los recursos han ido a parar al desarrollo de terapias antirretrovirales. Otra consecuencia de la rápida aceptación de que el VIH cause el SIDA es que apenas se han desarrollado estrategias de manejo de los pacientes que puedan sin duda prolongar la vida. La mayoría de las personas con SIDA muere por infecciones oportunistas bien conocidas. Pero las enfermedades oportunistas en ocasiones se pueden prevenir y con frecuencia son tratables y algunas se pueden detectar mediante pruebas antes de que la enfermedad se desarrolle clínicamente. Sin embargo, el desarrollo de métodos perfeccionados para el diagnóstico rápido de las enfermedades oportunistas no ha recibido mucha atención. De esta manera, un modelo de trato adecuado al paciente tendría que incluir medidas para la prevención de enfermedades oportunistas, estrategias para la detección temprana de estas infecciones, así como para un tratamiento rápido, suministrar apoyo nutritivo y tratamiento psicológico en un entorno estructurado. Asimismo, una respuesta rápida al desarrollo de nuevos síntomas requiere que los pacientes estén bien informados y se establezca una comunicación fluida con quienes les cuidan.

2. No se han explorados aspectos de la patogénesis aparentemente no relacionados con el VIH:

a) Infección y Reinfección por Citomegalovirus:

No se ha tenido en cuenta la infección y reinducción por CMV (virus común perteneciente al virus del herpes) al desarreglo inmunológico del SIDA. Esta infección es probablemente universal en los hombres homosexuales con SIDA y frecuente en otros grupos de pacientes. Entre los efectos inmunosupresores bien documentados se encuentran cambios en los subconjuntos de linfocitos T, sobre todo aumento de las células supresoras y un descenso de la proporción de células

Helper. Las infecciones por CMV también pueden estar asociadas a la aparición de complejos inmunológicos circundantes y de autoanticuerpos. La función de las células Killer puede deteriorarse y los CMV también son capaces de estimular a las células B para que segreguen más inmunoglobulinas de lo normal observándose todas estas anormalidades en el SIDA. Sin embargo, los CMV se han considerado sólo una invasión oportunista que no participa en la alteración inmunológica del SIDA. Lo cierto es que existen individuos repetidamente expuestos, por el recto, a cantidades masivas de CMV detectables en el semen. Por ello es probable la reinfección repetida con este virus, demostrado en hombres homosexuales con SIDA.

b) Infección y Reactivación del Virus Epstein-Barr (VEB):

Casi todos los adultos pueden estar infectados por VEB, un virus que habitualmente permanece inactivo en los linfocitos B. Su salida del estado de latencia puede darse en casos de inmunidad celular deprimida, una tendencia compartida por todos los virus del grupo herpes, al cual pertenece el VEB. Ya en 1983 se observaron repetidas reactivaciones de este virus en los enfermos de SIDA y con linfadenopatía. Si las infecciones por el VEB reactivado tienen relación con los trastornos inmunológicos del SIDA es algo todavía sin explorar. Sin embargo, es probable su relación porque tales infecciones están asociadas a cambios en los subconjuntos de linfocitos T y pueden ser responsables de aumentos en los linfocitos T supresores junto con una reducción de la producción de células Helper supresoras. Es también un activador de células B en las que se desencadena una síntesis creciente de inmunoglobulinas características del SIDA, así como está asociado a la aparición de anticuerpos que se han visto con frecuencia en las infecciones por VEB.

c) Interferón

Otra de las áreas no investigadas hasta el momento es la posibilidad de que la presencia de niveles altos de interferón en la circulación de los pacientes con SIDA contribuya también a la patogénesis. Desde 1981 se sabe que las personas con SIDA muestran niveles elevados de interferón circulante. Hasta hoy se desconoce qué es lo que favorece al interferón en el SIDA, ni qué células lo fabrican. Es probable que la presencia prolongada de niveles de interferón favorezca la patogénesis del SIDA, ya que muchos de los efectos conocidos del interferón

recuerdan a varias de las características del SIDA: puede inhibir selectivamente la proliferación de linfocitos Helper; modular la actividad de los linfocitos B y podría contribuir a su aumento de actividad; elevar el nivel de microglobulinas beta2, una característica del SIDA; estimular a los linfocitos supresores para que produzcan un supresor soluble de la función macrófaga; originar reducciones de las células blancas y rojas de la sangre y de las plaquetas, provocando fiebre con regularidad. En la Conferencia Internacional sobre SIDA de París de 1896, se ha demostrado que los niveles altos de interferón están asociados en los pacientes de SIDA con cantidades reducidas de linfocitos T Helper.

d) Autoinmunidad

La autoinmunidad se refiere a las respuestas inmunológicas dirigidas contra componentes del propio organismo. En 1981 era una evidencia el componente autoinmunológico del SIDA. La razón para investigar la autoinmunidad era que poco antes de 1981 se habían encontrado altos niveles de interferón en el sistema circulatorio de individuos con lupus y otras enfermedades autoinmunes (40,41) y que el interferón era del mismo tipo que el encontrado en el SIDA. Los autoanticuerpos son anticuerpos dirigidos contra componentes propios y se les detecta con regularidad en el lupus. Como las personas con SIDA tenían el mismo interferón alfa inestable en ácido, se buscaron anticuerpos en el SIDA y en 1983 se informó de su presencia. Pero se ha ignorado la autoinmunidad en el SIDA hasta 1985, cuando en un intento desesperado por descubrir la patogénesis del SIDA en el VIH, se propuso que el mismo virus era el responsable de una respuesta autoinmunológica que explicaría la pérdida de linfocitos T Helper. Pero debería considerarse que no es necesario que se atribuya la autoinmunidad en el SIDA al VIH, ya que podría ser consecuencia de infecciones por CMV o VEB, así como la posible inmunización contra los antígenos ajenos se hallan en la sangre y en el semen. Hay evidencias de varones homosexuales seronegativos que poseen anticuerpos contra las células T.

e) Aloinmunización

Se entiende por ella, las respuestas inmunológicas inducidas por la exposición a los antígenos presentes en las células ajenas del semen y de la sangre, que por sí solas no pueden producir SIDA porque siempre han estado allí, pero sí podrían contribuir a la enfermedad en combinación

con otros factores. Entre los efectos inmunosupresores conocidos de las transfusiones sanguíneas se encuentran, el aumento de las células T supresoras, el incremento en la actividad de las células supresoras y la reducción de la actividad de las células killer (asesinas). Además, las células ajenas pueden activar virus latentes como el CMV y VIH.

3.1.4.2. El VIH nunca ha sido aislado

El aislamiento es la única prueba directa de la existencia de un virus, y el aislamiento de un virus a partir del plasma sin cultivar de un paciente, es lo única prueba de que una persona tenga una infección viral activa, ya que los cultivos son ambientes artificiales de laboratorio que contienen microorganismos o células en replicación. El aislamiento puede lograrse sin dificultad, debido a que las personas con una infección viral activa tendrán grandes cantidades de virus en su plasma. Sin embargo, no existe ninguna evidencia de que se haya encontrado alguna vez lo que se conoce como VIH en plasma fresco. En lugar de esto, los investigadores que proclaman la versión vírica del SIDA sólo han encontrado lo que ellos llaman VIH cuando agregan a los cultivos, plasma o células inmunes (co-cultivos) y químicos estimulantes. Ya que los cultivos artificialmente estimulados pueden inducir al ADN viral a producir virus aún cuando el plasma del paciente no los tuviere. Encontrar virus bajo estas circunstancias, no constituye una evidencia de que el plasma del paciente contenga virus.

El verdadero aislamiento requiere utilizar plasma fresco, sin cultivar. Si se aísla el virus en el plasma fresco, en el 99% de las personas que resultan positivas en exámenes de validación, la prueba puede ser considerada un 99% exacta. Cuando se utiliza el argumento de aislamiento en co-cultivo para evaluar los resultados de las pruebas positivas al VIH, la exactitud es de O a 10% para los pacientes sin síntomas de SIDA, y aproximadamente del 40% para pacientes que tienen síntomas de enfermedades definitorias de SIDA.

CRITERIOS DE AISLAMIENTO DE UN RETROVIRUS

1. Cultivo de tejido supuestamente infectado.
2. Purificación de especímenes por centrifugación en gradiente de densidades.
3. Micrógrafos electrónicos de partículas que muestren las características morfológicas y dimensiones (100-120 nM) de las partículas retrovirales, en densidad de sucrosa de 1,16 g/ml, y que no contengan nada más, incluido partículas de otras morfologías o dimensiones.
4. Prueba de que las partículas contienen transcriptasa inversa.
5. Análisis de las proteínas y del ARN de las partículas, y prueba de que son únicos.
6. Demostración de que lo obtenido en los puntos 1 a 5 es propiedad solamente de los tejidos considerados infectados y no puede ser inducido en los cultivos de control. Éstos son cultivos idénticos, es decir, tejidos obtenidos de personas similares a las enfermas, y cultivados en idénticas condiciones, con la única diferencia de que se supone que no están infectados por un retrovirus.
7. Prueba de que las partículas son infecciosas, es decir, de que si se introducen partículas puras en cultivos o animales no infectados, se obtienen partículas idénticas como resultado de aplicar los pasos 1 a 5.

Fuente: *Instituto Pasteur de Paris. 1973.*

Formando parte de los científicos disidentes de la hipótesis vírica del SIDA, existe un grupo importante que considera que el VIH nunca ha sido aislado conforme a los criterios científicos consensuados en una conferencia de retrovirólogos celebrada en el Instituto Pasteur de Paris en 1973, por lo tanto no estaría científicamente demostrada la existencia del VIH. En esta línea destacan principalmente los científicos siguientes: los investigadores del grupo de Perth en Australia, capitaneados por la Dra. Eleni Papadopulos-Eleopulos y el Dr. Valendar F. Turner (1988, 1990, 1992, 1993, 1995a, 1995b, 1996, 1997, 1997a, 1997b, 1998), el Dr. Stefan Lanka (1995, 1997) y el Dr. Kary Mullis (1996, 2002)

a. Grupo de Perth (Australia)

La biofísica Eleni Papadopulos-Eleopulos, y su grupo de investigación del Hospital Real de Perth, en el occidente de Australia, fueron los primeros científicos en mencionar el hecho de que el VIH nunca había sido aislado. Tal como explica Roberto Giraldo (2002:95-96) el procedimiento consensuado de aislamiento de retrovirus desde 1973 consistía en lo siguiente:

"1.- Encontrar en las células de cultivo infectadas partículas con un diámetro de 100-120 nM, que contengan los denominados cuerpos internos o coraza y que su superficie se encuentre cubierta de espículas.

2.- Estas partículas han de formar una banda de sedimentación a una densidad de 1.16 g/ml de sucrosa.

3.- En la banda de densidad de 1.16 g/ml no debe haber nada diferente a las partículas con las características morfológicas de una partícula retroviral.

4.- Las partículas deben contener sólo ARN y no ADN, y el ARN debe tener consistentemente el mismo tamaño y composición, no importando las veces que el experimento se repita.

5.- Cuando las partículas son introducidas en cultivos secundarios, ellas son tomadas por las células del cultivo, el ARN es transcrito en forma reversa a cADN y este es insertado en el ADN celular y luego el ARN es transcrito a ARN entonces traducido en proteínas.

6.- Como resultado, las células de estos cultivos secundarios liberan partículas al medio de cultivo.

7.- Las partículas liberadas al medio de cultivo secundario deben tener exactamente las mismas características de la partícula original, y por lo tanto deben ser morfológicamente idénticas, sedimentar a 1.16 g/ml y deben contener las mismas proteínas y el mismo ARN que la partícula original".

El grupo de Perth en sus investigaciones considera que ninguno de estos pasos se ha seguido en el caso del VIH, los investigadores que afirman haber aislado al VIH: Montagnier, Gallo, Levy, no han mostrado la presencia de partículas con las características morfológicas de retrovirus y que hayan sedimentado a 1.16 g/ml de sucrosa, lo que no demuestra un aislamiento ni de partículas del VIH ni de otro virus.

De esta manera, la existencia del VIH podría haber sido establecida en forma indirecta: por la presencia en los co-cultivos de sangre de individuos con SIDA o de sangre de individuos "VIH positivos", proteínas presuntamente pertenecientes al VIH como gp160/150, gp120, gp45/41/40, p34/32, p24/25 y p18/17, por la presencia de enzimas tales como la transcriptasa inversa que supuestamente pertenece al VIH, y por la presencia de fragmentos de ARN o de ADN que supuestamente también pertenecen al VIH. Sin embargo, nunca se ha demostrado que alguna de estas sustancias forme parte del VIH. No es posible demostrar que las sustancias encontradas en los cultivos pertenezcan a una partícula viral que jamás ha sido vista a una densidad de 1.16g/ml. Para demostrar que estas sustancias forman parte de un retrovirus denominado VIH, es absolutamente necesario que dicho retrovirus haya sido previamente aislado o separado de cualquiera otra cosa. Esto jamás ha ocurrido en el caso del VIH.

Es interesante destacar que las sustancias enumeradas anteriormente, se considera que aparecen exclusivamente cuando se co-cultiva sangre supuestamente infectada con el VIH y células anormales de pacientes leucémicos o linfocitos del cordón umbilical. El problema surgiría en el caso de que las mismas sustancias se pudieran obtener de los mismos cultivos en ausencia de la sangre supuestamente infectada con el VIH. Y esto puede ocurrir, ya que los cultivos donde se encuentran las sustancias arriba descritas, son cultivos que han sido intensamente estimulados con fitohemaglutinina, interleukina 2, antisuero contra interferon humano y con otros agentes oxidantes. Así, cultivos de linfocitos de personas normales, siempre y cuando estos sean estimulados por estos agentes estresantes, podrán obtener las sustancias consideradas prueba de la infección por VIH.

Como no existe evidencia científica alguna de que las denominadas proteínas o antígenos del VIH (gp160/150, gp120, gp41/45/40, p34/32, p24/25, p18/17) sean constituyentes

del VIH, de una partícula retroviral o que al menos sean parte de una partícula viral cualquiera, podrían ser las proteínas y antígenos provenientes de cultivos estresantemente estimulados, los que constituyen la base para las pruebas de anticuerpos del VIH: ELISA y Western blot. Los fragmentos de ARN provenientes de cultivos estimulados constituyen el fundamento de la prueba de la carga viral del VIH. Por ello, el grupo de Perth considera que las pruebas utilizadas para la detección de anticuerpos del VIH no son específicas. (Papadopulos-Elenopulos, et. al., 1996)

Gallo y demás científicos pro hipótesis vírica del SIDA, aseguran que el sobrenadante libre de células de los cultivos "infectados" contiene ADN del VIH. Sin embargo, los retrovirus por definición, son partículas infecciosas que contienen sólo ARN. Cuando los retrovirus entran en la célula, su ARN es transcrito en forma inversa a ADN, el cual es a su vez integrado al ADN celular como un provirus, lo cual significa que el "ADN del VIH" sólo puede estar presente dentro de la célula huésped y no en ninguna otra parte. En definitiva, desde este punto de vista, los investigadores que hasta el momento aseguran haber aislado el VIH, no único que pueden haber encontrado son restos celulares.

Se ha propuesto que todas aquellas sustancias que indican indirectamente la existencia del VIH, al no constatarse el material viral, son sustancias inducidas por los agentes a los cuales las personas seropositivas, los enfermos de SIDA o los cultivos se han expuesto. Cuando se encuentran en las personas, estas sustancias forman parte de los efectos químicos regulares de la respuesta al estrés, secundarios a las exposiciones a agentes estresantes de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional.

Es por lo tanto posible concluir que todo el modelo del SIDA como una enfermedad infecciosa, viral y contagiosa, tiene su base en un organismo inexistente. Es decir, que los fundamentos científicos de toda la concepción viral del SIDA se desmontan por su propia base (Giraldo, 2002:95-99)

b. Stefan Lanka

Los virus son paquetes de información genética recubiertos de proteínas y solo pueden reproducirse infectando a una célula y apropiándose de su organización química. Cada especie de virus tiene sus proteínas que son las que transportan la información genética sin dañarla. Existen otras partículas parecidas al virus pero sin serlo, las llamadas partículas "viruslike". Estas se suelen encontrar en las placentas y en el ambiente artificial de cultivos de células en el laboratorio. El problema es que estás partículas han sido identificadas como virus, sin serlo.

En la teoría clásica, el ADN codifica el material genético de la herencia, el cuál es transcrito en el mensajero ARN, encargado de especificar el ensamblaje de aminoácidos en la construcción de proteínas de los seres vivos. En 1970 se descubrió una enzima llamada transcriptasa inversa que lo que hacía era conseguir que el mecanismo fuera bidireccional: cuando el ADN se transcribía a la sustancia mensajera del ARN y ésta hacía lo mismo en la proteína, la actividad siguiente transformaba el ARN nuevamente en ADN, algo que antes se consideraba imposible. Los científicos de la época creyeron haber descubierto la explicación del cáncer y una manera de localizar virus nuevos, los retrovius. Sin embargo, 6 años después se demostró que esa actividad era normal en las células de cualquier ser vivo y no era exclusiva de los retrovirus. Hoy en día, ciertos virólogos afirman que si hay transcriptasa inversa es porque existen virus, pero es algo que la ciencia ya superó. En opinión del Dr. Lanka (1995), Gallo cuando declaró haber descubierto un virus, lo que había hecho era demostrar la actividad de la transcriptasa inversa y hacer públicas unas partículas celulares, que no eran virus.

c. Kary Mullis

Si bien Kary Mullis en un principio solo mostraba su disidencia con la hipótesis vírica del SIDA al considerar que el VIH no era la causa de la enfermedad, finalmente, ha llegado a la conclusión de que si no existe prueba documental de su aislamiento que lo avale, el VIH ni siquiera existe. A continuación se muestra la transcripción del prefacio del libro del Dr. Duesberg, "Inventando el virus del SIDA" que el Premio Nobel Kary Mullis escribió y donde resume el porqué de su punto de vista:

NO HAY PRUEBAS CIENTÍFICAS DE QUE EL VIH CAUSE EL SIDA

Dr. KARY B. MULLIS Premio Nobel de Química 1993 por inventar la técnica PCR.

En 1988 trabajaba como consultor en Specialty Labs, en Santa Mónica, realizando análisis del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sabía bastante de análisis de cualquier cosa con ácido nucleico, porque había inventado la Reacción en Cadena de la Poliomerasa (Polymerase Chain Reaction: PCR). Por eso me contrataron.

Por otra parte, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) era algo de lo que no sabía demasiado. De este modo, cuando me encontré escribiendo un informe sobre nuestros progresos y objetivos para el proyecto patrocinado por los National Institutes of Health, me dí cuenta de que no conocía la referencia científica para apoyar la declaración que acaba de escribir: «El VIH es la probable causa del SIDA».

Así que me volví al virólogo de la mesa de al lado, un tipo serio y competente, y le pregunté por esa referencia. Dijo que no necesitaba ninguna. Yo no estuve de acuerdo. Pese a que es verdad que ciertos descubrimientos o técnicas científicas están tan bien establecidas que sus fuentes ya no se aluden en la literatura contemporánea, ése no parecía ser el caso de la conexión VIH/SIDA. Para mí, era muy notable que el individuo que había descubierto la causa de una enfermedad mortal y hasta ahora incurable, no fuese continuamente aludido en las publicaciones científicas hasta que la enfermedad estuviese curada y olvidada. Pero, como pronto aprendería, el nombre del individuo -que sería seguro materia de Premio Nobel- no estaba en boca de nadie.

Por supuesto, esta simple referencia debía estar en alguna parte ahí fuera. De lo contrario, decenas de miles de funcionarios y reconocidos científicos de diversas procedencias, que intentan aclarar las trágicas muertes de un considerable número de homosexuales y/o consumidores de drogas intravenosas de edades comprendidas entre los 25 y los 40 años, no habrían permitido que su investigación se limitase a una estrecha vía de estudio. No todo el mundo pescaría en la misma charca a menos que estuviese completamente verificado que el

resto de charcas estaban vacías. Tenía que haber un informe publicado, o quizás varios, que juntos indicasen que el VIH es la posible causa del SIDA. Tenía que haberlo.

Hice indagaciones con el ordenador, pero no encontré nada. Por supuesto, puedes perderte información importante con las búsquedas por ordenador sólo con no introducir las palabras clave concretas. Para estar seguro de una conclusión científica, lo mejor es preguntar a otros científicos directamente. Esa es una de las cosas para las que sirven esos congresos en lugares lejanos con bonitas playas.

Como parte de mi trabajo, iba a muchos encuentros y congresos, adquirí el hábito de acercarme a cualquiera que diese una charla sobre SIDA y preguntarle qué referencias debía citar para esa cada vez más polémica declaración: «el VIH es la probable causa del SIDA». Después de 10 ó 15 encuentros en un par de años, empecé a preocuparme cuando vi que nadie podía citarme la referencia. No me gustaba la fea conclusión que se estaba formando en mi mente: la campaña entera contra la enfermedad considerada con creces como la peste negra del siglo XX, estaba basada en una hipótesis cuyos orígenes nadie podía recordar. Eso desafiaba tanto al sentido científico como al común.

Finalmente, tuve la oportunidad de interrogar a uno de los gigantes de la investigación del VIH y del SIDA, el doctor Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, cuando dio una charla en San Diego. Esta sería la última vez en que sería capaz de realizar mi pregunta sin mostrar cólera. Me figuré que Montagnier conocería la respuesta. Así que se la planteé.

Con una mirada de perplejidad condescendiente, Montagnier dijo: «¿Por qué no cita el informe de los Centers for Disease Control (CDC, Centros para el Control de Enfermedades)?».

Yo contesté: «No se refiere realmente al tema de si el VIH es o no la probable causa del SIDA, ¿O sí?».

«No», admitió, sin duda preguntándose cuánto tardaría en marcharme. Buscó ayuda en el pequeño círculo de personas a su alrededor, pero todos estaban, como yo, esperando una respuesta más concluyente.

«¿Por qué no cita el trabajo sobre el VIS (Virus de la Inmunodeficiencia Simia)?», ofreció el buen doctor.

«También he leído eso, doctor Montagnier», contesté. «Lo que les pasó a esos monos no me recuerda al SIDA. Además, ese informe fue publicado sólo hace un par de meses. Estoy buscando el informe original con el que alguien demostró que el VIH causa el SIDA».

Esta vez, como respuesta, el doctor Montagnier se dirigió hacia el otro lado de la habitación para saludar a un conocido.

No hemos podido encontrar ninguna buena razón por la cual la mayoría de la gente sobre la tierra cree que el SIDA es una enfermedad causada por un virus llamado VIH. Simplemente no hay evidencia científica alguna que demuestre que eso es cierto. Tampoco hemos sido capaces de descubrir por qué los médicos recetan una droga tóxica llamada AZT (Zidovudina-Retrovir) a personas que no tienen otro mal que la presencia de anticuerpos al VIH en su cuerpo. De hecho, no podemos entender por qué ningún ser humano debería tomar esa droga cualquiera que fuese la razón que se adujese.

Ni Duesberg ni yo podemos entender cómo ha surgido esta locura, y habiendo vivido ambos en Berkeley hemos visto algunas cosas muy extrañas. Sabemos que errar es humano, pero la hipótesis VIH/SIDA es un error diabólico.

Digo esto bastante alto como advertencia. Duesberg lo ha estado diciendo durante mucho tiempo.

Fuente: *Prefacio al libro del Dr. Peter H. Duesberg «Inventing the AIDS virus».*

3.1.4.3 ¿Qué causa el SIDA?

Si bien es cierto que existen posiciones encontradas entre los científicos que postulan la hipótesis no vírica del SIDA en relación a la existencia o no del VIH, en lo que coinciden es en la evidencia de no responsabilidad de este virus como causa del SIDA. Ni se comparte la correlación, ni por supuesto la causalidad. Asimismo, también se coincide de manera general en considerar que el SIDA es un Síndrome tóxico nutricional (Giraldo, 2002). Duesberg considera que el papel de las drogas es decisivo en el debilitamiento del sistema inmunológico:

> "Tengo una hipótesis alternativa: en todos los americanos y europeos con SIDA que no tienen problemas clínicos congénitos, como los hemofílicos, o problemas clínicos adquiridos, como la gente que está enferma y necesita transfusiones, son las drogas y fármacos de una y otra forma los causantes. Prácticamente todos los heterosexuales con SIDA son consumidores a largo plazo de cocaína o heroína. Y las drogas de consumo oral que incluyen en algún grado a la cocaína, pero principalmente las que usan los gays como afrodisíacos, o para facilitar las relaciones anales, los nitritos inhalados, y las drogas de síntesis que están utilizando". (Medicinas Complementarias*, 1994:49)*[6]

a. Hipótesis de las drogas y el SIDA. Peter Duesberg

Algunos científicos consideran que las drogas entre las que se encuentra el AZT, pueden causar SIDA. (Lauritsen y Wilson, 1986; Haverkos, 1988b, 1990;Papadopulos- Eleopulos, 1988; Duesberg, 1990ª, 1991ª, 1992c, f; Lauritsen, 1990; Pillai y col., 1991; Giraldo, 2002). A continuación se presenta la argumentación de Duesberg (1993:178-228) al respecto:

1. Coincidencia cronológica entre las epidemias de drogas y Sida

La aparición masiva del SIDA en Estados Unidos en 1981 siguió a la escalada de drogas. Si en 1974 eran 5,4 millones de estadounidenses los que habían tomado drogas alguna vez en su vida, en 1985 hablamos de 22,2 millones. Entre 1981 y 1990 las urgencias hospitalarias relacionadas con la cocaína aumentaron 24 veces en los

[6] Extracto de una entrevista realizada por Bob Guccione, Jr. Director de la revista SPIN a Peter Deusberg, traducida y publicada en Medicinas Complementarias (1994): *Repensar el SIDA,* pp. 33-62.

años en los que las capturas de cocaína habían aumentado 100 veces. Además el uso recreativo de los nitritos data de los años 60, alcanzando grandes proporciones en los años 70. Entre 1979 y 1980 más de 5 millones de personas en Estados Unidos tomaron nitritos inhalables al menos una vez a la semana, unos 250 millones de dosis al año. El AZT se viene recetando desde 1987, junto con otros antirretrovirales como ddc y ddi.

2. Solapamiento entre las estadísticas de consumo de drogas y de SIDA

El CDC reconoce que no pueden diferenciar, hasta qué punto la tendencia creciente en las tasas de muerte por abuso de drogas refleja tendencias en el uso de drogas ilícitas independientes de la epidemia de VIH.

i. Los usuarios de drogas intravenosas producen un tercio de todos los pacientes de SIDA. Son el 75% de todos los casos heterosexuales de SIDA en Estados Unidos y alrededor del 70% de los de Europa. El 71% de mujeres con SIDA americanas, y el 57% de las europeas. Más del 10% de los homosexuales varones estadounidenses y el 5% de los europeos. El 10% de los hemofílicos estadounidenses con SIDA. También el 70% de los niños de Estados Unidos con SIDA, incluyendo el 50% de madres consumidoras de drogas. El 80-85% de los niños europeos con SIDA nacidos de madres adictas a las drogas. El 90% de las mujeres que ejercían la prostitución de Florida, Seattle, Nueva York y San Francisco, con VIH habían sido consumidoras de drogas intravenosas. Así, el 70% de los casos de SIDA neonatal aparece en hijos de consumidoras de drogas. Por lo que estos estudios en Estados Unidos y Europa indican que prácticamente la incidencia de VIH en prostitutas es fundamentalmente en consumidoras de drogas. (Rosenberg y Weiner, 1988)

ii. Los consumidores homosexuales de drogas afrodisíacas generan el 60% de los pacientes con SIDA. Diferentes investigaciones muestran como la mayor parte de los varones homosexuales con SIDA han consumido

drogas. La mayor de la investigaciones en este terreno señalaba que el 83% de 3916 homosexuales americanos autoidentificados en 1990 habían tomado una y un 60% dos o más drogas junto con actividades sexuales en los últimos 6 meses y lo mismo ocurría con los homosexuales europeos con riesgo de SIDA. Un estudio de 359 varones homosexuales de San Francisco seleccionado al azar de una lista de voluntarios para ser investigados por su hepatitis B, evidenció en 1987 que el 84% había usado cocaína, el 82% nitritos, el 64% anfetaminas, el 51% quaaludes, el 41% barbitúricos y el 20% drogas inyectadas, y el 13% agujas compartidas. El uso de nitritos es mucho más frecuente entre los homosexuales que entre los heterosexuales, correlacionando entre un 69-100% su uso con Sarccoma de Kaposi y neumonía según indica el Nacional Institute on Drug Abuse. (Duesberg, 1992)

iii. Los consumidores asintomáticos de AZT generan un porcentaje desconocido de pacientes de SIDA. El AZT desde 1987 se ha utilizado como tratamiento contra el SIDA y en 1990 como prevención contra el SIDA para portadores del VIH asintomáticos.

3. SIDA a partir de las drogas

i. El Sida entre seropositivos depende del uso prolongado de drogas. Un estudio con 65 seropostivos y consumidores de drogas de Nueva York, mostró cómo en 9 meses se reducían las células T en un 35%, en proporción a la inyección de drogas (des Jarlais et. al., 1987). Entre los varones homosexuales se dice que el riesgo de infección es casi el doble entre los receptores de sexo anal que entre los miembros activos de la relación, algo que no ocurre en la transmisión de ninguna de las demás enfermedades de transmisión sexual, porque ningún microbio se transmite unidireccionalmente, todos los microbios venéreos son bitransitivos (Haverkos, 1988). El motivo probable de ese mayor riesgo para los

receptores de sexo anal podría estar en el mayor uso por parte de éstos de nitritos inhalantes y de otras drogas afrodisíacas de 8 a 2.

ii. AZT. Duesberg lo denomina SIDA por prescripción. Fue desarrollado originalmente en los años 60 como quimioterapia contra el cáncer, para matar células humanas mediante la destrucción de la síntesis del ADN. Por lo tanto resulta tóxico para todas las células implicadas en la síntesis del ADN. La toxicidad varía en cada persona dependiendo de las características de su metabolismo celular.

Un estudio controlado financiado por la Burroughs-Wellcome, fabricante del AZT, investigó a 289 pacientes con pérdida de peso, fiebre, candidiasis oral, sudor nocturno, herpes zoster y diarrea, para obtener la licencia. El estudio planificado para 6 meses se interrumpió a los cuatro al observarse que eran mayores los beneficios que los perjuicios: después de 4 meses había muerto una persona de las 145 tratadas con AZT frente a 19 de las 137 del grupo de control; Las células T aumentaban la primeras 8 semanas y después descendían a los 4 meses al número previo; descendían los T CD4 en más del 50% en el 34% de los receptores de AZT y sólo en el 6% del grupo control; 66 del grupo tratado con AZT sufrieron náuseas graves, frente a 25 del grupo control; se observó atrofia muscular en 11 receptores de AZT frente a 3 del grupo control. El único beneficio de lo expuesto parecía ser la menor mortalidad en quien lo ingería, y fue suficiente para no cumplirse el protocolo habitual para aprobarse un medicamento. Se considera que la distribución rápida del AZT fue un éxito de los activistas que se movilizaban ejerciendo gran presión en las autoridades, tanta que consiguieron superar los controles científicos. Este descenso de la mortalidad es discutible, si se considera que 30 de aquellos 145 tratados con AZT, recibían múltiples transfusiones para sobrevivir a la anemia, y sólo las recibían 5 del grupo control. Lo que pone en duda tal descenso de la mortalidad alegado, si estas 30 personas

sin transfusión hubieran muerto. Una vez aprobado el medicamento, no se aceptan estudios posteriores por considerarse poco éticos. Por otra parte, los estudios de seguimiento existieron, y nunca sostuvieron esos beneficios de supervivencia, que tras los primeros cuatro meses descendían de nuevo. Así, hacia los 18 meses habrían muerto el 32% del grupo tratado frente al 35% del grupo control. Diferencias escasas como para interrumpir el ensayo por razones éticas para aprobar cuanto antes el medicamento.

Como parecía tan eficiente el medicamento, fue sometido a prueba para obtener una licencia como prevención de SIDA. Se trató en este caso a homosexuales varones consumidores de drogas inyectadas de 25 a 45 años, seropositivos asintomáticos, con menos de 500 T CD4, unos con placebo y otros con AZT. El riesgo de SIDA para este perfil, sin AZT, es del 4% al 6% anual. Se comunicaron enfermedades del SIDA en 11 de los 453 que tomaban 500mg/día de AZT, 14 de los 457 que tomaban 1500 mg/día y 33 de los 428 con placebo. Por lo que parecía que el progreso era mejor en los pacientes tratados con AZT que con placebo. Sin embargo, lo que desarrollaban estos pacientes eran muchos casos de anemias, lo que demostraba los efectos citotóxicos del AZT en los intestinos. Aunque las enfermedades de SIDA eran menos, la anemia era más y ésta genera inmunodeficiencia. Contabilizando estos casos se triplicaría el riesgo de enfermedad en relación a los que no tomaban AZT. Lo cierto es que la prueba salió adelante, lo que anulaba por poco éticos, estudios posteriores. Estudios existentes que no constataban lo beneficios. (Duesberg, 1993:185-189;196-198)

iii. Los períodos largos necesarios para que el virus haga estragos, serían desde la hipótesis que no relaciona el VIH con el SIDA, el tiempo que determinadas drogas necesitan para acumular toxinas. Así, las drogas

pueden tardar de 5 a 10 años y el AZT meses en causar enfermedades definitorias de SIDA.

iv. El uso de drogas es suficiente para provocar enfermedades indicadoras 3de SIDA en ausencia de VIH. Siguiendo a Duesberg (1992):

1. entre los usuarios de drogas de New York, que presentaban enfermedades del SIDA solo se encontró VIH en 22 de 50 muertes por neumonía, 7 de 22 muertes por endocarditis y 11 de 16 muertes por tuberculosis.
2. Se diagnosticó neumonía en 6 de 289 usuarios de drogas intravenosas seronegativos y en 14 de 144 seropositivos.
3. De 54 personas presas con tuberculosis, 47 habían usado drogas intravenosas en la calle, y solo 24 estaban infectados con el VIH
4. En un grupo de 24 heroinómanos, la proporción de células T Helper y supresoras descendía a los 13 años desde un nivel normal de 2 hasta otro inferior a 1, pero solo do personas eran seropositivas.
5. Se diagnosticó trombocitopenia e inmunodeficiencia en 15 consumidores de drogas intravenosas, una media de 10 años después de su adición, y dos de ellos no eran seropositivos.
6. La cuantía de los linfocitos se reducía por la inyección prolongada de drogas, no sólo en 111 seropositivos, sino también en 210 toxicómanos intravenosos seronegativos de Holanda.
7. Se observó la misma linfoadenopatía, pérdida de peso, fiebre, sudor nocturno, diarrea e infecciones bucales en 49 de 82 consumidores habituales de drogas intravenosas seronegativos y 89 de 136 seropositivos de Nueva York, y un 40% de 113 consumidores de drogas franceses, de los cuales 69 eran seropositivos y 44 seronegativos y con una prolongación de consumo de drogas de 5 años.

8. De los seis varones homosexuales sin VIH con sarkoma de Kaposi, cinco usaban nitritos inhalados.
9. Se observaron deficiencia neurológicas semejantes en 12 niños seropositivos y 16 seronegativos hijos de madres drogadictas.

b. Hipótesis de los agentes estresantes inmunológicos y SIDA. Giraldo[7]

1. Agentes estresantes inmunológicos

En opinión de Giraldo (2002:21) nunca se ha demostrado científicamente que el VIH destruya el sistema inmunológico. Los investigadores ortodoxos que mantienen este virus como el desencadenante del SIDA, capitaneados por Montagnier, llegaron a la conclusión de que el virus por sí solo no lo desarrollaba y necesitaba de cofactores para la explicación de la génesis

[7] Médico, especialista en medicina interna, especialidad en enfermedades infecciosas de la Universidad de Antioquia, Colombia. Graduado con distinción de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres al obtener un Magister de Ciencia en Medicina Clínica Tropical. Por cuatro décadas se ha dedicado a actividades clínicas, académicas e investigativas en diferentes aspectos de las enfermedades infecciosas, inmunológicas y tropicales en varias regiones de Colombia, los Estados Unidos, Europa y África. La mayor parte de su carrera investigativa ha sido en el campo de las inmunodeficiencias secundarias o adquiridas, especialmente aquellas que ocurren en los países empobrecidos. En 1976, con el profesor Jacob Frenkel del Centro Médico de la Universidad de Kansas, estudió las infecciones por el Toxoplasma gondii y por el Pneumocystis carinii, como marcadores de riesgo para inmunodeficiencias humanas severas. También durante 1967, estudió las micosis oportunistas con el profesor Donald Greer del Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) de la ciudad de Kansas. Durante 1974 y 1975 en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, estudió los principales factores de riesgo para el sarcoma de Kaposi, como un marcador de inmunodeficiencia severa en varios países del África. De 1979 a 1987 ejerció su profesión en una región selvática de Colombia. Allí tuvo la oportunidad de trabajar hombro a hombro con curanderos tradicionales y de explorar las diferentes condiciones médicas relacionadas con la pobreza y la malnutrición tales como las infecciones, las parasitosis y toda una gama de inmunodeficiencias. Investigador independiente del SIDA desde 1981 y tiene varias publicaciones sobre el tema. En 1997 escribió el libro: "El SIDA y los agentes estresantes inmunológicos: El SIDA no es una enfermedad infecciosa ni se transmite sexualmente. Este es un síndrome tóxico-nutricional causado por el alarmante incremento mundial de agentes estresantes para el sistema inmunológico" Este libro escrito originalmente en inglés, fue modificado, ampliado, traducido al español y publicado en 2002 por la Universidad de Antioquia, Colombia. Desde 1993 hasta el presente trabaja en los laboratorios de inmunología y de diagnóstico molecular del "New York Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical Center" en la ciudad de Nueva York. Donde ha tenido la oportunidad de realizar y conocer en detalle las pruebas de Elisa, Western blot y Carga Viral para el VIH. Desde el año 2000 forma parte de un panel internacional de expertos para asesorar al gobierno del Presidente Thabo Mbeki de la República de Sudáfrica en asuntos relacionados con el SIDA. En el año 2003 fue invitado por los Ministros de Salud de 14 países del África y les presentó su propuesta de “Terapia nutricional para el tratamiento y la prevención del SIDA”. Expresidente de "Rethinking AIDS" el grupo internacional por el replanteamiento científico del SIDA; miembro de las juntas directivas de HEAL-New York "Health Education AIDS Liaison" y de la Fundación Arte y Ciencia de Medellín, Colombia.

del SIDA (Sonnabend et. al. 1983a; Root- Bernstein, 1993; Fauci, 1993a; Levy 1998). Desde el punto de vista disidente, se entiende que esos "cofactores" son los agentes causales y no sólo ayudantes, de la inmunodeficiencia y que pueden generar SIDA independientemente de los resultados positivos a las pruebas del VIH. Giraldo por lo tanto denomina a los "cofactores" ortodoxos, como "agentes estresantes inmunológicos"[8] y los define como "*aquellos estímulos externos que tienen la capacidad potencial de inducir respuestas al estrés en el sistema inmune".* (Giraldo, 2002:22)

En el último siglo son numerosos los agentes estresantes hacia los seres vivos del planeta, con un origen químico, físico, biológico, mental y nutricional. Agentes que generan efectos tóxicos en los diferentes sistemas corporales del hombre, con especial incidencia en el sistema inmunológico. Una variedad de estos agentes estresantes constituyen la causa real del SIDA y su distribución varía dentro del grupo de personas que en la actualidad presentan el síndrome (Giraldo 1997a, d, e). Para evidenciar la toxicidad de estos agentes, o bien se miden los estresantes mismos, o bien se constatan los efectos que estos tienen para la salud humana y más concretamente para el sistema inmunológico.

El desarrollo agrícola, industrial y tecnológico ha generado toda una industria contaminante a base de sustancias químicas, productos sintéticos, pesticidas, herbicidas, fertilizantes, detergentes, colorantes, medicamentos, equipos eléctricos, electrónicos y magnéticos, que emiten radiaciones amenazantes para la salud (Benarde, 1989; Hoffman, 1993; Goldberg, 1995), como pueda ser el caso de los teléfonos móviles e inalámbricos (Bennett, 2000). Asimismo, el calentamiento de la tierra, la lluvia ácida, el agujero de la capa de ozono, la erosión de los suelos, la deforestación, los vertederos, generan también un ambiente tóxico (Benarde, 1989; Mitchell, 1992; Hoffman, 1993; Wheelwright, 1995) En 1995 los científicos Crutzen, Molina y Rowland ganaron el premio Nóbel de química por sus descubrimientos en los años 70 sobre los efectos destructivos de los carbonos clorofluorinados para la capa de ozono, utilizados por las industrias de la refrigeración, plásticos y aerosoles.

[8] La investigación de Hans Seyle sobre estrés es recurrente en este punto para comprender la patogénesis del SIDA. Entendido, el estrés, como el síndrome producido por diferentes agentes nocivos, más tarde conocido como "la respuesta al estrés" y definiéndolo como "*el resultado específico a cualquier demanda del cuerpo, siendo el efecto mental o somático*" (Seyle, 1982)

El abuso de tabaco, alcohol, cocaína, heroína, marihuana, anfetaminas, inhalantes y otras drogas recreativas es una epidemia que afecta a muchos grupos sociales en todos los continentes. En Estados Unidos el uso de cocaína aumentó de 5 millones en 1974 a 25 millones en 1985, en el mismo período el porcentaje de alumnos de secundaria consumiendo marihuana pasó del 40 al 55% y el reconocimiento del consumo de drogas ilícitas en los jóvenes, pasó del 25 al 35%. También se ha generalizado el uso de inhalantes volátiles, así como el uso de anfetaminas. (Health USA, 1993). El interés de mostrar datos de este período de tiempo está en consonancia con las fechas de aparición de lo que hoy llamamos la epidemia del SIDA.

Pero este desarrollo que genera perversiones tóxicas globalizadas para el planeta, también genera progresos locales y desiguales nada globalizados. La distancia entre los países que disfrutan de la riqueza y de los recursos y los que no la disfrutan cada vez es mayor y la distancia entre los más ricos y los más pobres de un mismo país por lo general también va aumentando (PNUD). La peor consecuencia biológica de la pobreza es la desnutrición, con todas las enfermedades que de ella se derivan, que está aumentando en continentes enteros como África. Aunque el hambre en cifras globales disminuya en valores absolutos al haber disminuido en China e India, el resto de los países en situación de malnutrición no mejoran. También convive esta consecuencia con las malas condiciones sanitarias, el hacinamiento, el aumento de estresantes biológicos, ya sean agentes infecciosos o parásitos generadores de enfermedades, y las situaciones de ansiedad, depresión y pánico por falta de esperanza en los individuos de estas zonas deprimidas.

La contaminación biológica, fuente de infecciones y parásitos y resultado de pésimas condiciones sanitarias, junto con la pobreza y la desnutrición son una amenaza seria para el mundo empobrecido a nivel global y a nivel local. De igual modo, la inseguridad, el crimen, la violencia, las guerras, la insatisfacción laboral, social, y personal son verdaderas pandemias generalizadas que generan ansiedad, depresión y pánico, son agentes estresantes que contaminan la especie humana. (Giraldo, 2002)

Distribución de los agentes etiológicos del sida en los países desarrollados y subdesarrollados

	Países desarrollados	*Países subdesarrollados*
Factores predisponentes	1. Estresantes químicos • Drogas psicoactivas y afrodisíacos • Polución química • Fármacos 2. Estresantes biológicos • Semen • Sangre y derivados • Infecciones 3. Estresantes mentales • Ansiedad, depresión y pánico 4. Estresantes físicos • Polución física 5. Estresantes nutricionales • Exceso de grasas • Dietas	1. Estresantes nutricionales • Malnutrición 2. Estresantes biológicos • Infecciones • Malas condiciones sanitarias 3. Estresantes mentales • Ansiedad, depresión y pánico 4.Estresantes químicos • Fármacos • Polución química • Drogas psicoativas 5. Estresantes físicos • Polución física
Factores desencadenantes o iniciadores	1. Estresantes químicos • Drogas psicoactivas • Fármacos • Polución química 2.Estresantes biológicos • Semen • Sangre y derivados • Infecciones 3. Estresantes mentales 4. Estresantes físicos 5. Estresantes nutricionales	1. Estresantes biológicos • Infecciones • Malas condiciones sanitarias 2. Estresantes nutricionales • Malnutrición 3. Estresantes mentales • Ansiedad, depresión y pánico 4. Estresantes químicos 5. Estresantes físicos
Factores mantenedores	1. Persistencia de factores predisponentes e iniciadores 2. Presencia de infecciones, tumores y enfermedades metabólicas 3. Administración de terapias antinfecciosas, antitumorales y otras	

Fuente: *Giraldo, R. (2002). SIDA y agentes estresantes inmunológicos. Medellín: Yuluca. p. 8.*

Siguiendo a Giraldo[9], 4 son los tipos de agentes estresantes que generan inmunodeficiencia:

[9] A partir de este momento desarrollamos la hipótesis de Roberto Giraldo siguiendo su *libreo SIDA y Agentes estresantes.* Todas las aportaciones que hace están documentadas con más de 600 referencias científicas.

a) Químicos. Se han descrito propiedades inmunotóxicas en los medicamentos del tipo: antibióticos, antivirales, antimicóticos, antiparasitarios, tranquilizantes, antipsicóticos, antiepilécticos, antiparkisonianos y anestésiscos, antihiertensivos, antiaginosos y antiarrítmicos, gastrointestinales, antitiroideos, hormonas sexuales, anticonceptivos orales, antialérgicos, broncodilatadores, anticoagulantes, expansores del plasma, factores de coagulación e inhibidores de la agregación plaquetarias, antinflamatorios no esteroideos, corticosteroides, antiartríticos y medicinas para la gota, antitumorales. Se ha documentado la inmunotoxicidad del AZT y de otras drogas antirretrovirales. Se han encontrado propiedades inmunotóxicas, prácticamente en todas las sustancias químicas testadas de los siguientes grupos: metales pesados, pesticidas, hidrocarburos, alifáticos y aromáticos, alcoholes, fenoles y derivados, contaminantes del aire, gases producidos por diferentes motores, dióxido de nitrógeno, ozono, ácido sulfúrico y conservantes de alimentos. Drogas como el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, heroína, nitritos de amilo y de butilo, anfetaminas, e incluso la metadona utilizada como tratamiento de las drogodependencias son potentes inmunosupresores. Está demostrado que los estresantes químicos actúan como radicales libres por sí mismos, o bien son capaces de estimular la producción de aquellos; este sería el mecanismo molecular del daño que causan en las funciones inmunológicas.

b) Físicos. Se han estudiado las radiaciones ionizantes, viendo que hay una relación directamente proporcional entre las alteraciones de las células inmunocompetentes y la cantidad de radiación que reciben. Los linfocitos son mucho más radiosensibles que los macrófagos y las células plasmáticas. La exposición a la radiación ultravioleta produce una disminución de linfocitos CD4 e inversión de la relación CD4/CD8, reduce los niveles de enzimas antioxidantes en la piel, a través de los radicales libres, reduce los niveles de caroteno en plasma que son antioxidantes. Asimismo, la exposición a campos electromagnéticos, la luz visible, las radiofrecuencias, microondas, láseres, radiaciones de frecuencia baja, incrementan el riesgo de enfermedades degenerativas.

Luc Montagnier considera que las futuras epidemias serán consecuencia de la creciente contaminación atmosférica, que debilitará de tal modo el sistema inmunológico de los seres humanos que cada vez serán más proclives a padecer infecciones. Esta contaminación atmosférica se diseñará en la búsqueda de la inagotable rentabilidad económica de todo, que la ambición desmedida del hombre le lleva hasta modificar tanto el medio ambiente como el orden natural, momento en el que los virus y las bacterias se empoderarán. (Apezteguía, 2006:93)

c) Biológicos. El semen humano posee propiedades inmunogénicas que pueden inducir a un estímulo crónico del sistema inmunológico y degenerar en inmunosupresión, tal y como se ha demostrado también en experimentación animal. Las relaciones de sexo anal pasivo son una práctica de riesgo comprobada en la literatura médica especializada. La sangre en general y algunos de sus componentes aislados, a su vez, tiene reconocidas propiedades inmunosupresoras. Cabe destacar cómo la literatura científica viene advirtiendo que la anormalidad inmunológica se observa en personas hemofílicas, receptoras de sangre o Factor VIII comercial, no en caso del Factor VIII purificado. Siendo estas alteraciones inmunológicas directamente proporcionales a la cantidad de terapia recibida en sus vidas. Es relevante destacar que estas alteraciones inmunológicas se han observado tanto en presencia como en ausencia del VIH. Estos datos sirven para avalar la hipótesis de la importancia de las proteínas extrañas en el desarrollo del SIDA (Duesberg, 1995a; Papadopulos-Eleopulos et. al. 1995b; Giraldo 1995b,c). Las enfermedades infecciosas, especialmente las intracelulares como gonorrea, listeriosis, legionelosis, salmonelosis entre otras y aquellas con organismos poliinmunogénicos como sífilis, tuberculosis, lepra, candidisis, toxoplasmosis, malaria, leishmaniasis, pneumocistosis, entre otras, así como todas las enfermedades virales, también generan inmunosupresión (Ware y Kline, 1996).

d) Estresantes mentales. Se ha encontrado inmunodepresión en personas expuestas a estrés psicosocial: la ansiedad y la depresión disminuye el recuento y funciones de los linfocitos. El estrés académico disminuye la producción de interferón y el estrés mental

altera la posibilidad de reparación del ADN llevada a cabo por los linfocitos. Es destacable como se ha apuntado que el estrés mental es un agente inmunosupresor en el comienzo, curso y pronóstico del SIDA.

e) Estresantes nutricionales. Desde mediados del siglo XIX ya se constató como la desnutrición provocaba efectos nocivos sobre los órganos linfoides. Las células inmunocompetentes necesitan una división celular que se produce mediante procesos metabólicos en los que se requieren varios nutrientes como cofactores de esa división. La desnutrición por falta de proteínas y calorías suficientes, así como la carencia de determinadas vitaminas y minerales alteran el proceso de inmunidad. Entre otros están fundamentados los casos de carencia de vitamina A, zinc y cobre. Asimismo, la desnutrición intrauterina causa inmunosupresión prolongada o permanente. Cabe destacar que la desnutrición y la infección están estrechamente relacionadas y que la una agrava a la otra y que las deficiencias nutricionales y las que provoca el SIDA presentan muchas similitudes.

f) Radicales libres e Inmunodeficiencia. Los radicales reactivos libres son las moléculas o fragmentos de ellas que contienen un electrón no pareado y alta actividad química. Si bien algunos radicales libres tienen su función, otros pueden llegar a alterar el comportamiento y las interacciones celulares, causando diversas enfermedades y degeneración. Entre estos últimos se encuentra el hidroxilo, anión superóxido, anión dióxido de carbono, alcoxil, nitroxil, el carbón centrado y el tilo. Para causar daño tienen que encontrarse en cantidades que sobrepasen los mecanismos protectores normales. La mayoría de los radicales libres causantes del daño celular pertenecen a la familia de los oxidantes, siendo la causa del denominado estrés de oxidación (Slater, 1993). Desde hace muchos años se está proponiendo que los radicales libres, en especial los oxidantes, desempeñan un papel importante en la patogénesis del SIDA, razón por la cual se insiste en el tratamiento antioxidante como tratamiento y prevención del SIDA.[10]

[10] Son muchos los autores que sostienen la oxidación como relevante en la patogénesis del SIDA, así como la oportunidad del tratamiento antioxidante. Más de 40 referencias al respecto, recogidas en Giraldo, R. *SIDA y Agentes estresantes*, Edición en inglés 1997; Edición en Castellano 2002. Medellín. Universidad de Antioquía. P. 36

2. Enfermedades tropicales e inmunodeficiencia

Además de las enfermedades generadas como consecuencia de la malnutrición, ya señaladas en el apartado anterior, existen determinadas enfermedades tropicales que obligan al sistema inmunológico a sobreactuar para defender el organismo. Lo mismo le ocurre al sistema neurológico y endocrino, lo que supone que unido a la intensidad, la perdurabilidad del trabajo de tales sistemas los termina debilitando. Por otro lado, este debilitamiento del sistema inmunológico atrae a estas enfermedades tropicales, infecciosas o no infecciosas que a su vez actúan como estresantes inmunológicos. De esta manera el círculo vicioso de la pobreza que genera malnutrición que inmunodeprime y atrae infecciones y parasitosis, que generan más inmunosupresión y mayor malnutrición, cerrando la curvatura con todavía mayor pobreza.

a) Enfermedades bacterianas e inmunodeficiencia. Un germen no puede causar enfermedad sin presencia de inmunodeficiencia previa. Es por ello que toda enfermedad infecciosa bacteriana es precedida por exposiciones a agentes estresantes inmunológicos que previamente hayan deteriorado el sistema inmunológico. Asimismo, todo proceso infeccioso genera radicales libres del tipo oxidante que lesionan células y funciones inmunocompetentes. A su vez, después de la enfermedad infecciosa se empeora la inmunodeficiencia previa a la infección, lo que se convierte en un círculo vicioso. Un ejemplo documentado de estos síntomas se da en la tuberculosis.

b) Enfermedades virales e inmunodeficiencia. En las infecciones virales se han descrito diferentes disfunciones inmunes durante y después del transcurso de las mismas. Existe suficiente documentación al respecto del sarampión, dengue, hepatitis B, entre otras. (Ware y Kline, 1996)

c) Enfermedades micóticas e inmunodeficiencia. En las enfermedades micóticas[11], en especial las graves, sistémicas y las de curso prolongado, se ha detectado diversas disfunciones inmunes. La histoplasmosis por poner un ejemplo, está bastante documentada al respecto. (Ware y Kline, 1996)

[11] Las enfermedades micóticas, son enfermedades infecciosas producidas por distintos tipos de hongos.

d) Enfermedades parasitarias e inmunodeficiencia. Durante la relación huésped-parásito, se presentan alteraciones de las funciones inmunológicas. Aún así, los parásitos sobreviven a estas respuestas como consecuencia de la adopción de determinados mecanismos tales como: el secuestro o aislamiento, el camuflaje o semejanza molecular, la variación antigénica y la inducción de mecanismos inmunosupresores y de sustancias oxidantes y antioxidantes. Existen bastantes sustancias inducidas por los parásitos para suprimir la respuesta inmune y poder así sobrevivir a las acciones del huésped.

3. Agentes estresantes y SIDA

En 1981, los mismos científicos que describieron el consumo de drogas inhalantes, los llamados poppers, en los 5 primeros casos de varones homosexuales, fueron los que obviaron este dato para dar toda la relevancia a "un organismo no identificado como agente etiológico", sin evidencia alguna de esta afirmación (Gottlieb, 1981). La hipótesis que afirmaba el SIDA como síndrome tóxico era denominada como la "hipótesis del estilo de vida" y no fue tenida en cuenta por el Centro para el Control de las Enfermedades de Estados Unidos. Sin embargo, la mayor parte de los enfermos de SIDA homosexuales son drogadictos. Asimismo, el sarcoma de Kaposi se desarrolla fundamentalmente entre consumidores crónicos de nitritos, conocidos comercialmente como poppers. Prácticamente todos los casos de SIDA en mujeres del mundo desarrollado tienen la peculiaridad de ser consumidoras de drogas. Así, cerca del 1% de los casos de SIDA del mundo desarrollado son correspondientes a recién nacidos de madres drogodependientes (CDC, 1996). Está debidamente documentado que las drogas psicoactivas tienen propiedades citotóxicas, inmunotóxicas e incluso carcinogenéticas, lo que sostendría que los estresantes químicos lesionan el sistema inmunológico generando inmunosupresiones diversas, incluido el SIDA. En esta misma línea se observa como la epidemia del SIDA trascurre paralela a la epidemia de adicción a drogas. Las personas con hemofilia cuyo tratamiento es a base de factor VIII no purificado, consiguen estresar el sistema inmunológico causándoles SIDA. El tratamiento con AZT actúa de la misma manera como agente estresante en el organismo, así como la avitaminosis y malnutrición son la primera causa de inmunodeficiencia en los países

empobrecidos, que conllevan enfermedades infecciosas y parasitarias que a su vez deterioran el sistema inmunológico.

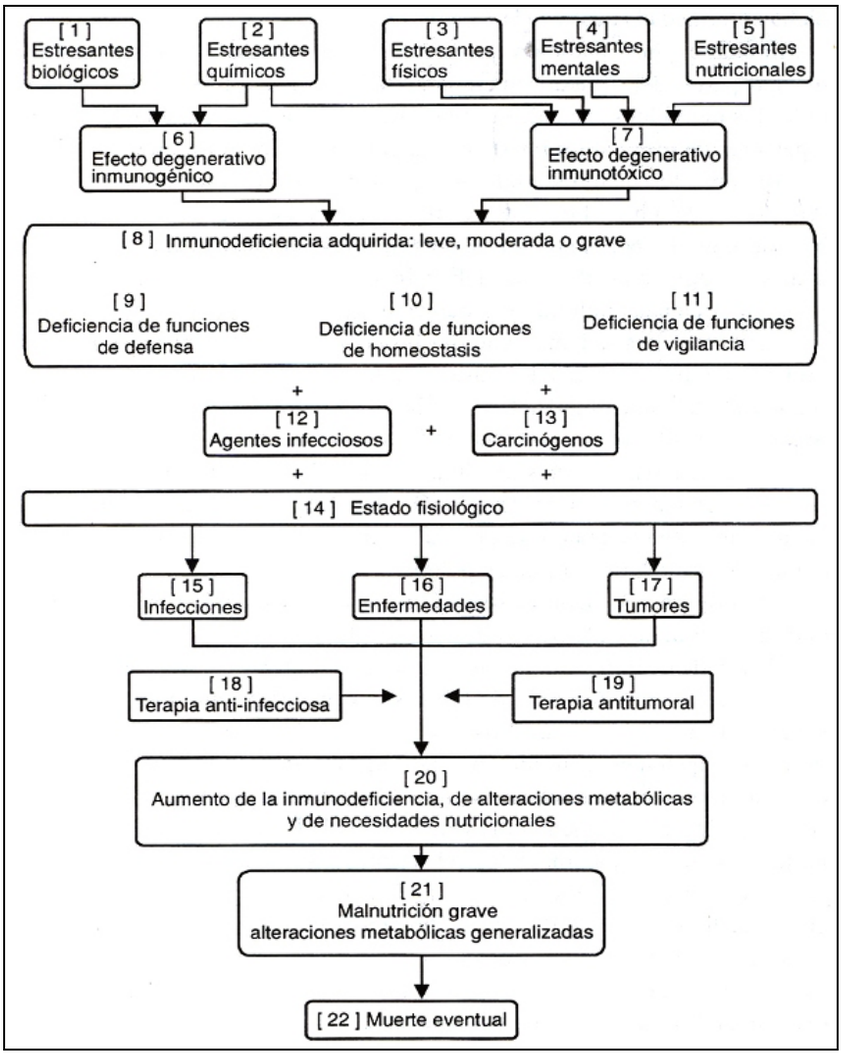
Se considera el SIDA como la más grave de las inmunodeficiencias adquiridas causada por exposiciones múltiples y repetidas a los agentes estresantes para el sistema inmunológico, anteriormente mencionados. Agentes que generan un estado de estrés oxidativo sobre las células inmunocompetentes y sobre las reacciones metabólicas del sistema inmunológico. Este deterioro progresivo del sistema, lleva al individuo a un déficit de las funciones inmunológicas de defensa, homeostasis y vigilancia, provocando infecciones, neoplasias y alteraciones metabólicas y llevando su progresión a la muerte. Las personas que tienen SIDA o mayor riesgo de desarrollarlo, además de estar expuestos a los agentes estresantes generalizados y globales ya expuestos, se están exponiendo a las acciones de otros estresantes como consecuencia de condiciones y estilos de vida. (Giraldo, 2002)

4. Propuesta para la historia natural del SIDA

Se entiende por historia natural de una enfermedad dada, la secuencia detallada de eventos de toda índole que ocurren desde que el individuo se expone a agentes causales o factores de riesgo, adquiere la enfermedad, aparecen las manifestaciones clínicas de la misma y se resuelve el proceso, por curación o muerte.

Un estado de inmunodeficiencia adquirida leve, moderado o grave [8] se presenta como consecuencia de efectos degenerativos inmunogénicos [6], inmunotóxicos [7] o ambos, sobre las células y las reacciones inmunocompetentes, causados por las exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a los agentes estresantes inmunológicos de origen químico [2], físico [3], biológico [1], mental [4] y nutricional [5]. Durante el curso del sida las tres funciones fundamentales del sistema inmune se vuelven deficientes, sobreviene entonces deficiencia de las funciones de defensa [9], de las funciones de homeostasis [10] y de las funciones de vigilancia [11].

Historia Natural del SIDA



Fuente: *Giraldo, R. (2002). SIDA y agentes estresantes inmunológicos. Medellín: Yuluca. p. 64.*

Ciertos agentes infecciosos [12] encuentran en el debilitamiento de las funciones de defensa [9] una oportunidad única para crecer en forma exponencial, generando así una variedad de enfermedades infecciosas [15]. La deficiencia en las funciones homeostáticas [10] es la responsable de las diversas enfermedades metabólicas [16] que se presentan durante el

curso del sida. La deficiencia de las funciones de vigilancia inmunologica [11] junto con la presencia de agentes carcinógenos específicos [13] y de los demás factores envueltos en el proceso carcinogenético son los responsables de la ocurrencia de neoplasias [17].

Lógicamente la aparición simultánea de enfermedades infecciosas, metabólicas y neoplásicas, por medio de las cuales se manifiesta clínicamente el sida, depende además del tipo e intensidad de la exposición a los agentes estresantes inmunotóxicos, del estado fisiológico del individuo [14], el cual depende a su vez de muchas variables, tales como edad, sexo, personalidad, nutrición, embarazo, lactancia, estado de desintoxicación, respuesta tisular y, en mucho menor grado, de factores genéticos. Las manifestaciones clínicas del sida también dependen de la intensidad del daño infligido por los agentes estresantes a otros órganos y sistemas diferentes del sistema inmune.

Si no se suspende la exposición a agentes estresantes y si por el contrario el paciente es medicado con sustancias inmunotóxicas tales como la AZT, los inhibidores de la proteasa y otros antirretrovirales, antibióticos y antineoplásicos [18, 19] aumenta el estado de inmunodeficiencia, lo cual a su vez incrementa las alteraciones metabólicas y las necesidades nutricionales [20]. Todo esto lleva al paciente a un estado de malnutrición grave y de alteraciones metabólicas generalizadas [21], tornándose en un cuadro eventualmente, irreversible y acabando con la vida del paciente [22]. (Giraldo, 2002: 63-65)

3.2. Diagnóstico

3.2.1. Definición caso SIDA

El SIDA incluye un conjunto de enfermedades anteriormente conocidas y dos epidemias de SIDA, clínica y epidemiológicamente distintas, una en América y Europa y la otra en África.[12]

[12] Véase apartado 2.3 del capítulo segundo, donde se exponen las enfermedades consideradas del SIDA y su incorporación cronológica.

3.2.1.1. Enfermedades del SIDA

Siguiendo a Duesberg (1993:135-140), la mayoría de los pacientes americanos (62%) y europeos (75%) padecen enfermedades microbianas o infecciones oportunistas que se producen por una inmunodeficiencia adquirida (OMS, 1992a). En América, incluyen neumocistosis (50%), candidiasis (17%) e infecciones microbacterianas tales como tuberculosis (11%), toxoplasmosis (5%), citomegalovirus (8%) y enfermedad por virus del herpes (4%). La neumocistosis es descrita como una neumonía específica del SIDA. Sin embargo, el Pneumocystis carinii es un hongo parásito que se encuentra en todos los humanos y puede volverse activo bajo una deficiencia inmunológica. Puesto que los oportunistas bacterianos de la inmunodeficiencia, como el bacilo de la tuberculosis o el neumococo, son fácilmente atacados con antibióticos, las neumonías por hongos y víricas predominan en países donde los antibióticos son fácilmente asequibles. Esto es especialmente cierto para los grupos de riesgos que emplean antibióticos de forma crónica para prevenir el SIDA (Callen, 1990). Las ratas jóvenes tratadas durante varias semanas con antibióticos y ortisona inmunodepresora desarrollan todas ellas neumosistosis de forma espontánea (Weller, 1955). El SIDA de muchos pacientes americanos (38%) y europeos (25%) no se produce como resultado de inmunodeficiencia y microbios. En lugar de eso los pacientes sufren demencia, enfermedad por consunción, sarcoma de Kaposi y linfoma (OMS, 1992a). La epidemia africana incluye enfermedades típicamente establecidas en África, tales como fiebre, diarrea, tuberculosis y enfermedades por adelgazamiento. Solo el 1% eran sarcomas de Kaposi. La definición de SIDA africano se basa en enfermedades específicas de África. (Widi-Wirsky et. al., 1988)

3.2.1.2. Grupos de riesgo de SIDA y enfermedades de SIDA específicas de los grupos de riesgo

La mayor parte de los enfermos de SIDA americanos (97%) y europeos (87%) proceden de grupos con riesgos sanitarios, ya que su salud había estado en peligro antes del comienzo del SIDA: el 62% de los enfermos de SIDA americanos (47% de los europeos) son varones homosexuales consumidores frecuentes de drogas afrodisiacas orales, el 32% de los americanos y europeos son consumidores de drogas intravenosas y el 2% son receptores de transfusiones y el 1% son hemofílicos (CDC, 1992b; OMS, 1992a). El 38% de los casos de SIDA en americanos son hemofílicos y receptores de transfusiones, el 25% son consumidores de drogas intravenosas o compañeros sexuales de estos

consumidores y el 25% son varones homosexuales (CDC, 1992b). El 70% de los bebés americanos con SIDA han nacido de madres consumidoras de drogas y el 13% han nacido con deficiencias congénitas como hemofilia (CDC, 1992b). Sólo el 3% de los enfermos de SIDA americanos y el 13% de los europeos proceden de categorías de exposición indeterminadas, de la población general. Algunas de las diferencias entre las estadísticas europeas y americanas puedan reflejar diferencias en los criterios sobre SIDA entre los países europeos y los Estados Unidos y diferencias de comunicación entre la OMS y los CDC.

En África, alrededor del 90% de las enfermedades del SIDA son viejas enfermedades africanas. Las enfermedades africanas no incluyen neumocistosis ni candidiasis aunque el Pneumocystis y la Cándida sean microbios presentes en todos los humanos, incluyendo los Africanos (Freeman, 1979).

3.2.1.3. Definición de SIDA en África

Como se ha mencionado con anterioridad, el SIDA es el nuevo nombre que se ha dado a 30 enfermedades cuando se dan junto con un test positivo a los anticuerpos del VIH (Bethell 2000:165-174). Pero en África no es obligatorio realizar este test. Esto es así desde octubre de 1985, al tomarse esta decisión por funcionarios de la sanidad pública norteamericana en un congreso celebrado en Bangui, en la República Centroafricana. El organizador Joseph McCormick de los CDC quería una definición de diagnóstico de SIDA para los países que no tenían equipamiento necesario para llevar a cabo análisis de sangre y convenció a los representantes de la OMS en Ginebra de que estableciesen su propio programa de SIDA. Al observar a la gente enferma en Zaire, los estadounidenses antes de pasar ningún test identificaron la epidemia de SIDA en este país, y se estableció la definición Bangui[13], ésta fue publicada en el Informe Epidemiológico Semanal de la OMS (1986:69-76) y la revista *Science*, 21 noviembre 1986. Lo que significa que si tienes diarrea, 10% de pérdida de peso y fiebre eres caso SIDA, si tienes diarrea, tos y fiebre durante un mes, también eres caso SIDA. De esta manera se constata cómo se están renombrando algunas de las enfermedades de la pobreza. Los defensores de esta versión consideran que no hay dinero para hacer los test a tanta gente, algo discutible si tenemos en cuenta que el gasto en erradicar el hambre del mundo serían 13.000 millones de dólares anuales, cuando 17.000 millones se destinan a comida de animales domésticos. El gasto para dar agua potable sería de 9000 millones de

[13] Véase capítulo segundo apartado, 2.3.

dólares al año, cuando los europeos y norteamericanos enriquecidos gastan 12.000 millones en perfumes (Informe PNUD:97-98)

3.2.1.4. Propuesta de definición del SIDA

Roberto Giraldo tras sus investigaciones reformula la definición ortodoxa del SIDA: "De todas las inmunodeficiencias adquiridas, el sida es la más grave y corresponde al máximo estado de deterioro al que puede llegar el sistema inmune de las personas (...) el sida puede y debe definirse como la más grave de todas las inmunodeficiencias adquiridas, secundaria a exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a los agentes estresantes del sistema inmune". *(Giraldo, 2002:65)*

3.2.2. Pruebas diagnósticas del SIDA

La definición ortodoxa de SIDA requiere un resultado positivo en las pruebas para anticuerpos pare el VIH, a excepción de África donde estas pruebas no son indispensables. Las pruebas más frecuentes utilizadas en el diagnósticos son ELISA o "prueba rastreadora", el Western blot o "prueba confirmatoria" y el PCR o "prueba de la carga viral". Las dos primeras detectan anticuerpos del VIH y la tercera es una prueba genética por medio de la cual se hacen copias de fragmentos pequeños de ácidos nucleicos que en principio pertenecerían al VIH[14].

a) ELISA

Para realizar el test ELISA, el suero sanguíneo de un individuo se disuelve en la proporción de 1:400, con un determinado diluyente. La mayoría de tests serológicos que buscan la presencia de anticuerpos contra gérmenes emplean suero sanguíneo neto (sin diluir) Sin embargo, para intentar evitar reacciones positivas falsas, algunos tests serológicos usan suero sanguíneo diluido, como es el caso de los tests que averiguan los anticuerpos de los virus del sarampión, varicela y paperas, los cuales utilizan una dilución de 1:16, para los citomegalovirus (CMV) 1:20 y para los Virus de Epstein Barr (EBV) 1:10. Giraldo (1999) se hace la siguiente pregunta "¿qué hace al VIH tan especial que para analizar el suero sanguíneo, necesite ser diluido 400 veces? ¿Y qué pasaría si no se diluyera

[14] Idem

este suero sanguíneo?" Para ello el investigador realizó un experimento en un laboratorio médico en Yorktown Heights, Nueva York donde utilizó el kit del test más utilizado en los laboratorios clínicos de todo el mundo. Las muestras de sangre que tomó, diluidas a 1:400, fueron seronegativas, mientras que las mismas muestras de suero sanguíneo sin diluirlas fueron positivas. Siguió haciendo hasta 100 experimentos obteniendo siempre el mismo resultado. Sus conclusiones fueron las siguientes (Giraldo, 1999):

- Todo el mundo tiene anticuerpos del VIH. Está científicamente aceptado que el test ELISA detecta anticuerpos contra lo que se conoce como el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida, tal y como firma que los comercializa afirma. Como todas las muestras de sangre no diluidas reaccionan positivamente en el test ELISA, un test que supuestamente analiza los anticuerpos del VIH, los resultados que presenta apuntan a que todos y cada uno de los humanos tienen anticuerpos del VIH, y por consiguiente sugiere que todo el mundo ha sido expuesto a los antígenos del VIH. Las personas que reaccionan positivamente incluso a la dilución de 1:400 deben ser los que han sufrido el nivel más alto de exposición a los antígenos del VIH. El resto de la gente -los que sólo reaccionan positivo con suero sanguíneo no diluido (a 1:1)- son los que seguramente se han enfrentado a una menor exposición al VIH.

- Todo el mundo posee diferentes niveles de infección del VIH. Está aceptado científicamente que una persona que reacciona positivamente ante los anticuerpos del VIH no ha estado sólo expuesta, sino que está infectada por el virus. De esta manera, las reacciones positivas de todos los sueros no diluidos significan que todas las muestras de sangre analizadas, están infectados por el VIH. Siendo los positivos a la proporción 1:400 los que tendrían un mayor grado de infección que aquellos que sólo reaccionan positivo mediante suero no diluido.

- El test no es específico para el VIH. Se podría afirmar que el test utilizado para detectar anticuerpos anti VIH no es el específico para el VIH, como ha quedado expuesto anteriormente. Por lo tanto, debe haber más razones aparte de la infección por VIH, anteriores o actuales, que expliquen por qué una persona reacciona positivo. El test también da resultado positivo ante la

ausencia del VIH, ya que la literatura ha publicado más de 70 diferentes razones que pueden provocar una reacción positiva, aparte de la actual infección por VIH.

Abbot, la compañía farmacéutica que comercializa ELISA declara: "no existe estándar reconocido para establecer la presencia o ausencia de anti VIH-1 en a sangre humana. Por lo tanto, la sensibilidad se establece con base el diagnóstico clínico de SIDA y la especificidad con base en donadores de sangre al azar" (Abbot, 1996). En medicina clínica el único método para establecer la especificidad y sensibilidad de una prueba diagnóstica es la comparación de una prueba con su estándar oro, en este caso el VIH. Si se tiene en cuenta tal y como lo demuestran algunos autores que el VIH nunca ha sido aislado[15] como una entidad viral libre y purificada, no sería posible definir de forma correcta la sensibilidad de los test (Giraldo, 2002:89).

b) Western Bloot

Un resultado positivo a las pruebas ELISA y Western Blot juntas supone una infección al VIH, sin embargo estas pruebas ni están estandarizadas ni son reproducibles. Es decir, no existe ningún criterio internacional acerca de qué constituye un resultado positivo, incluso no hay acuerdo entre los diferentes laboratorios. Lo que significa que un positivo en un país puede no serlo con solo cambiar de país.

[15] Véase en este capítulo sección 1.3.2.

CRITERIOS PARA QUE UNA PRUEBA WB RESULTE VIH POSITIVO

		AFRICA	AUSTRALIA	REINO UNIDO	USA CDC1	USA CDC2	USA FDA	USA CRUZ ROJA
Gen ENV	p160 p120 p41	DOS CUALQUIERA	UNO O MÁS	UNO O MÁS	p120/ p160* y p41	p120/ p160* ó p41	UNO O MÁS	UNO O MÁS
Gen POL	p68 p53 p32	OPCIONAL	TRES CUALQUIERA	p31**			p32	CUALQUIERA
Gen GAG	p55 p40 p24	OPCIONAL	TRES CUALQUIERA	p24		p24	p24	CUALQUIERA

* El CDC se refiere a p120 y p160 como a una sola unidad: si aparecen anticuerpos a alguno de ellos, los otros automáticamente se consideran presentes
** Usado en lugar de p32 en el Reino Unido

Fuente: *Maggiore, C. (2001) ¿Qué tal si todo lo que crees acerca del SIDA fuera falso? p. 27.*

El cuadro anterior refleja las proteínas utilizadas en las pruebas del WB divididas en tres secciones. Las proteínas en la sección ENV corresponden a la membrana exterior o *envoltura* del virus; POL se refiere a las proteínas comunes a todos los retrovirus, las cuales incluyen la polimerasa, GAG es el *grupo específico de antígeno*, incluye proteínas que forman el centro interno de un virus. Las bandas de proteínas de cada sección se señalan con la letra *p* seguidas de un número que describe el peso molecular de la proteína. Destacar que ninguna de las proteínas usadas en las pruebas de anticuerpos de VIH son específicas del mismo, y que los antígenos señalados no sólo se presentan en personas seropositivas, puesto que algunas personas así etiquetadas incluso no tienen esos antígenos en sangre. (Maggiore, 2001:27)

Existen reacciones cruzadas con algunas enfermedades, con anticuerpos de enfermedades simples como un resfriado, vacunación de la gripe, tener o haber tenido herpes o

hepatitis, y vacunación de hepatitis B. La exposición a microbios como los que causan tuberculosis o malaria generalmente provocan falsos positivos, así como la solitaria y otros parásitos. Estados como alcoholismo, enfermedades en el hígado y sangre con alteraciones debido al uso de dogas, pueden estimular la producción de anticuerpos que reaccionen a las pruebas del VIH. El embarazo o embarazos previos también pueden dar falsos positivos. (Papadopulus-Eleopulos et. al., 1993). En un estudio entre indios amazónicos, un 13% sin SIDA y aislados en su propia tribu resultaron ser seropositivos. Otro estudio encontró un 50 de test positivos entre muestras de perros saludables (Maggiore, 2001:26). Asimismo, estudios realizados en Australia y publicados por la revista *Biotechnology* de Nueva York en 1993 demuestran que el WB da falsos positivos en la malaria, tuberculosis, infecciones múltiples, hepatitis, lepra y desnutrición, enfermedades endémicas de los países empobrecidos, en especial África. Además de reacciones cruzadas con artritis, esclerosis múltiple, infecciones repetitivas, relaciones sexuales anales pasivas o tener verrugas (Embid, 2000:135).

c) PCR

Nuestro cuerpo está compuesto por 100 billones de células de las cuales perdemos a diario aproximadamente un billón. Para que la vida continúe debemos reponer las células muertas. Este proceso de reciclaje y renovación celular supone la presencia constante en nuestro cuerpo de fragmentos sueltos de ADN. Las personas sometidas a estrés por agresiones tóxicas (tratamientos o drogas recreativas), psicológicas (por ejemplo haber recibido una condena a muerte), traumáticas u otras, se ven imposibilitadas para realizar con normalidad este mecanismo de regeneración por lo que los desechos celulares, entre ellos fragmentos de ADN, *se acumulan en su sangre*. Son precisamente esos fragmentos los que se amplifican con la PCR y luego son presentados como «ADN o ARN del VIH» sin prueba alguna.

Esta técnica tiene importantes *limitaciones* y el propio creador de la misma Dr. Kary Mullis considera inapropiada para la cuantificación de carga viral. En el caso de hibridación, se pueden manipular los resultados variando los procedimientos de fijación de las hebras y de lavado del soporte y se pueden obtener resultados diferentes variando la temperatura, la concentración de minerales, el PH, etc.

A ello se añade que estas pruebas sólo permiten trabajar con secuencias cortas (entre 200 y 1.000 letras genéticas), no con genomas completos (se dice que el ADN del «VIH» tiene 9.150 letras) y mucho menos con virus enteros. Es decir, la PCR detecta y multiplica genes individuales, no virus y a menudo, solo fragmentos de virus. Por ello cuando detecta dos o tres fragmentos genéticos de una docena de genes completos, ello no es prueba de que todos los genes o el genoma humano completo o una partícula viral completa esté presente. Incluso una persona puede tener un genoma retroviral completo en sus células durante toda su vida, sin producir nunca un solo virus. (Maggiore, 2001:68). Quizá sea por esto que la FDA no ha aprobado la carga viral PCR como herramienta de diagnóstico, y el CDC reconoce que la especificidad y sensibilidad de la técnica son desconocidas, por lo que no se recomienda y está autorizada para los procesos de diagnóstico (OMS, 1999) y por lo que la Comisión Nacional de Hemoterapia en una reunión en febrero de 1997 haya decidido (en relación con el virus de la Hepatitis C, *que tampoco ha sido aislado*) que la PCR no cumple las condiciones exigidas por el Real Decreto correspondiente y *no es adecuada para el cribado de las donaciones de sangre* (Botinas, 1998)[16]

En cualquier caso, el hecho determinante es que hay que conocer previamente la secuencia que se va a buscar o multiplicar y puesto que el «VIH» no ha sido aislado no es posible preparar *sondas o iniciadores específicos*.

d) Fiabilidad de las pruebas diagnóstico

Lluis Botinas (2007)[17] analiza la fiabilidad de las pruebas diagnóstico al 99,9% al 99,8% y al 99.7%. Se adjunta a continuación el análisis al 99,9%, porcentaje que se utiliza para la combinación ELISA-WB.

[16] Artículo publicado por Lluis Botinas: "Las «pruebas del SIDA», ¿terrorismo genético?" encontrado en al página WEB de la Asociación COBRA, ya desaparecida y reconvertida en Plural-21.
[17] Artículo disponible en la página WEB de la asociación Plural-21, disponible en: http://www.plural-21.org/index.php?option=com_content&task=view&id=62&Itemid=

La primera respuesta que viene a la cabeza: "el error es del 0,1%". Pero no es así. Observémoslo más de cerca.

Se afirma oficialmente que los tests del SIDA tienen una fiabilidad del 99,9 %, y con esto tanto el sistema sanitario como la opinión pública creen que son enormemente seguros, casi-casi-casi del 100 %. Así, cuando alguien recibe el diagnóstico de "seropositivo al VIH", tanto la propia persona afectada como todo su entorno dan por totalmente cierto lo que los propios médicos y técnicos también creen: dar positivo a los "tests del SIDA" significa, de manera incuestionable, que "se está infectado por el VIH".

Pero la verdad es muy distinta. En realidad, la reconocida falta-de-fiabilidad (o infiabilidad) del 0,1 % significa que el margen de error que existe al hacer un diagnóstico positivo para la gran mayoría de la población (es decir, para quienes no forman parte de los grupos de riesgo) es, como mínimo, del 50 %. Veámoslo.

Dando por cierta la versión oficial basadas en las tres hipótesis según las cuales: a) "el VIH existe"; b) "el VIH es la causa del SIDA"; y c) "los tests del SIDA son fiables al 99,9 % e indican infección por VIH", el razonamiento siguiente demuestra que más de la mitad de los positivos diagnosticados entre la gran mayoría de la población (es decir, heterosexuales no-drogadictos y no-hemofílicos) en realidad son falso-positivos. La clave para entender esta aparente contradicción radica en lo que se llama prevalencia: la frecuencia con que en la población se encuentra la enfermedad que se considera que detecta el test utilizado. Si la prevalencia es alta, la diferencia entre la fiabilidad afirmada del test del 99,9% y el cien por cien de acierto causará poco error. Pero cuanto menor sea la prevalencia, mayor será el error generado por la infiabilidad del 0,1 %.

Estudiémoslo en el caso del SIDA. Se dice oficialmente que la prevalencia del VIH en la población heterosexual sin otro riesgo es del 4 por diez mil en los EE.UU. y un poco mayor en España, aproximadamente del 5 por 10.000 personas. Claro está, la prevalencia en los grupos de riesgo es mayor.

Entonces, ¿qué ocurre con los resultados positivos de estos tests presentados como casi-casi-casi infalibles?

Supongamos que se aplican estos tests fiables al 99,9% (o, lo que es lo mismo, infiables al 0,1 %) a una población de 100.000 heterosexuales no hemofílicos que no consumen drogas intravenosas.

Por un lado, puesto que se estima que en España la prevalencia del VIH entre estos heterosexuales es del orden del 5 por 10.000, se supone que en este grupo de 100.000 personas hay 50 positivos verdaderos.

Pero por el otro lado, al aplicarse unos tests que son fiables en un 99,9 %, habrá un 0,1 % de diagnósticos erróneos. Luego en esta población de 100.000 personas los tests indicarán 100 seropositivos que en realidad darían negativo si los tests fuesen fiables al cien por cien.

Ahora pueden darse todo tipo de posibilidades dentro de las dos posiciones extremas siguientes: 1.- que los 100 que han dado positivo incorrecto incluyan a todos los 50 seropositivos verdaderos, con lo cual "sólo" habrá 100 personas diagnosticadas positivas (50 correctamente y 50 incorrectamente), y 2.- que ninguno de los 50 seropositivos verdaderos estén contenidos entre los 100 que efectivamente dan positivo en los tests, con lo cual 150 personas resultarán consideradas seropositivas (50 correctamente y 100 incorrectamente). En el caso primero, de 100 diagnósticos positivos, 50 son falso-positivos; luego el error es del 50 %. En el segundo, de 150 diagnósticos positivos, 100 son falso-positivos; luego el error es del 67 %..En consecuencia, la probabilidad de error de aplicar unos "tests del SIDA fiables al 99,9 %" a la población general oscila entre el 50 y el 67 por ciento.

El calvario del SIDA empieza cuando la persona da positivo a unos tests que, por la forma como son interpretados por la versión oficial dominante, implican ser diagnosticado "infectado por el VIH". Ahora bien, acabamos de deducir que, en la población general, más de la mitad de los resultados positivos son falsos.

Al margen de otras importantes razones que aquí no abordo, ésta, basada en la propia versión oficial, es suficiente para solicitar la prohibición inmediata de la aplicación de "los tests del SIDA".

Barcelona, 17-3-2005
Lluís Botinas

Fuente: www.plural-21.org

No obstante Botinas considera que si se afirmase que la fiabilidad de un test fuera del 99,8% o del 99,7%, procediendo con el mismo razonamiento matemático se llega a la conclusión de que la probabilidad de error al aplicarlo a la población general es, respectivamente, entre el 75 y el 80 por ciento, y entre el 83,3 y el 84,2 por ciento.

3.2.3. Conclusión

La pregunta lógica que subyace a lo anteriormente mencionado es la siguiente ¿Cómo es posible que los criterios de definición de una enfermedad se modifiquen 4 veces en once años? Esto supone que según el año de diagnóstico una persona es o no "caso SIDA". Ahora son 31 enfermedades más una no enfermedad que es el recuento de T4. Los casos de SIDA sin Virus fueron redefinidos como "Linfocitopenia idiopática de los CD4" en 1993. ¿Cómo es posible que los criterios de diagnóstico sean distintos en occidente que en el resto del mundo? Ninguna enfermedad infecciosa tiene una definición diferente según la parte del mundo donde se encuentre. Los criterios para diagnosticar la enfermedad en los países empobrecidos no requieren test del SIDA, basta sólo la observación clínica. Estos criterios están recogidos como "la definición de Bangui" (McCormick,1996:188-190) y son respaldados y publicados por la OMS.

¿Qué pasa cuando se han hecho los test del SIDA? Hay estudios publicados en prestigiosas revistas científicas que dicen que un 70% de los testados africanos diagnosticados con SIDA por el método "Bangui" no tenían el VIH (Kashala, 1994) podría significar que solo el 29% de los casos de SIDA publicitados en África son reales? La respuesta no es afirmativa ya que el test del SIDA da reacciones cruzadas con la tuberculosis, hepatitis, malaria, desnutrición, enfermedades infecciosas repetidas y un amplio abanico de enfermedades y circunstancias que van desde la lepra a la desnutrición. (Embid, 2000:131-143)

3.3. Tratamiento

3.3.1. Prevención

La prevención del SIDA se ha centrado en la prevención de las infecciones por VIH, pero sin embargo el comienzo de una enfermedad por deficiencia inmunológica no ha sido por lo general tratado.

Siguiendo a Hassig[18] y colaboradores (1994:145-150). Un modelo afianzado de la patogénesis del SIDA debería explicar los siguientes aspectos de la enfermedad:

1.- La relación entre la infección por VIH y el debilitamiento de la reacción inmune específica característica, así como la inflamación asociada por una variedad de microorganismos oportunistas.

2.- La relación entre conductas con riesgo de inmunodepresión y el comienzo y desarrollo de la enfermedad.

3.- Las grandes diferencias temporales entre la infección por VIH y el comienzo de la enfermedad.

4.- La no proliferación del SIDA entre la población femenina.

La infección por VIH implica a los linfocitos y macrófagos con proteína CD4. Sin embargo, es de destacar que la escasez de linfocitos con el VIH incluso cuando se ha producido un descenso considerable de linfocitos T CD4+, es una evidencia contra que el VIH ejerza un efecto citopático directo. Por lo que es probable que la reducción de estos linfocitos en la etapa previa a SIDA sea llevada a cabo por células destructoras de linfocitos. Teniendo en cuenta que en los portadores del VIH este se encuentra en menor grado en los linfocitos que en los macrófagos (glóbulos blancos de gran tamaño con función de fagocitar), cuya explicación está en que los macrófagos hospedan con preferencia microorganismos oportunistas diferentes: protozoos, bacterias y numerosos virus. En este sentido durante la fase SIDA a la disminución del sistema inmunológico se une la activación de macrófagos que, de acuerdo con este modelo que se propone, son activados por las reacciones de fase aguda que son provocadas por variedad policausal de mecanismos de estrésinfeccioso, tóxico, mental y nutritivo. Los macrófagos segregan cantidades superiores de mediadores de la inflamación llamados citokinas proinflamatorias que a su vez inhiben la inmunidad específica. En caso de activación persistente de macrófagos se sospecha la liberación de microorganismos oportunistas, productos secretores así como VIH. El círculo vicioso entre la inhibición de efectos inmunológicos específicos de los linfocitos y la activación no específica de la inflamación por los fagotitos, con frecuencia resulta en la multiplicación y propagación de microorganismos oportunistas mantenidos en el interior de los macrógafos en los

[18] Profesor emérito de inmunología en la Universidad de Berna (Suiza), microbiólogo y anatomopatólogo.

portadores sanos. En este sentido habría que estudiar cuáles son los factores que rompen la función homeostática de fagocitosis de los macrófagos, al aumentarse la secreción de citokinas proinflamatorias. Uno de los factores importantes en este mecanismo es el de los "estados de estrés oxidante metabólico", que siguiendo a Weinberg considera que es una sobrecarga de hierro lo que genera la actividad inflamatoria de los macrófagos: es conocida la deficiencia de hierro extracelular que acompaña a cualquier reacción inflamatoria grave, con el beneficio de que cualquier agente infeccioso extracelular no cuenta con el hierro suficiente para su multiplicación. La liberación de las citokinas proinflamatorias provocan un aumento de la ferritina (reservas de hierro) en los macrófagos junto con la transferencia de parte del hierro extracelular, lo que provoca una disminución de la función fagocítica de los macrófagos sobrecargados de hierro. Asimismo, las citokinas causan un hipercortisolismo persistente implicado en el comienzo de la Neumonía por Pneumocistis Carinii.

Por lo anteriormente mencionado se llega a la conclusión de que a los portadores del VIH se les debería hacer una prevención del SIDA independientemente a la del VIH: Mecanismos de estrés reducidos, nutrición equilibrada con usos de suplementos dietéticos antioxidantes y anticorticoides. Estas serían las recomendaciones:

1. Reducir las conductas de riesgo en los portadores del VIH. En los homosexuales disminuir el número y prácticas sexuales perjudiciales, así como el consumo de poppers. Evitar las enfermedades en general y venéreas en particular y el uso frecuente de antibióticos. Los drogodependientes abandonando el consumo de drogas.

2. Hacer uso de las posibilidades nutritivas y farmacológicas para mantener la inmunidad específica e inhibir la activación del sistema inmunológico no específico y el estado metabólico inflamatorio metabólico no relacionado. Se deberían emplear suplementos dietéticos adecuados a base de un aporte equilibrado de proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y oligoelementos. Sería interesante implementar medidas de tratamientos antioxidantes así como activación terapéutica de eliminación del hierro utilizadas en otras patologías.

3. Superar el miedo a la muerte y a la desesperanza generales en los portadores del VIH, transmitido por la opinión pública y científica. En su lugar sería interesante hacer hincapié en al mantenimiento de estilos de vida sanos.

La pregunta es: ¿no está la ciencia especialmente preocupada por combatir los agentes microbianos a través de la antibiosis o de manera toxológica y no sería más interesante combatirlos de manera prebiótica a través de la autocuración del organismo?

Giraldo (2002:112-114) considera que antes de decidir sobre el tratamiento más adecuado en cualquier enfermedad habría que proceder a la evaluación de todos los sistemas y tejidos mediante técnicas clínicas como holísticas. En este caso debería evaluarse el estado de los sistemas inmunológico, digestivo, renal, endocrino, metabólico y neurológico y fundamentalmente de los órganos y sistemas encargados de la excreción y eliminación: digestivo, renal, hepático, cutáneo. Para el tratamiento del SIDA deben aplicarse los principios básicos del tratamiento de las enfermedades tóxico-degenerativas crónicas. El AZT e inhibidores de la proteasa, antes de producir una mejoría real contribuyen al origen del síndrome por lo que deben eliminarse de manera radical del tratamiento. Además de la no procedencia de utilizar medicamentos que impidan la replicación de un virus que algunos científicos consideran que no ha sido aislado y otros consideran que aunque lo hubiera sido no se ha comprobado que sea la causa.

El tratamiento y prevención del SIDA debería basarse en:[19]

a) Evitar las exposiciones a agentes estresantes.

b) Desintoxicar los sistemas inmunológicos y los demás sistemas corporales usando agentes quelantes, antioxidantes, dietas desintoxicantes, ayunos, etc.

c) Estimular el sistema inmunológico con el uso de vitaminas B, factores de crecimiento, linfoquinas, acupuntura, etc.

Ocho principios básicos pueden y deben orientar el tratamiento y la prevención del sida como lo que realmente es: una enfermedad tóxica y nutricional (Giraldo, 2002:66-67):

1) Señalar las causas reales del sida.
2) Diagnosticar con bases clínicas y de laboratorio.
3) Evitar exposición a agentes estresantes inmunológicos.

[19] Estos principios suscritos por el Dr. Roberto Giraldo son documentados con más de 25 citas de científicos que así lo avalan.

4) Desintoxicar al sistema immune y otros sistemas.

5) Estimular y regenerar al sistema immune y otros sistemas.

6) Tratar las manifestaciones clínicas del sida.

7) Preferir medidas naturales.

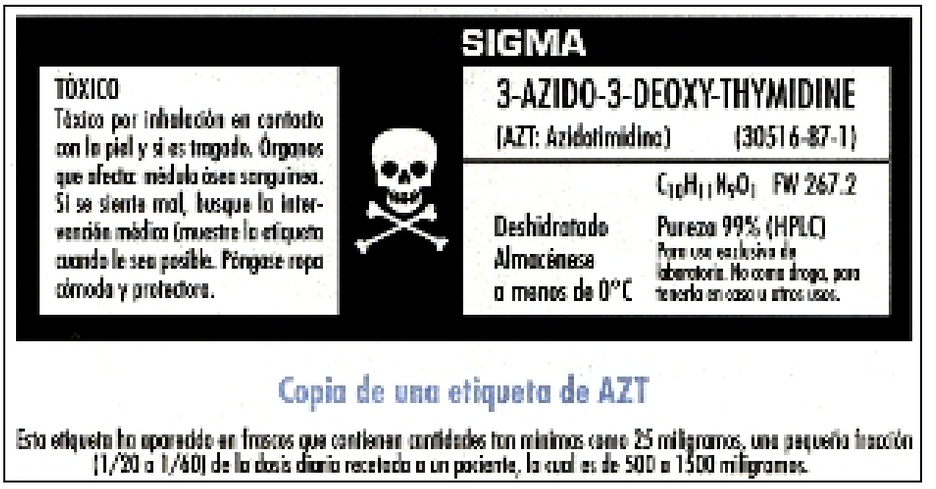
8) Hacerlo en el momento apropiado.

La aplicación de estos principios básicos depende de las condiciones concretas de cada individuo o comunidad y debe ser decidida en cada caso especifico por los profesionales o terapeutas que dirijan el tratamiento o la prevención y de común acuerdo con los interesados y afectados.

3.3.2. Fármacos antivirales

1. *Zidovudina (AZT)*

Siguiendo a Duesberg (1996:309-359) el AZT no es un nuevo medicamento, y no es un antiviral, es un compuesto químico que se desarrolló y abandonó hace más de 30 años como tratamiento de quimioterapia para el cáncer. La quimioterapia destruye todas las células en vías de desarrollo del organismo, así en 1964 los experimentos con ratones con cáncer mostraron que el AZT era eficaz para destruir las células saludables en desarrollo y los ratones murieron de toxicidad extrema. El AZT no se comercializó. Veinte años después la compañía farmacéutica Burroughs Wellcome, hoy Glaxo-Wellcome, comenzó una campaña para sacar al mercado el AZT como anti VIH, con la idea de que bloquearía la formación de cadenas de ADN del virus. Después de un protocolo incompleto de sólo cuatro meses de duración la FDA legalizó el fármaco.



Fuente: *Maggiore, C. (2001) ¿Qué tal si todo lo que crees acerca del SIDA fuera falso? p. 57*

Diferentes estudios independientes anteriores y posteriores a la aprobación del medicamento, entre los que destaca el estudio *Concorde* de tres años de duración, determinó que el AZT aumentaba moderadamente las células T y que no retrasaba la aparición de las enfermedades del SIDA. El aumento de las células T era consecuencia de la respuesta del sistema hematológico ante su toxicidad. El AZT destruye la médula ósea y el sistema hematológico intenta corregirlo mediante la producción de células T 4. Pero como la fuente de estas células, la médula ósea es destruida, con el tiempo los T4 disminuyen, destruyendo el sistema inmunitario. Algunos estudios demuestran que el AZT acelera el decaimiento clínico y disminuye la calidad de vida, causando la muerte en ocasiones, antes de aparecer las enfermedades definitorias de SIDA.

Las enfermedades que aparecen en el cuadro siguiente son causadas por los análogos de nucleósidos entre los que se encuentra el AZT.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR ANÁLOGOS DE LOS NUCLEÓXIDOS

Los siguientes enfermedades son causadas por fármacos nucleósidos análogos (AZT, ddI, ddC, D4T y 3TC). Las enfermedades que están seguidas de un asterisco (*) son consideradas oficialmente como definitorias del SIDA:

Anemia (cuando requiere de transfusiones)	Linfoma (cáncer) *
Defectos de nacimiento	Desgaste muscular *
Diarrea *	Naúsea
Demencia *	Neuropatía
Deterioro de la fertilidad	Pancreatitis
Granulocitopenia	**Pancitopenia**
Pérdida de cabello	Ataques
Dolores de cabeza	Decoloraciones de la piel
Daño hepático	Aborto espontáneo
Pérdida del Apetito	Reducción drástica de las células T

Fuente: *Maggiore, C. (2001) ¿Qué tal si todo lo que crees acerca del SIDA fuera falso?*

El investigador Stephane Blanche del hospital Necker de Paris, llevó a cabo un estudio en el que examinó los casos de unas mil mujeres embarazadas seropositivas al VIH que siguieron el protocolo estándar medicándose con AZT durante la gestación para prevenir la transmisión del virus a sus hijos. Ocho de los nacidos, aunque seronegativos, desarrollaron una enfermedad neurodegenerativa no especificada en el artículo. Blanche atribuye el aumento de incidencia entre ocho y ochenta veces al efecto del AZT sobre las mitocondrias "minicélulas internas de las células que producen ATP, la unidad básica de la energía celular. El AZT bloquea la replicación del ADN, incluido el ADN mitocondrial que debe replicar con las mitocondrias para responder a las necesidades energéticas celulares.

Un estudio de 1999 llevado a cabo por Ofelina Olivero del Instituto Nacional del Cáncer demuestra cómo el AZT bloquea la replicación del ADN, al ser incorporado a las cepas del ADN replicador. En las células en que ésta incorporación bloquea la replicación, no sólo no se replica el VIH sino que la célula anfitriona muere y en los casos en los que su incorporación no logra bloquear la replicación, la cepa de ADN resultante contiene AZT en lugar de unidad de ADN mimetizada por AZT. Esto se considera una mutación carcinogénica, aumentando las posibilidades de desarrollar cáncer. Estos análogos de los nucleósidos (uno de ellos el AZT) se empleaban para tratar leucemias en pacientes con transplantes de órganos. Su utilidad deriva de la capacidad para destruir células inmunitarias, lo que palia la leucemia (cáncer de células inmunitarias) causando supresión inmunitaria generalizada, que

contribuye a que agarren los órganos transplantados, pero en todo caso provocando en el paciente una inmunodepresión indeseada. Es evidente que los fármacos que causan inmunosupresión no son los más indicados para prevenirla, además de causar otras enfermedades del SIDA como la depauperación al matar células del tracto digestivo o la demencia, al matar las mitocondrias internas de las células. Olivero al demostrar la capacidad carcinogénica del AZT, no solo lo incapacita para tratar este síndrome, sino que demuestra que lo genera al provocar enfermedades definitorias del mismo, como es el caso de algunos cánceres. Sin embargo el New Scientist, donde se publicó esta investigación, no deja de declarar que la nueva evidencia sobre la toxicidad del AZT no debe desanimar para seguir tomando estos fármacos. (Philpott, 2000:167-172).

3.3.2.1. Inhibidores de la Proteasa

Aparecen unos nuevos fármacos antivirales, los inhibidores de la proteasa, el primero de ellos, Saquinavir de (Hoffman La Roche) fue aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) en diciembre de 2005. A finales de marzo de 2006 la FDA aprobó otro, Ritonavir (Abbot) tras el proceso más rápido de análisis realizado por los reguladores federales de fármacos (72 días). A las dos semanas, Indinavir comercializado como Crixivan (Merck & Company), se aprobó sólo tras 42 días revisión.

Nature publicó en enero de 1996 varios artículos que mostraban que cuando los inhibidores de la proteasa fueran administrados a pacientes diagnosticados de SIDA las concentraciones de VIH medidas con la tecnología PCR descendían aproximadamente en un 90% y los recuentos de células T4 se doblaban. Además, estos resultados temporales podrían mejorar si los inhibidores de la proteasa eran combinados con AZT y otros análogos de los nucleósidos. Se afirmó que este tratamiento reducía en un 50% la muerte de los pacientes. Se solicitó a la FDA el visto bueno para la comercialización y para su prescripción a seropositivos asintomáticos.

Pero también había efectos secundarios aunque en un principio se obviaron. Lo cierto es que en la lista de estos se encontraban: diarrea, nausea, vómitos, piedras en el riñón, debilidad, hormigueos alrededor de la boca e inflamación hepática (New York Times el 2 marzo 1996, Newsday el 5 marzo

1996, The Boston Globe el 1 de Febrero de 1996) [20]. Hay dos razones por las que se observa toxicidad en estos fármacos:

> 1.- Cada tratamiento compuesto por AZT más uno de los siguientes, ddl,ddC o 3TC, suprime las infecciones víricas porque previenen la formación de cadenas de ADN vírico pero también previenen nuevas cadenas de ADN humano. Esto quiere decir que matan las cadenas del sistema inmune y digestivo y destruyen la mitocondria que proporciona energía al cerebro, nervios y células musculares. Esto explica cómo los análogos de los nucleósidos pueden causar estados SIDA.
>
> 2.- La proteasa en una enzima que separa las proteínas, y las enzimas más importantes son las proteasas que rompen los alimentos en fragmentos pequeños (aminoácidos) formando bloques absorbidos por el intestino y utilizados por las células para construir nuevas proteínas como la insulina o fibras musculares. Algunas proteínas no pueden hacer su tarea sin haber sido previamente divididas. Los inhibidores de la proteasa impiden que la proteasa divida las proteínas diana y de esta manera suprimen la actividad vírica. Parece ser que no inhiben las proteínas humanas, pero ya Deusberg (1996) ante una afirmación similar con el AZT denunció que también bloqueaba el ADN celular por lo que habría que tener precaución. (Philipott, 1996)

No obstante, semejantes efectos secundarios se enfrentan con las terapéuticas indicadas de prescripción de los nuevos antirretrovirales para personas seropositivas asintomáticas. Siguiendo el protocolo Sterling, por ejemplo, en el que las madres seropositivas embarazadas son instadas a tomar un medicamento antirretroviral en el segundo y tercer trimestre del embarazo, así como en las seis primeras semanas de vida del bebé. Esto predeciría una ingesta de medicamentos de por vida, algo que a la industria farmacéutica le beneficia no sólo en las campañas de occidente sino también en los países en desarrollo.

[20] Lo mismo ocurrió en sus inicios con el AZT cuando en 1994 en la reseña del Physician´s Desk Reference de la Wellcome admitía que entre los efectos secundarios de su fármaco había incorporados síntomas de SIDA.

3.3.2.2. Tratamiento alternativo

Flores y colaboradores (2002, 147-161) llevaron a cano una investigación que pone de manifiesto la hipótesis alternativa desde la clínica. Según manifiesta Al- Bayati, la aparición del SIDA en EE.UU y en Europa, entre adictos a las drogas y homosexuales a finales de los años 70 y principio de los 80 coinciden con diferentes factores: epidemia en el uso de la cocaína crack y la heroína en los años setenta. La aprobación de glucorticoides en aerosol por parte de la FDA de EE.UU en 1976; el amplio uso de inhalantes con glucocorticoides recetados para tratar enfermedades respiratorias crónicas consecuencia de la inhalación de cocaína y heroína; el uso frecuente de los nitratos de akyl por parte de los varones homosexuales para facilitar el sexo anal, en los años 70; el uso de esteroides para tratar enfermedades crónicas en el conducto gastrointestinal en homosexuales. La aprobación por parte de la FDA en EE.UU de los esteroides y fármacos antivíricos, AZT e inhibidores de la proteasa, para tratamiento de enfermos de SIDA y pacientes asintomáticos positivos al VIH. El estudio realizado con pacientes entre 1998 y 2001, muestra como las personas seropositivas al VIH se recuperan cuando se les somete a un régimen de dieta equilibrada con complementos de ácido lipoico y se les retira el tratamiento con antivirales. Los objetivos del estudio fueron:

1.- Tratar a cada paciente la enfermedad específica que contemple.
2.- Revertir el daño al sistema inmunológico a través de una dieta adecuada a base de vitaminas, antioxidantes y otras terapias adyuvantes, abandonando el tratamiento antiviral.
3.- Crear un documento científico que pueda ser utilizado como arma legal para defender la libertad de elección de terapia del paciente.

Los casos clínicos se construyen bajo el marco teórico de los principales investigadores internacionales que se desmarcan de la visión de la medicina oficialista al desligar el VIH del SIDA. Se contemplan los resultados de investigación de Roberto Giraldo que explica la función inmunodepresora de distintos tipos de estresantes inmunológicos (químicos, físicos, biológicos, mentales y nutricionales) y de las causas multifactoriales del síndrome de inmunodeficiencia. También los resultados obtenidos por Dr. Mohammed Al-Bayati, en su estudio sobre las propiedades inmunodepresoras de los glucocorticoesteroides y de las drogas ilícitas. Así como los resultados del Dr. Peter Duesberg sobre los

altos grados de toxicidad y facultades inmunodepresoras de los medicamentos antirretrovirales y las drogas ilícitas.

El método y diseño de la investigación fue el siguiente: desde enero de 1998 hasta agosto de 2001 se trataron a más de 200 pacientes de EE.UU, Canadá, México, Ecuador, Colombia, Venezuela, Argentina, Brasil, Puerto Rico, España, Francia, Inglaterra, Italia, Nigeria, India y Japón. El 84% de los pacientes eran amercianos, el 10% europeos, 4% africanos y el 2% asiáticos. El 95% correspondió al sexo masculino y el 5% al femenino. Las edades entre 0 y 50 con la mayor concentración de pacientes entre 30 y 40 años. El 60% eran homosexuales, el 30% bisexuales y el 10% heterosexuales. Se comunicó con el 70% de los pacientes vía internet, el 25% a nivel personal y el 5% por teléfono. Durante el primer contacto los pacientes pedían información sobre la enfermedad, también se interesaban por la hipótesis no vírica, interesándose por esta y solicitando más información. Si existía un segundo contacto se les preguntaba si querrían participar en esta investigación, haciéndoseles preguntas sobre su perfil psicológico, tendencia sexual, preguntas relativas a su situación familiar y laboral, situación de pareja, actitud hacia la muerte y posibles intentos de suicidio. Se les hizo una historia de la enfermedad, historia de uso de drogas, historia de uso de medicamentos, toxicidad de medicamentos y uso de sustancias químicas en el lugar de trabajo. Para el tratamiento del paciente se hizo una descripción del caso, de la enfermedad, del órgano afectado, así como recomendaciones para pruebas clínicas y tratamiento.

La metodología clínica consistió en la formación de dos grupos de pacientes: A) Pacientes seropositivos al VIH y sintomáticos recibiendo tratamiento antirretoviral. B) Pacientes seropositivos al VIH asintomáticos sin recibir tratamiento antirretroviral. En ambos grupos se llevó a cabo: Historia clínica. Exámenes de laboratorio clínico y exámenes radiológicos. Investigación sobre los posibles agentes inmunodepresores. Valoración del estilo de vida, condiciones de la vivienda y del área laboral, así como de las rutinas diarias del paciente. Análisis de los medicamentos prescritos previamente y en uso actual, tipo de medicamento, dosis y duración del tratamiento, así como los efectos colaterales ocasionados por este. Historia de vacunas y análisis sobre el uso de fitoterapia u homeopatía en el paciente. Valoración de los hábitos alimenticios en el paciente. Valoración del perfil psicológico del paciente.

A estos pacientes se les exigía: Cambio en el régimen alimenticio. Cambio hacia una actitud psicológica positiva frente a las expectativas del nuevo tratamiento. Suspensión del tratamiento con antirretrovirales. Información al paciente sobre la toxicidad de los antirretrovirales. Inicio de uso diario de antioxidantes (ácido lipoico). Acondicionamiento físico. Sugerencia de un reordenamiento de la vida

sexual del paciente, sin entrar en valoraciones morales. Reincorporación en las áreas familiares y vida familiar. En el caso de ser detectadas, tratamiento específico de enfermedades infecciosas.

Las diferencias entre las perspectivas clínicas y de tratamiento entre la hipótesis vírica y no vírica van más allá del mero tratamiento. Si el médico considera que el paciente tiene SIDA por estar infectado por el VIH, este introducirá al paciente en un protocolo predefinido donde no es relevante, su anterior historia clínica, sintomatología, perfil psicológico. Si el médico considera que el SIDA obedece a cusas no víricas, al paciente se le tratará de manera individualizada, teniendo en cuenta su historia para en ella encontrar su causa.

La conclusión del estudio es que aquellos que siguieron los requerimientos exigidos en el mismo, consiguieron mantener un buen estado de salud. Sin embargo, aquellos que siguieron consumiendo drogas legales o ilegales, continuaron con sus cuadros de inmunosupresión o murieron.

La Medicina Oriental ofrece diversos estudios sobre tratamiento del SIDA (Medicina Holística (68):19-23)[21]

---

[21]Al respecto véase la siguiente bibliografía: FRANGIPANE, R. (1997) "Sistematización de la inmunidad en el SIDA" *Revue francaise de MTC* (174): 81-87.GOUQIN, L. et. al. (1997) "Observación clínica: investigación Clínica en MTC y Farmacológica en el tratamiento de las infecciones respiratorias en el SIDA" *Revista italiana di medicina tradizionale cinese*, 67 (1):31-34.LU WEIBO et. al. (1997) "Informe de 8 pacientes de VIH/SIDA convertidos a seronegativos con medicina tradicional china" *Chinese journal of integrated traditionl and western medicine*. 17 (5): 271LU WEIBO et. al. (1997) "Progreso del tratamiento de MTC para el SIDA" *Journal of TCM.* 38 (6) 368.MACINTYRE, RC et. al. (1997) "Medicina complementaria alternativa y VIH/SIDA. PARTE II. Análisis de la literatura seleccionada" *Journal of the association of nurses in aids care*, 8 (2): 25-38) SÁNCHEZ, I. (1997) "Experiencias clínicas de los niños seropositivos/ SIDA" *Medicina Tradicional.* (128): 13-18.ZHOU WENXUE et. al. (1997) "Experiencia de remisión de los síntomas de SIDA por medio de Acu-Moxibustión. Informe de 36 casos" *Journal of tradicional chinese medicine*. 38 (10): 602.YAOZHOU et. al. (1998) "Observación clínica de 16 casos de SIDA complicado con Herpes Zoster tratado con remedio de veneno de serpiente de Ji Desheng" *Journal of Tradicional chinese medicine*. 39 (12): 716JIN PEIXIANG et. al. (1998) "Prevención y tratamiento del SIDA por medio de la aplicación de la doctrina de la enfermedad húmeda". *Traditional chinese medicinal research.* 11 (6): 5. LU WEIBO (1998) "Dificultades en el aumento de la eficacia del VIH/SIDA y sus puntos de ruptura" *Chinese journal of integrated tradicional and western medicine*. 18 (6):327. NIU XIALOLING (1998) "Progreso en el tratamiento del SIDA con medicina china en los últimos diez años" *Journal of tradicional chinese medicine*. 13 (5): 64. HUANG WEIPING et. al. (1990) "Observación clínica de 22 casos de infección de VIH tratados con AI TONG" *Journal of tradicional chinese medicine*. 40 (10): 606. OZSOY M. et. al. (1999) "¿Cuán eficaces son las terapias complementarias en el tratamiento del VIH y el SIDA? Un estudio sistemático" *Internacional Journal study aids*. 10 (10): 629-635. SÁNCHEZ, I. (1999) "3 años de tratamiento en niños seropositivos-SIDA: confirmando la esperanza de sanación" *Medicina Tradicional* (149): 13-21. TINDALL, J. (1999) "VIH y SIDA: Medicina Tradicional China. Prespectiva desde un terapeuta" *Compmed Bulletin*. 1 (10):6. WALDRON, S (1999) "VIH y SIDA. Una opinión" *Compmed Bulletin*. 1 (10): 2. WYNIA MK., et al. (1999) "Comunicación entre médico y paciente sobre terapias médicas complementarias y alternativas: estudio de médicos que se ocupan de pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana" *Journal of alternative and complementary medicine*. 5 (5): 447-456. YANG WENXIONG

3.4. Epidemiología

Existe un gran desorden en la elaboración de estadísticas sobre personas con SIDA y en la transmisión a través de la literatura científica y de los medios de comunicación, de las mismas. El VIH no aumenta tal y como dicen los medios de comunicación e interioriza la opinión pública, así, según los cálculos del CDC para el año 2000, el número de estadounidenses seropositivos no ha aumentado desde que se implantó el uso generalizado de los test del SIDA en 1985. En 1986 el CDC calculó entre un millón y millón y medio los estadounidenses seropositivos. Cuatro años después, las estimaciones oficiales se redujeron a 800.000 y 1.200.000 y en 1995 bajó a entre 650.000 y 900.000, cifra vigente en la actualidad. Sin embargo, las tasas de enfermedades venéreas como la clamidia, el herpes genital, la gonorrea y la sífilis han aumentado durante el período de epidemia del SIDA. (Maggiore, 2001:33). En 1993 el Centro Nacional de Estadísticas de Salud del gobierno (NCHS), realizó un primer testeo aleatorio entre miembros de familias estadounidenses, dando como resultado una cifra de 555.000, la mitad de lo publicado por los CDC de ese año. Miembros de los CDC consideraron que en esa muestra aleatoria representativa no estaban representadas las personas sin hogar (PSH) y las personas presas, considerados dos colectivos de alto riesgo, en ese momento, no es así en las estadísticas generales. Finalmente los CDC redujeron la incidencia a 800.000 sin publicitarlo en los medios de comunicación. (Johnson, 1996:172)

---

et. al. (1999) "Estudio preliminar sobre el efecto terapéutico del preparado fitoterapeutico chino XQ-9302 Shanghai Journal of TCM (1):4. YOU SONGXIN et. al. (1999) "Sobre el tratamiento de MTCH en el SIDA" *Jiangsu journal of TCM* (1): 4. ZHAO XIAOMEI et. al. (1999) "Análisis clínico sobre el tratamiento del VIH/SIDA or medio de medicina tradicional china" *Journal of TCM*. 19 (2): 89-92. LI PING et. al. (2000) "Estudio inicial sobre el mecanismo de Zhong-yan-II en la actividad antivírica contra el virus de inmunoeficiencia simica" *Journal of Beijing university of TCM*. 23 (1): 25. LIU ZHANG et. al. (2000) "Efectos del QIAN_KUN_NIN, una fórmula fitoterapéutica china, en personas VIH-positivas: un estudio piloto. American jorunal of chinese medicine.28 (3-4): 305-312. SMITH, M. (2000) "Acupuntura en el tratamiento del VIH. Resumen" *Acupuntura and electrotherapeutics research*. "5 (3-4): 226. SPARBER A. et. al. (2000) "Uso de la medicina complementaria por pacientes adultos que participaron en ensayos clínicos de VIH/SIDA. *Journal of alternative and complementary medicine*. 6 (5): 415-422. WANG JIAN et. al. (2000) " Investigación clínica sobre el tratamiento de 22 pacientes de VIH/SIDA con la cápsula "JIN SHENG BAO" *Chinese journal of Basic medicine in TCM* 6 (7) : 33. YANG JI-QUN et. al. (2000) "Idea experimental en el tratamiento del SIDA por medio de MTCH. *Journal of tcm and chinese materia medica of jilin*. 20 (6): 5. ZHOU WEXUE et. al. (2000) "La acupuntura mejora los síntomas de SIDA en 36 casos" Journal of tradicional chinese medicine. 20 (2): 119-21. HUANG YAOZHOU et. al. (2001) "Observación clínica sobre el efecto terapéutico de la tableta JI DE SHENG SHE YAO en 16 casos de SIDA complicado con Herpes Zoster" Journal of TCM. 21 (1): 34-36.

3.4.1. Cambio de definición y uso de diferentes definiciones

Los cambios de definición desde el principio de la epidemia, hacen que el número de registros de personas VIH/SIDA varíen independientemente de la salud de las mismos. El hecho de contemplar de un día para otro la existencia de parámetros nuevos a través de enfermedades añadidas a las anteriores, varían la cuenta. Por ello, los mismos datos para un año, si los transformamos con la definición del año siguiente, automáticamente se modificarían, en este caso aumentarían. [22]

Lo anterior ocurre en occidente, pero en los países empobrecidos, en especial en el continente africano, como el diagnóstico se lleva a cabo como caso clínico en la mayoría de las ocasiones, sobre todo en los primeros años de la pandemia, las cifras de SIDA son independientes al VIH. Así por poner un ejemplo, en 1993, 2.215 de 4.383 (50%) casos de pacientes africanos de SIDA de Abidjan, Ivory COSAT, Lusaka, Zambia, Kinshasa, Zaire, fueron negativos a los anticuerpos del VIH. (Duesberg, 1993b:115). Ello es curioso teniendo en cuenta de que los CDC ya identificaron SIDA sin VIH como otra enfermedad distinta. Lo cierto es que las cifras de SIDA en África conllevan casos seropositivos, más casos clínicos y teniendo en cuenta como se ha visto en apartados anteriores de este capítulo, las reacciones cruzadas que se dan a las pruebas serológicas con determinadas enfermedades y situaciones, como tuberculosis, malaria, malnutrición, entre otras. Nos encontramos con falsos positivos por un lado (algo que también ocurre en los países enriquecidos) y con sobrerrepresentación en las estadísticas del VIH/SIDA en África, cuando en realidad, lo que se vienen incrementando son las enfermedades habituales endémicas de la zona (lo que solo ocurre en los países empobrecidos). De lo anteriormente expuesto se sugiere que titular habitual sensacionalista: "África de muere de SIDA", bien podría sustituirse por una pregunta: "¿África se muere de SIDA o se muere de pobreza y hambre?"

3.4.2. Estadísticas unificadas de personas con SIDA, testadas y no testadas

Desde que en 1985 se incluye la prueba del SIDA, en occidente las personas para ser catalogadas como enfermos del SIDA tienen que dar positivo a las pruebas serológicas. De esta manera, las estadísticas unifican a todos los considerados *caso SIDA* anteriores a la existencia de la prueba, e incluso una vez consensuada esta, existen casos SIDA sin testar. En 1993 el director de los Centros para

[22] Véase capítulo 2, apartado 2.2.3.

el control de las enfermedades (CDC) de la división VIH/SIDA, Harold Jaffe, afirmó que 43.606 de los 253.448 casos de SIDA estadounidenses registrados a final de 1992, no estaban testados, es decir, no se sabía si tenían o no el VIH, pero engrosaban las cifras oficiales. Además, los 10.360 casos americanos de SIDA diagnosticados antes de la existencia de la prueba del SIDA en 1985, tampoco fueron testados (Duesberg, 1993b:114).

3.4.3. Presentación de las cifras como datos acumulados

Otra situación irregular es la de presentar los datos de SIDA como datos acumulados, lo que es engañoso cara a la opinión pública, e incluso a la profesión. Un diario informó que un grupo de riesgo tuvo un incremento del 70% en los dos últimos años. Lo que realmente ocurría es que desde que empezó la epidemia había aumentado un 70% la incidencia en ese colectivo, pero desde el principio. Así, las cifras se van sumando como no ocurre en la información de datos epidemiológicos de ninguna otra enfermedad. El centro para el control de las enfermedades (CDC) elabora así los datos y así se lo exige ONUSIDA a todos los países. Hay registro de casos nuevos y defunciones, pero el dato que se da a los medios es el dato acumulado. En España no existe un registro en el Instituto Nacional de Epidemiología donde aparezcan las personas que viven con VIH/SIDA en España. Las que tienen VIH se apuntan por estimaciones pero no existe el dato de las que viven con SIDA, hoy.

3.4.4. Las estadísticas son interpretables

Los datos estadísticos no dejan de ser datos mudos hasta que una interpretación les da la palabra. Si los datos son incompletos, las interpretaciones también lo serán, es por ello que ante las estadísticas del SIDA hay que afinar y relacionar cada uno de los datos obtenidos, para no caer en una excesiva simplificación que falsearía la realidad. Robert Maver en su empeño por esclarecer las estadísticas del SIDA e interpretación de las mismas, elaboró el análisis que presento a continuación (Maver, 1993:109-111).

Un artículo de la revista de la Asociación Americana de Medicina firmado por Selik y colaboradores, informaba que en 1990 la infección por VIH fue la principal causa de muerte entre hombre y mujeres entre 25 y 44 años en muchas ciudades de Estados Unidos, siendo la segunda causa de

muerte en los varones de esa edad en población general. Siguiendo la pista a este dato y buscando en los datos completos del CDC, Maver observa lo siguiente:

a) De las 265 muertes de heterosexuales masculinos, los CDC revelan que 164 de ellos estaban en la categoría "sexo con abuso de drogas IV", es decir, para la inmensa mayoría de jóvenes, los no consumidores de drogas, las muertes descienden a 101 en 1990. El total de la población masculina de esa edad eran 40 millones. Los varones homo-bisexuales, entre dos y cuatro millones. Si se usa una estimación de 800.000 para consumidores de drogas, queda un resto de 35,2 a 37,2 millones de jóvenes varones heterosexuales no consumidores de drogas. Así la tasa de muerte para este grupo quedaría en 0,28 por 100.000. Valor muy bajo.
b) De las 737 muertes de mujeres, los CDC revelan que 542 eran consumidoras de drogas, es decir, para la mayoría de población de mujeres jóvenes (las no consumidoras de drogas), hubo 195 muertes en 1990. Del total de población de mujeres jóvenes entre 25 y 44 años también es de 40 millones. Si la estimación de consumidoras de drogas es de 200.000, el resto es de 39,8 millones. Así la tasa de mortalidad para este grupo será de 0,49 por 100.000. Valor muy bajo (Maver, 1993: 109-111).

Estos casos revelan que la alarma social sobre la posible generalización de la epidemia, en ocasiones lanzada por los propios responsables políticos, está fuera de toda realidad. De hecho, el SIDA estaría en el límite de ser considerada una *enfermedad rara.* La organización Nacional de Enfermedades raras en los Estado Unidos, daba en 1998 información sobre el SIDA. Entendiendo que una *enfermedad rara* es aquella cuya incidencia no supera a los 200.000 habitantes[23], y teniendo en cuenta que según el CDC en el HIV/AIDS Surveillance 1998 Yaer End Report[24], la prevalencia de enfermos de SIDA vivos era de 270.841 en 1997. Y teniendo en cuenta que tras la nueva definición del SIDA en 1993 donde incluía una no enfermedad, el recuento de CD4 por debajo de 200. Llegamos a la conclusión que si contásemos únicamente los enfermos sintomáticos, dejando al margen el recuento de CD4 por debajo de los 200, asintomáticos, estaríamos hablando de *una enfermedad rara*. Lo que choca con la alarma social

[23] La Unión Europea define Las Enfermedades Raras, incluidas las de origen genético como aquellas enfermedades con peligro de muerte o de invalidez crónica, que tienen una frecuencia (prevalencia) baja, menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes en la Comunidad.
[24] Disponible en: http:/ WWW.cdc.gov

despertada por el gobierno y los medios de comunicación al respecto de riesgo a la transmisión generalizado a toda la población. El Director de la Oficina de Enfermedades Raras de los Institutos Nacionales de Sanidad, Steve Groft, confirmó que aún contabilizando los recuentos de CD4, la cifra se aproxima bastante a ser considerada una *enfermedad rara.*

SEGUNDA PARTE ANÁLISIS DE LA CONTROVERSIA

"En este mundo habría más espacio para lo verdadero y auténtico, si los que son incapaces de producirlo no formaran parte de una conspiración para no dejarlo emerger. Esta circunstancia ya ha frenado, retrasado o incluso parado algunas cosas que podrían haber redundado en provecho del mundo."

Shopenhauer

CAPÍTULO 4 CONTROVERSIA CIENTÍFICA E INTERESES ECONÓMICOS

4.1. Controversia científica

4.1.1. Justificación para mantener abierta la controversia del SIDA

Hasta ahora el presente trabajo no ha hecho referencia explícita a las personas que padecen a diario el SIDA. Ellas deberían ser el único motivo por el que la investigación tendría que esmerarse en aras a conseguir el mejor remedio posible para aliviar sus síntomas y generarles esperanza en un futuro. Estas personas deberían ser también el único motivo para que políticos, gobernantes e industria farmacéutica se pusieran de acuerdo en la elaboración de estrategias desinteresadas y generosas que avanzaran en la consecución del objetivo.

En estos quince años que llevo implicada en la investigación del SIDA, he podido comprobar como existen grandes peculiaridades entre las personas afectadas por este síndrome y en ocasiones pareciera que estuviéramos hablando de enfermedades distintas, de problemas distintos: personas que no han tomado la medicación nunca y se encuentran en un estupendo estado de salud. Personas que tomando la medicación se encuentran bien. Personas que intentan medicarse pero que ante los efectos secundarios, abandonan, lo vuelven a intentar y vuelven a abandonar, mientras en este proceso se crean resistencias a los antivirales y necesitan probar cada vez con uno nuevo, pero sin embargo, tienen un estado de salud magnífico. Personas que, obedientes cumplidores de la medicación, siguen adelante en el mundo de los efectos secundarios, no resistiéndoseles el VIH, pero generando su medicación un nivel de iatrogenia tal, que su vida transcurre en los hospitales, cada vez con una enfermedad distinta.

A continuación se presentan extractos de tres relatos de la vida de tres personas que conviven a diario con este síndrome biológico, psicológico y social.[1]

[1] Transcripción literal no completa, por selección, de los relatos de vida recogidos para esta investigación. El uso de la negrita para destacar partes del texto, no es original.

a) *Varón, 47 años, homosexual, 22 años viviendo con el SIDA. Graduado escolar, trabaja como locutor de radio y es presidente de una asociación antisida.*

Me infecté con el VIH en concreto el Septiembre de 1985 en Barcelona.

Bueno recuerdo un mal momento, pero no me inmuté, siempre he sido una persona positiva, confiando en mi mismo y en los doctores que hasta el día de hoy me han atendido. Siempre he creido firmemente que la ciencia no es exaxta, y ahi que confiar y creer en las personas ,sin olvidarte de creer también en tí mismo. Dicha noticia me la comunicó una persona excelente y un doctor maravilloso, que aún vive aunque ya jubilado y que todavia pasa consulta propia en Barcelona y que entonces estaba en el servicio de enfermedades de transmisión sexual de la Generalitat de Catalunya el Dr José Maria Capdevila i Gayá.

Mi estilo de vida en aquella época es como el de hoy mismo, aunque claro está salvando las distancias de los años 80,en otro siglo hasta el dia de hoy ,cuando aun no se conocia placticamente nada de este tema y parece que las personas señaladas con las 3 "H", estabamos que poco mas o menos con un castigo divino, lo digo porque yo era y soy en la actualidad personas que tiene sexo con hombres es decir IHSM",pero para mi al respecto no ha cambiado nada.

Nunca he consumido ningún tipo de drogas y ni siquiera fumo en alguna ocasión, pero pocas, y solo por saber pero eso si con control y sin dejar de usar el condón nunca . Me han dado a probar un liquido llamado "POPPER" que esta compuesto por nitrato de amilio o algo así y que al parecer en los últimos años está muy de moda dentro del colectivo gay,y que te da una especie de subidón al esnifarlo, ya que es un bote de cristal pequeño que se esnifa leve-m mente por la naríz, pero aparte de eso nada mas.

...Bueno al parecer creo que lo contraje a través de una donación de sangre sobre el año 82 u 83 aunque no está del todo claro y por ello siempre digo que fué a través de una relación desprotejida como yo le llamo. Si en alguna ocasión de mi vida he tenido alguna

de las llamadas practicas de riesgo, pero por supuesto siempre con condón, procurando que no se rompiera y que todo estuviera correcto en la otra persona. En mi caso soy normalmente activo,(es decir la que penetra al otro).

Estoy tomando medicación antirretroviral desde hace mas o menos 15 años sin parar un solo día, y creo haciendolá correctamente y siguiendo siempre el criterio de mi doctor. Si, siempre hasta el dia de hoy he tenido una adherencia superior a la media en el tratamiento, fijate que hace 3 meses por ejemplo en mis ultimas controles ,que como quizás conoces, se realizan cada seis meses normalmente, tenia 876 CD4 y los demas parametros supernormales como siempre, pues bien en la realizada el pasado dia 3 de este mes estoy nada menos que a 1276 CD4 y un 48% de adherencia al tratamiento, siempre he estado más o menos así de CD4 y todo normal no estando más bajo de 600 en ninguna ocasión.

Placticamente no he llegado a tener ningun efecto secundario grave solamente una leve lipodistrofia en la cara que apenas si se nota y un poco de lipoatrofia en las piernas y en el culo(perdón) pero salvo eso nada mas y por supuesto nunca hé llegado a estar ingresado en ningún hospital.

El paso a la terapia TARGA no supuso mucho cambio ya que fuí uno de los primeros que en este pais estuvo tomando AZT desde los primeros momentos que se prescribia esta medicación como pastilla única. De hecho hasta hace solo 4 meses que se me retiro de forma definitiva la he estado tomando primeros con los tratamientos dobles, y despues con la terapia triple. y durante este tiempo con el AZT tampoco he tenido jamas ningun problema al menos grave que yo conozca, lo que pasa que se me retiro para entrar a tomar nueva medicación y menos pastillas en la actualidad tomo dos pastilla de Kaletra por la mañana junto con una de Truvada y dos mas de Kaletra por la noche.

Bueno para mi el VIH en mi vida ha significado mucho pero de muy diversas formas, por una parte poder levantarme cada día y vez la luz del sol que ya es muy importante para mi, ya que en el camino se han quedado muy buenas personas y

autenticos luchadores, he perdido a muchos y muy buenos amigos. Pero además ha significado y significa poder conocer nuevos horizontes ,visitar nuevos paises que quizás nunca podria haber conocido darme la posibilidad de convivir y conocer a diversas personas de varios lugares de mundo, con sus culturas, sus vivencias y todo lo que ello conlleva.

El poder estar vivo Y SALVAR CADA DIA; si con mayusculas, salvar a menos a una persona, ya que dentro del colectivo gay mis queridos compañeros muchos de ellos muy jovenes han bajado la guardia y hacen autenticas locuras, creo que muchos ni siquiera tienen aprecio a la vida y lo bello que es vivir y lo que vale el estar vivo cada dia por eso siempre que salgo de marcha, procuro llevar unos condones para darlos, que los usen y si es posible el dar fé de mi testimonio personal que creo es lo mas importante y del que se puede aprender mucho, sobre todo a seguir viviendo cada dia.

...al principio, creo que en los primeros 7 u 8 años senti discriminación, pero nunca en el trabajo pues siempre fui una persona muy discreta y cuidadosa al respecto, pero si con muchos de los que pensaba que eran mis amigos y que despues las cosas de la vida ha hecho que me los encuentre " en el mismo barco que yo" pero por desgracia en peor situación que la mia, con alguna de mi familia también tuve en sus momentos y bueno jamas he tenido ningun problema en ningun hospital de los varios que me han tratado en España, en eso si he tenido mucha suerte y no me afecta ni me molesta para nada, peor para ellos.

... nunca he sido diagnosticado como caso de SIDA y actualmente estoy en el Estadio A III desde hace ya bastantes años. Mi estado de salud es maravilloso como siempre en estos años y me encuentro bien con unas ganas de seguir viviendo y disfrutando maravillosas y sin absolutamente ningun problema, con fuerzas, ganas y mucha alegria de poder estar vivo en todos estos años. (…) me gustaria algun dia el poder realizar alguna pelicula sobre mi vida creo que seria un testimonio muy positivo y a tener en cuenta y que vendria muy bien para estas nuevas generasiones sobre todo de jovenes que al parecer no le tienen miedo a nada y para muchos de ellos la vida no vale nada.

b) Mujer, 46 años, heterosexual ex consumidora de drogas, 25 años viviendo con el SIDA, Estudios Primarios y empresaria.

Cuando tenía 14 años empecé a conocer el mundo de las drogas, desde el hachis hasta la heroína, pasando por las anfetaminas, morfina, opio, diversos medicamentos, coca, etc. A la vez también descubrí el sexo y bueno como se acababa de morir Franco era la época del destape y los preservativos no se usaban mucho. No se sabía que hubiera un virus al que temer. Ladillas, gonorreas y demás venéreas eran fáciles de controlar, y los embarazos se impedían con anticonceptivos. Durante 6 años estuve descubriendo todo lo que pude hasta que cuando cumplí los 20 y después de practicarme un aborto y romper la relación que tenía en ese momento, decidí dejarlo todo. Al cabo de 9 meses conozco a un hombre con el que mantuve una relación estable durante 7 años. No le fui infiel y antes de estar con el no estuve con nadie durante esos 9 meses. Por supuesto todo el consumo de drogas había pasado a la historia. Cuando le dejo, empiezo otra relación con un hombre que vive en Málaga y al cabo de un año decido irme allí.

Ya habían empezado a salir noticias de gente que moría por una enfermedad nueva y yo cada vez que hablaban de las prácticas de riesgo se me abrían las carnes, pero también me miraba y veía a una mujer sana y estupenda y enseguida descartaba cualquier posibilidad. Al decidir irme a Málaga me hago una revisión completa aquí en Madrid y mi ginecólogo me recomienda hacerme las pruebas del SIDA, más que nada por descartar el asunto para siempre. La sorpresa fue que tuve que incorporar para siempre ese dato en mi vida y a partir de ahí todo cambio. En el 90 me diagnosticaron que era seropositiva, a través de unas pruebas completas que me hizo el ginecólogo con el fin de descartar el tema. En el momento en que me dieron la noticia sentí como una losa caía encima de mi con un cartel de apestada.

He consumido drogas asiduamente durante seis años de mi vida. Si, empecé a fumar porros con 14 años (1975) y deje de pincharme a los 20 (1981). En ese periodo de 6 años lo probé todo y por todas las vías. Creo que pude contagiarme por vía intravenosa o por contacto sexual o por ambas.

Durante los 4 años que siguieron la única forma que encontré para poder soportarlo fue hacer como si no lo supiera. No fui al medico y no se lo conté a nadie, bueno a mi pareja en ese momento, y la vida continuo como si nada. Mi pareja lo acepto de muy buen grado y me lo puso muy fácil. A los 4 años me encontré con un antiguo novio, que además era seropositivo como yo, y empezamos a estar juntos. Con el fui al medico y empecé a compartirlo con mas personas, su familia, parte de la mía y algunos amigos.

Cuando llevaba 3 años con el me descubren el Virus del Papiloma Humano por una lesión que tienen que extirparme de los genitales y desde entonces, que ya hace como 12 años no han dejado de operarme. Es bastante bueno, en general me encuentro bien aunque el asunto que mas me preocupa que tiene que ver con el Virus del Papiloma Humano y que me ha llevado al quirófano ya 8 veces, entre los genitales y el ano. El virus del Papiloma lo tenemos mucha gente, es el que produce las verrugas, y se trasmite a través de relaciones sexuales. Normalmente en los hombres suele ser asintomático y otras veces produce condilomas. En las mujeres es un poco más agresivo debido a las características de los órganos genitales femeninos. Luego hay distintas cepas, algunas más agresivas que otras y por ultimo, como cualquier virus, ataca mas cuando las defensas están bajas. Yo no conozco a nadie que tenga la sintomatología que tengo yo, conmigo se esta cebando el mamón. Ahora estoy bien, Tengo la carga viral indetectable y un buen numero de T4.

He probado todo tipo de medicamentos. No he tenido muchos efectos secundarios porque en cuanto notaba el más mínimo suspendía el tratamiento. Esto me ocasiono que ofreciera resistencias a casi todos. He cambiado de tratamiento muchas veces y he ido aprendiendo a vivir con esto, aunque no es nada fácil. El VIH me marco para siempre.

Para mí es una enfermedad social y en mi caso los efectos peores tienen que ver con las relaciones de pareja. En mi caso me resulta muy difícil relacionarme con gente infectada porque suelen estar bastante tocados físicamente o muy desestructurados y no me atraen lo mas mínimo. Y con la gente serodiscordante es complicado, aunque no pierdo la

esperanza. Pocas veces he sentido discriminación, en realidad si no recuerdo mal, solo en el Hospital Materno Infantil de Málaga. Me ponían sola en una habitación y un ginecólogo me atendía desde la puerta. También me traían la comida en una bandeja con guantes y cuando se la llevaban la tiraban en un saco de basura con bandeja y todo. Eso a pesar de que yo no había ni levantado la tapa para mirar lo que traían.

He estado en terapia Gestalt unos cuantos años y he aprendido a quererme y a quitarme la culpa tan grande que siento. En resumen, estoy infectada desde hace unos 30 años aproximadamente, lo se desde hace 17 años y estoy en tratamiento desde hace 14 años. Tengo un aspecto estupendo, incluso no aparento los 46 años que tengo, tengo una empresa que funciona muy bien y mi vida esta bastante llena de amigos y gente que me quiere, y espero que pronto se acabe toda esta pesadilla.

c) Varón, 52 años, heterosexual, ex consumidor de drogas, sin estudios, desempleado por obligación y pensionista.

(...) Yo aún seguía, sin valorar esta enfermedad, en la prisión me pusieron en tratamiento con retrovir pero yo no me lo tomaba, pues veía a la gente en el patio que decían que no valía para nada y te alteraba el hígado. Hablé con el médico y me mandó videx pero este me quitaba las ganas de comer, así pues también lo deje. En la prisión, llevando ya algún tiempo, comenzaba a ver lo que verdaderamente era el SIDA, personas en fase terminal o cuarta fase o estadio cuarto, que más daba el nombre que le dieran; veía a las personas quedarse en los huesos llevárselos de la prisión al hospital penitenciario, y al tiempo oías que habían muerto; personas que no se podían valer por ellas mismas, y tenían que estar en el patio, siempre ayudadas por algún amigo, que les bajaba una manta y se sentaban en ella, y si hacía frío se tapaban con esa manta, la piel se les llenaba de escamas, la boca de cándidas, no podían comer. Algunos familiares ya pasaban de ellos dejándolos indigentes.

En el patio escuchabas estas palabras: ten cuidado con esos sidosos, no te pongas a su lado. Yo empezaba a ver que también tenía el SIDA, pero estaba en segundo estadio y con hepatitis B, la carga viral aún no se conocía y las defensas las mantuve durante unos años en 472.Ya en la cárcel comencé a ver las primeras reacciones ante esta enfermedad; me hacían sentirme mal, pues yo, aunque aún no se me notaba tenía el virus, y tardara mas tiempo o menos tiempo, me vería como aquellas personas que en poco tiempo la enfermedad los fulminaban; me resistía a creer esto, pero la verdad era, que estaba dentro de mí esta enfermedad. En muchas ocasiones me preguntaba: ¿cómo la he podido coger? Y la respuesta siempre era la misma; la aguja; ¿pero en qué ocasión pudo ser? ; y cientos de imágenes venían a mi mente de todas las personas que había compartido con ellos la aguja. Algunos que me decían: tengo el SIDA, pero con el mono, no parabas a pensar eso, tan sólo pensabas en lo chungo que estabas; en que terminara pronto de ponerse para ponerme yo. Así pues aún sigo pensando cuando sería aquel día que me infecté en la enfermedad. Comencé a escuchar hablar de la reinfección y cuando tenía un vis a vis, con mi mujer utilizaba el preservativo, pues en el control de los vis a vis, tenían cajas llenas de preservativos.

Ya la enfermedad comenzaba a entrar también en mi cabeza; ya empezaba a entender las depresiones de mi mujer, por esta enfermedad. Unos años llevaba sabiendo de esta enfermedad y siquiera me había parado a pensar en ella. Mi mirada estaba puesta en las defensas, pues mientras estas se mantuvieran no había peligro; pero claro eso era al principio ahora ya la mirada de las personas que están como yo, la tenemos puesta en la carga viral y en las enfermedades oportunistas que son bastantes. Cuando pagué la pena, pasado año y poco pues ya tenía trece meses pagados; pues salí en libertad preventiva con esos trece meses y otros trece que cumplí, pagué la condena a pulso como se dice en el argot callejero, pues de una pena como la mía se pagaba la mitad y una condena a pulso se pagaban dos años y poco más, pero a mí no me aplicaron la libertad condicional y tampoco los seis meses que tenía de retenciones firmadas por el juez.

Después de haber pasado unos meses (…) empezamos a tener contacto con otras personas; pero no sexuales; contactos con otras personas que también tenían el sida, pero seguían con el problema de las drogas, a estos intentábamos ayudar hablando con ellos y el que quería dejar las drogas, estábamos con el todo el día, haciéndoles tisanas y dándoles por la noche unos masajes para que pudieran dormir bien(..) Otros se encontraban a parte del sida que estaban solos; luchaban unos meses y de nuevo volvían al punto de partida; hablabas con ellos y te decían: para qué quiero quitarme de las drogas, si no tengo nada por lo que luchar. Otros habían tenido en sus casas, abusos sexuales; y después de un tiempo, tenían que volver a sus casas, donde los recuerdos les atormentaban y estos eran ante todo mujeres que habían sido violadas por los padres y hasta por los abuelos. Entonces tener que vivir otra vez bajo el mismo techo, los hacía volver de nuevo a las drogas, pues de esa forma no se acordaban del problema. Ellas tenían el Sida, y se buscaban la vida como prostitutas, y cuando las hablaba del Sida que podían contagiar a otras personas; ellas me decían: que les den por culo y se jodan, que se contagien lo mismo que a mí, me han contagiado y además son todos unos maricones y abusones. En eso llevaban razón, pero de ahí a contagiar a otras personas y condenarlas a muerte, era distinto.

Con el paso del tiempo, me enteré que en mi familia había tres infectados; muriendo uno cuando yo estaba preso; los otros lo tienen muy en secreto, pues a mí, me lo contó uno, una noche que estaba borracho y me hizo prometerle que no se lo diría, a los otros hermanos. Y así es, después que han pasado siete o ocho años, aún no sé, si se lo habrá dicho a mis otros hermanos.Este lo vive tan en secreto que a veces estando en su casa, nos hacía sentir mal a mi mujer y a mí. llegando mi mujer a decir que no quería ir mas por casa de este hermano. Siempre cuando llegaba alguien me llamaba a parte y me decía: Paco no hables de la enfermedad.

Nosotros nos hacíamos las analíticas cada tres meses, las cosas iban bien tanto para mi mujer como para mí. Haciendo, cuanto estaba haciendo, cada día sentía mas inseguridad, en mi, mismo, pues la gente rápido se enteraba que tenías el Sida, y ya no te hablaban igual que antes de no tenerlo; tan sólo unos pocos que no tenían nada que ver con

el Sida; nos seguían hablando. Claro está, todos los tóxicos y personas con el virus, con esos eran con los que pasábamos todo el día; hacíamos unas reuniones en un parque todas las tardes, desde las siete hasta las diez mas o menos. Algunos curiosos se acercaban para ver que estábamos haciendo; unos se quedaban y escuchaban, y otros venían a meter la pata, pero estos salían cardaos.

Bueno nos tiramos casi dos años ayudando a la gente del barrio; la iglesia también les daba alimentos a los más necesitados. Total que ya llevaba curado (de la droga) casi cinco años, viendo el efecto del Sida y todo cuanto estaba haciendo. En ocasiones me llegué a encontrar algunas personas muertas, en sus domicilios, pues yo tenía contacto con todos ellos, y la única persona que tenían para ir con ellos al hospital, y pasar por sus casas, para estar un rato con ellos y todo esto hasta que un día del mes de mayo se puso mala mi mujer y la dieron ingreso en el hospital. El mismo día que llegamos por la mañana temprano, sacaban de una habitación a uno que había muerto de esta enfermedad; pues aquello era una planta para personas de Sida. En esa planta había ingresados mas de cincuenta personas con esta enfermedad; los conocía a la gran mayoría, pues eran del barrio o conocidos de cuando era toxicómano. Allí veía como ingresaban, y en poco tiempo morían, con algún tumor cerebrar o consumidos con todas las enfermedades oportunistas.

Mi mujer llegó por su propio pie, pero llevando allí algunos días cayó en la cama y ya nunca mas se levantó de ella; cuatro meses se tiró para morir, con unos dolores que se pasaba el día llorando, y pidiendo que la quitaran ese dolor. Llegó el día que mi mujer moría; y moría de un cáncer de páncreas, provocado por esos intentos de quitarse la vida, y las depresiones que tenía. El mismo día que ella moría, yo descargaba una fuerte tensión, que había pasado durante cuatro meses, ésta se manifestó con diarreas y un fuerte malestar en todos los huesos. Todo esto antes de enterrar a mi mujer; durante el velatorio, fue cuando me ocurrió esto, la enterramos y ya comencé a sentirme solo, aún no sabía bien lo que me esperaba, a partir del día que ella murió.

Sin trabajo, con mi suegro enfermo de asma, enganchado las 24 horas al oxígeno; yo sintiéndome enfermo. La enfermedad empezaba a manifestarse, sin ganas de comer y casi sin poder andar; tan solo iba a la compra acompañado de uno de mis hijos; tenía que pararme varias veces en el camino o recorrido que tendría unos quinientos metros. Y así un poco de tiempo, hasta que un día, ya ni eso podía hacer; tan solo podía levantarme para sentarme en la puerta, donde había un poyete, y ahí me sentaba, pues no tenía más fuerzas para llegar más lejos, y así pasaban los días.Una película de la imágenes de las personas que había visto morir y entre ellas pasaba mi mujer todo el día por mi cabeza; y llegó un día en el que ni estas imágenes podía ver, pues estaba muy debilitado; ya tan sólo pensaba en mi suegra, una mujer ya con setenta años, con su marido enfermo sin poder salir de casa, ni a la compra, pues no podía dejar al marido solo, puesto que este estaba enganchado al oxígeno las veinticuatro horas del día.Yo sin poderla ayudarla, mis hijos aun, un poco jóvenes para responsabilidades e iban al colegio y yo cada día peor, esto era desesperante, pero no podía hacer nada, tan solo los días que me levantaba; dar unos pasos para poder ir al poyete a tomar un poco el sol. Cuando estaba en el salón, mi suegra aprovechaba para salir a la compra, pero si algún día hubiese pasado algo, que podía hacer yo; en una situación mala, que se asfixiaría con alguna flema, que haría yo, pues apenas tenía fuerzas ni para mirarle y tener cuidado de él.

Pero uno de los días que salí al poyete pasó una sor o monja que conocía, y al verme allí sentado, se paró a mi lado, se sentó conmigo en el poyete y me dijo: Paco, se de una casa de acogida, quieres irte a ella; yo no lo pensé y la dije que si; ella me dice: pues tenemos que ir para que te hagan una entrevista; yo la dije que de acuerdo y quedamos para ir a la entrevista.

Vamos a la entrevista, y me dicen que sí, que me puedo quedar, yo digo que tenía que hacer algunas cosas, e iría un par de días después. Y así fue, llegué y en la casa me quedé; pues yo aunque despacio aún podía andar, pero llevando poco tiempo, ya las piernas apenas me sostenían en pie, llegando a caer en varias ocasiones. Me llevan al hospital y allí quedo ingresado en la cama sin poder levantarme, puesto que las vértebras siete, ocho y nueve me habían dañado la médula.

Allí ingresado pase el tiempo de dos meses hasta el día que me dieron el alta, que me trajeron en una camilla, pues no podía andar. Había perdido totalmente mi independencia; ya dependía de que me acostaran, me desnudaran y me levantaran; ya dependía de otras personas para todo, me trajeron una silla de ruedas, y en esta estuve un año y medio; pero de la debilidad que tenía, aun no podía ver la verdadera marginación de esta enfermedad.

Un año y medio sin poder ponerme de pie, los fisioterapeutas, me mandaron a un centro para hacer rehabilitación; y allí iban pasando los días y ninguna mejoría.
El tiempo seguía pasando, y con este, me sentía cada día mejor. Pasó el tiempo y comencé a coger un andador que en toda la hora que estaba en la rehabilitación que era una hora, no daba diez pasos. Pero el tiempo seguía pasando y este era mi mayor fisioterapeuta; y así seguían pasando los días ya andaba 15 o 20 metros con el andador. Habían pasado más de seis meses, y todos los días con las pesas; en las paralelas; y con el andador.
Para ir al centro de rehabilitación, me recogía una ambulancia a las nueve de la mañana; haciendo rehabilitación, pasaría 45 minutos, pero desde que terminaba que eran las diez de la mañana, hasta que venía la ambulancia para llevarme a casa, pues pasaban algunas horas; pues nunca venían antes de la una; y esto no era porque venían a buscarme a mi, era porque habíamos muchas personas, esperando para que nos llevaran de vuelta.
Pasado un año ya no me hacían falta el andador ni las barras de la pared; ya comenzaba a andar con dos muletas, y comencé a ir a un centro de personas que hacían algún tipo de trabajos manuales.

Pero llevando en el centro un año poco más comencé a andar con una muleta, y en poco mas tiempo la independencia, ya, podía coger el autobús; costándome mucho trabajo, pero poco a poco ya iba a cualquier sitio en el autobús y seguían pasando los días.El tiempo seguía pasando y con la mi mejoría pero lo que no sabía y siquiera imaginaba era que con esta mejoría, empezarían nuevos problemas, que ya no eran de dolor físico ya pasaban a ser problemas síquicos y de marginación.

Uno de los muchos días que iba a la consulta para llevar un control de las defensas y las enfermedades oportunistas, la doctora que me llevaba me dice: Estas muy bien de las defensas y he pensado si te interesaría entrar en unos experimentos que se están haciendo en este Hospital. Yo la pregunto: Qué clase de experimentos. Ella me dice: se trata de probar unos nuevos medicamentos, pero para eso tendrías que bajar hablar con una doctora de microbiología y ella te explicaría lo que tienes que hacer ya he hablado yo con ella, sobre ti. Bajo a microbiología y pregunto por esta doctora ella era una chica joven que salió y muy atenta comenzamos a hablar sobre el experimento. Ella me dice: te ha dicho la doctora de que se trata. Yo la digo: solo me ha dicho que se trataba de probar nuevos medicamentos. Ella me dice: te lo explico; estos experimentos que estamos realizando los llamamos "un doble ciego" que se trata, de que te vamos a dar unas cápsulas que tú no sabrás lo que hay dentro, tan solo el médico que te lleve lo sabrá; tendrías que ingresar durante un tiempo para un mejor control, cuando viéramos que el tratamiento lo aceptas, te podrías ir a casa pero tendrías que venir todos los días; al hospital. Yo la pregunto: ¿lleváis mucho tiempo con estos experimentos? Ella me dice: si ya hemos tenido varios grupos. Que en cada experimento cogemos grupos de doce personas. Yo la pregunto: y ¿dónde está esta gente, podría conocer alguno para que yo viera como están? Ella me dice: hasta hoy no vive ninguno. Yo la digo: y ¡tú quieres que yo entre en estos experimentos! Ella me dice: yo tan solo te estoy diciendo en qué consiste, ahora eres tú quien decides si quieres entrar en este nuevo grupo que estamos formando. Yo la digo: que gano yo con esto, si habéis tenido varios grupos y todos están muertos. Ella me dice: lo único que puedes ganar, es, que si el medicamento sale bien serías el primero en gozar de ello. Yo la digo: no voy a entrar en ese experimento. Que viviría hasta que Dios quisiera. Y esto hace ya ocho años, y aquí sigo, con una vida no muy buena, pero vivo.

En todo este tiempo que llevo sabiendo que tengo el Sida; me imagino que será como la gran mayoría que estamos viviendo esta historia. Unos días malos y depresivos y un tanto apagados y otros días echando chispas y con ganas de seguir vivo. También veo en mi forma de ser, que está, está cambiando bastante, que el Sida transforma a las personas, en algunas las

transforma en una especie de zombis andantes; y con una vida carente de sentido, y más tarde o más temprano todos pasamos por el mismo tamiz. Tan solo nos queda la esperanza que un día que no sea tarde para los que aun seguimos vivos, saquen la vacuna decisiva para nuestra enfermedad, esa vacuna que salve al mundo de esa muerte inevitable, hasta el día de hoy.

Hoy he tenido la oportunidad de preguntarle a mi hijo, si su novia estaba enterada de mi enfermedad. Él me dijo: Que sí estaba enterada y no la importaba. Digo esto y se lo pregunté, pues unos meses antes; mi hija vino a verme con un chico que estaba saliendo, pero cuando este se enteró que yo tenía el Sida, cuando se marcharon este le puso toda clase excusas para romper las relaciones y así de dura es la realidad de los que tenemos esta enfermedad, que veis que no la sufrimos tan solo los que la tenemos; en mi caso también la sufren mis hijos, sin ellos tener la culpa de nada, solo de ser mis hijos.

Estos tres extractos de los relatos de vida recogidos, nos ponen de manifiesto los siguientes aspectos:

a. En una historia larga de SIDA de más de 20 años en los tres casos, se presentan dificultades a la hora de identificar su forma de contagio, simplemente establecen especulaciones relacionadas con las prácticas de riesgo comúnmente aceptadas y desarrolladas en la hipótesis vírica. Curiosamente el caso (a) achaca su contagio a una única relación desprotegida. La hipótesis no vírica, en estos tres casos justificaría la inmunodeficiencia por el consumo asiduo de drogas. También en el caso (a), que aunque considera que no es consumidor de drogas, reconoce utilizar poppers (nitrito de mitilo y amilo, inhalante inmunodepresor), aunque no lo identifica como práctica de riesgo.

b. La medicación en el caso (a) es tomada con rigurosidad generando una adherencia de un 50% al tratamiento y solo reconociendo efectos adversos producidos por la misma sin importancia, lipodistrofia y lipoatrofia. En el caso (b) no se ha llegado a seguir por los incómodos efectos

secundarios, pero el estado de salud de la paciente es inmejorable. En el caso (c) se ha seguido bien la medicación, aunque se ha interrumpido en ocasiones, no parece que haya excesivas resistencias, pero los efectos secundarios son Hepatitis B, lesión medular, insuficiencia renal, etc, perjudicando ostensiblemente la calidad de vida del paciente. Ambas hipótesis de trabajo tendrían explicación a lo ocurrido.

c. La enfermedad es en los tres casos considerada como una enfermedad biológica y social, con repercusiones psicológicas. La discriminación es un problema que consideran importante en sus vidas, unos más que otros. El caso (c) se siente discriminado y marginado y cree que el SIDA en su vida es el principal problema. El caso (a) y (b) conviven con la enfermedad de manera positiva porque su calidad de vida es prácticamente asimilable a la de cualquier persona seronegativa. Los casos (b) y (c) se sienten estigmatizados a la hora de encontrar pareja.

d. Otro de los problemas que se identifican es el de los ensayos clínicos sin garantías con las personas seropositivas, se abusa de su vulnerabilidad y de su estado de desesperación para conseguir su participación sin garantías.

4.1.2. Censura científica implica censura mediática

Un Artículo de Narture (Ascher et. al., 1993: 103-104) contenía un comentario en el que Ascher y colaboradores concluían que era la infección por VIH y no el consumo de drogas, quien tenía una correlación significativa en el desarrollo del SIDA. Su artículo estaba basado en datos epidemiológicos del Instituto de Salud, de hombres de San Francisco y escrito para refutar la hipótesis del consumo de drogas como posible causa de SIDA. A pesar de esto, Nature rehusó a publicar la réplica de Duesberg y en un editorial posterior de la revista titulado "¿Tiene Duesberg derecho a la réplica?, su editor John Maddox, pretendía justificar su censura.

La réplica ponía de manifiesto que Ascher y colaboradores desafiaban la hipótesis de Duesberg relacionada con el consumo de drogas inyectadas o consumidas oralmente y el AZT como causa de SIDA, haciendo referencia a un único estudio sobre el uso de marihuana, inhalantes de nitrito, cocaína y anfetaminas. En opinión de Duesberg, este estudio tenía seria limitaciones: en primer lugar, se estudiaba el riesgo de SIDA de los seropositivos controlando su no ingesta de drogas. En este sentido, se registró en el estudio que todos los VIH+ eran homosexuales, los heterosexuales eran VIH-, excepto uno que era drogodependiente. El 100% de los homosexuales eran consumidores de nitritos de manera habitual o esporádica. Un porcentaje no descrito había consumido otras drogas como la cocaína, anfetaminas y AZT. Por lo tanto no había personas VIH+ que no consumieran drogas. En este sentido, la asociación de consumo de drogas con toda la muestra VIH+ invalidarían las pretensiones de Ascher de refutar la hipótesis de Duesberg. En segundo lugar, falla en la cuantificación de los usos de drogas. En tercer lugar, falla al no observar el tiempo suficiente del uso de drogas para detectar su toxicidad. Ascher y colaboradores tampoco registraron como eran consumidas las drogas, y aunque la muestra era examinada en intervalos de 6 meses, basaron sus correlaciones drogas-SIDA en informaciones para los 24 meses anteriores a entrar en el estudio. Pero si el cáncer de pulmón, por poner un ejemplo, se desencadenaría tras 10 años de fumar mucho, si se intenta correlacionar información de lo fumado en 24 meses y el cáncer de pulmón, los resultados serían tan poco concluyentes como los de Ascher. Así pues, el período de 10 años de consumo de drogas necesario para desarrollar SIDA pudiera ser una posible explicación racional al período de latencia de 10 años de los partidarios de la hipótesis VIH-SIDA. Asimismo, Ascher constata que los consumidores habituales de drogas tienen dos veces más SIDA y Sarcoma de Kaposi que los consumidores esporádicos, lo que se acerca a esta hipótesis rebatida. Por

último, falta una información completa del uso de AZT, fármaco prescrito para la profilaxis del SIDA y terapia para los VIH+, como destructor de la cadena de síntesis del ADN, el AZT es particularmente tóxico para la médula ósea, el rigen de las células T. Uno de los colaboradores de Ascher confirma que el uso de AZT estaba extendido entre los participantes en el estudio de San Francisco. Ello junto con el uso de drogas podría explicar el declive de las células T en los seropositivos que Ascher achaca al VIH.

Se considera que el AZT fue desarrollado para matar células humanas mediante la destrucción de la cadena del ADN para la quimioterapia del cáncer y que los nitritos son los mutágenos y cancerígenos mejor conocidos, pudiendo causar los mismos Sarcomas de Kaposi en población VIH+ que VIH-. Todavía quedan por demostrar los 300 casos de SIDA sin VIH registrados en la literatura hasta 1992, que se convertirían en más de 4000 en pocos años. Por todo esto, para evaluar apropiadamente la hipótesis drogas-SIDA se deben comparar las cifras de las células T durante un período de tiempo, entre aquellos que son consumidores de drogas, AZT o ambas y los no consumidores. (Duesberg, 1993b:46-48)

Hay otro estudio el de Martin T. Schechter y colaboradores que se dirige a Duesberg en su párrafo final. “es un perjuicio para muchas personas infectadas por el VIH-1 y un obstáculo para las iniciativas de los científicos en salud pública, pretender que el VIH-1 es inocuo y no relacionado etiológicamente con el SIDA” John Lauritsen (periodista, analista estadístico y escritor) entiende que ambos estudios tienen serias limitaciones, por ello se les pidió tanto a Ascher como a Schechter poder observar sus datos primarios, cuestionarios y otros materiales de estudio. Ascher no respondió y Schechter aludió a la confidencialidad de los mismos, que Lauritsen no comprende, en lo relativo al cuestionario autoadministrado, al solicitarse una copia en blanco.

Los Centros Federales americanos para el control de la enfermedad definieron los contactos heterosexuales de seropositivos al VIH como grupo de riesgo para contraer SIDA en 1985. La tasa de sida en Belle Glade era conocida como la mayor del mundo cuando el CDC comenzó sus investigaciones en ese lugar. Tras entrevistar a los pacientes sobre su comportamiento con las drogas y el sexo, definió dos grupos de riesgo adicionales: los contactos heterosexuales de seropositivos al VIH y los haitianos. Se encontró entonces, que muchos de los paciente de Belle Glade eran consumidores de drogas no intravenosas, pero el CDC no consideró tal comportamiento como de riesgo, aunque ya eran conocidos por entonces los efectos inmunodepresores de dichas drogas. Las protestas sociales consiguieron que los haitianos fueran descartados como grupo de riesgo, el contacto heterosexual siguió considerándose

de alto riesgo y el consumo de drogas no intravenosas siguió quedando fuera. Tan solo dos o tres contactos sexuales son necesarios para transmitir la sífilis o la gonorrea, sin embargo, la transmisión de VIH requiere una media de 500 a 1000. Entre otros datos, del 75% de hemofílicos severos que han sido VIH+ entre 8 y 10 años, solo el 15% de sus mujeres son también positivas, lo que parece que no sea tan significativa la transmisión heterosexual.

En Belle Glade la tasa de nuevos casos era de 12 veces la media nacional, en abril de 1993 y las tasas acumulativas eran como mínimo 15 veces. Mientras el 26% de los casos eran consumidores de drogas intravenosas (media del 29%), más del 60% casos eran atribuidos a contactos heterosexuales (media nacional del 7%) siendo el 36% mujeres (12% nacional). En febrero de 1990 la doctora Deanna James, Directora del Centro de Salud de Palm Beach Oeste de Belle Glade confirmó la existencia de un consumo masivo de crack y prostitución en la zona. Comentó que se habían dado 217 casos de muerte por SIDA y 200 más habían muerto desde entonces. La Dra. Jean Malecki, Directora de la Unidad de Salud del Condado de Palm Beach insistía en la importancia del crack en la aparición del SIDA, tanto por sí mismo como potenciador de la prostitución. Los médicos no habían investigado el número de consumidores de drogas no intravenosas porque el CDC no les había pedido el dato. Ante la pregunta a la Dra. Malecki sobre la posibilidad de conocer cuantos de estos pacientes eran consumidores de drogas no intravenosas, la contestación posterior fue de solo un 8% de una muestra de 50 pacientes habían resultado ser consumidores de algún tipo de droga. Dato que sorprende, pues ya habíamos dicho antes que un 26% ya estaba registrado como consumidores de drogas intravenosas.

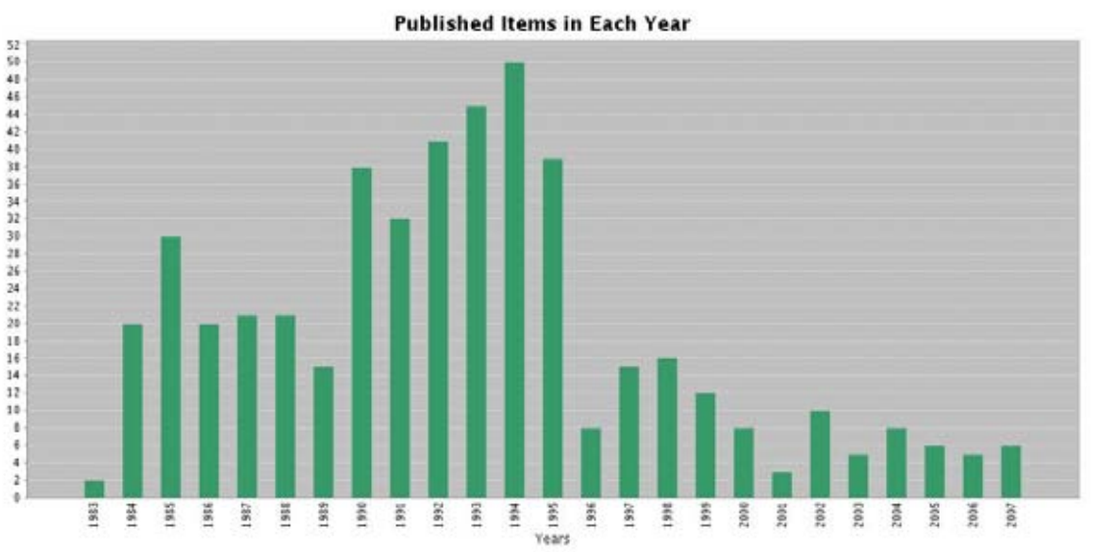
Lehrman (1993), Director de Formación Clínica del Centro Psiquiátrico de Kingsboro en Brooklyn, New York afirma que el CDC no ha revelado el alcance de estas drogas y su posible asociación al SIDA ni en Belle Glade, ni a nivel general.

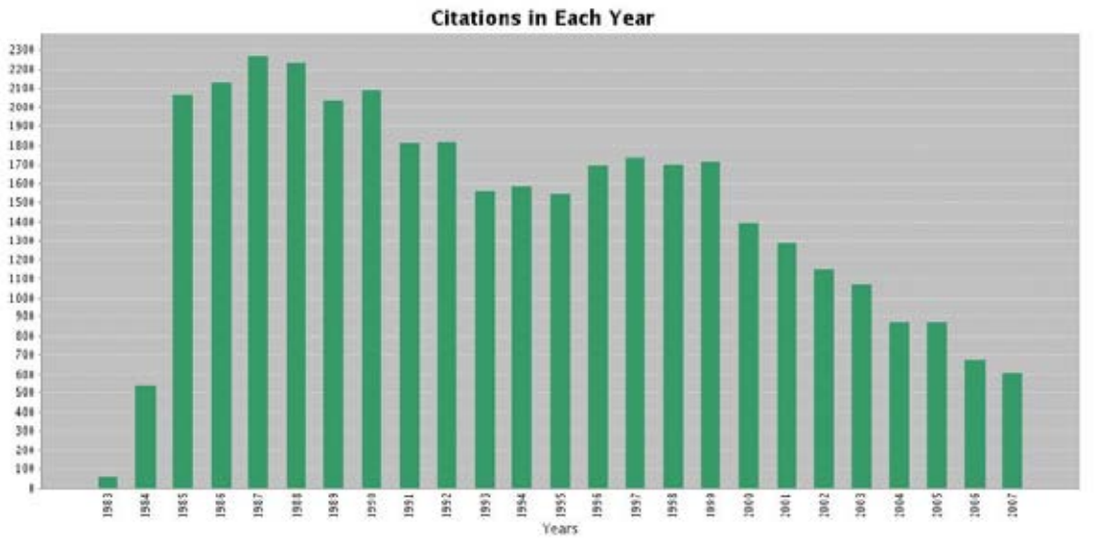
En definitiva existen dos posiciones distintas pero el debate entre científicos solo se produce a puerta cerrada y al margen de los medios de comunicación. Un ejemplo de lo que sería sano en el mundo científico es el que refiero en el ANEXO III, se trata de una correspondencia cruzada entre dos doctores en medicina españoles manteniendo el debate entre las dos hipótesis. Esta es una manera razonable de practicar la ciencia, contrastando hipótesis.

En relación también a la censura científica, destacan los problemas de los principales científicos disidentes tienen para poder publicar en las revistas científicas más relevantes. Conocido es el caso del

Dr. Duesberg, prestigioso investigador de retrovirus y cáncer, nominado a premio Nobel y que tuvo que renunciar a su carrera por la gloria científica cuando se posicionó en el SIDA no vírico. Miembro de la Academia de Ciencia de Estados Unidos de forma vitalicia, recibía ayudas importantes a la investigación que le fueron retiradas. En estas condiciones es muy difícil que las revistas científicas del ranking internacional de impacto se hicieran eco de sus trabajos. A continuación muestro los resultados del ISI Web of knowledge en el Science of citations Index Expanded en relación a los artículos publicados desde 1982 en revistas de impacto y las veces que han sido citados, poniendo de manifiesto el h-index. Este índice fue creado por Jorge Hirsch de la Universidad de California y es un sistema de medida de la calidad de los científicos basado en la cantidad de citas que recibe un artículo científico. Así, un científico tiene índice h si ha publicado h trabajos con al menos h citas cada uno. Es el balance entre el número de publicaciones y las veces que han sido citadas. Este índice mide la calidad del investigador, diferenciando a aquellos investigadores con gran influencia en el mundo científico de aquellos que solo publican muchos trabajos.

ROBERT GALLO





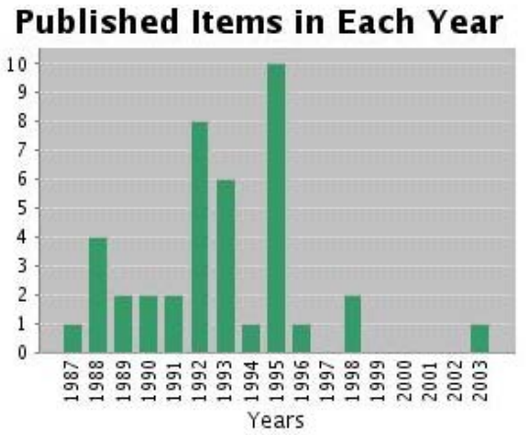
Results found: 476

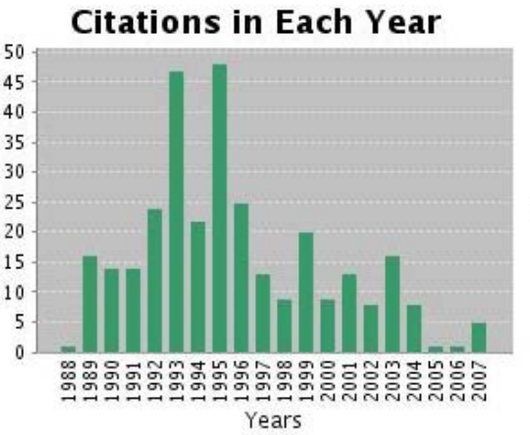
Sum of the Times Cited: 36,573

Average Citations per Item: 76.83

h-index: 89

PETER DUESBERG





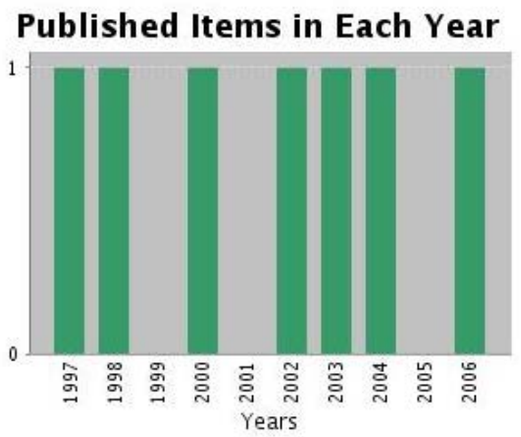
Results found: 40

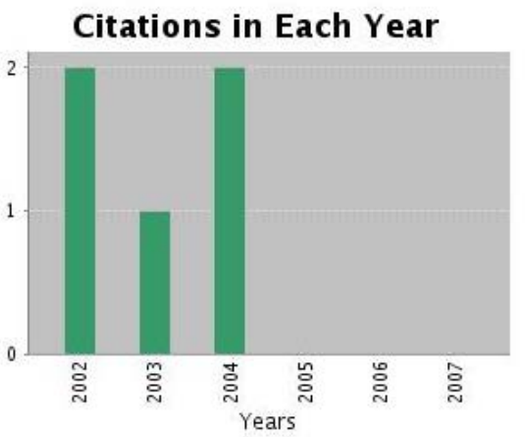
Sum of the Times Cited (i): 313

Average Citations per Item (i): 7.82

h-index (i): 9

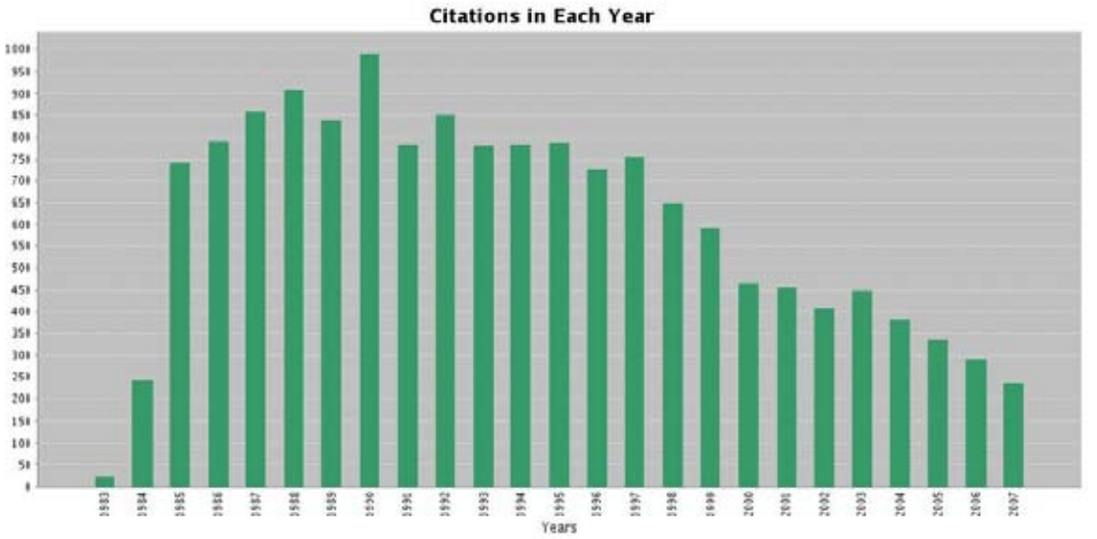
PAPADOPULOS-ELEOPULOS

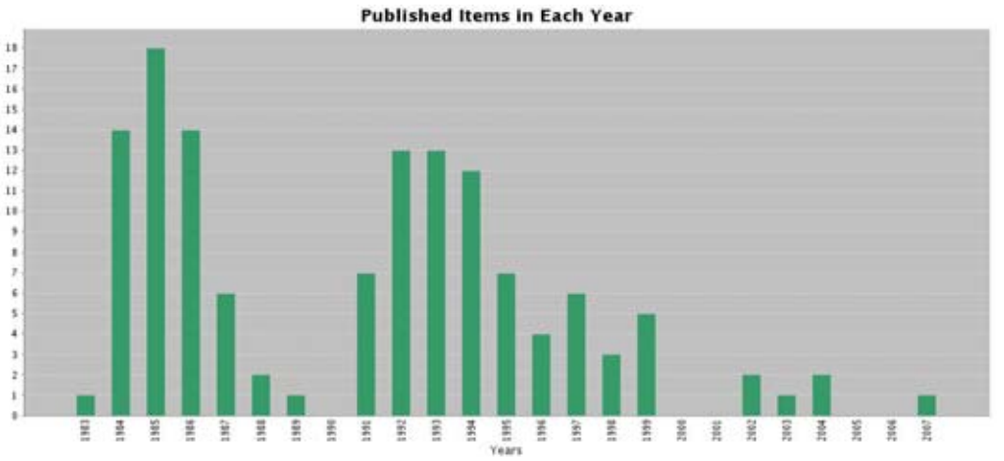




Results found:	**7**
Sum of the Times Cited :	**5**
Average Citations per Item :	**0.71**
h-index :	**1**

LUC MONTAIGNER





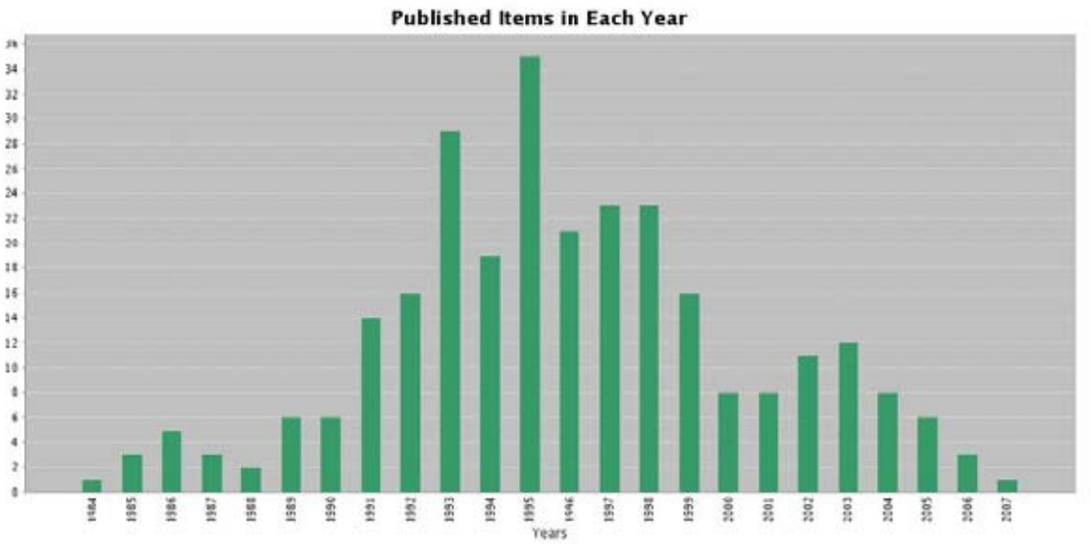
Results found: 132

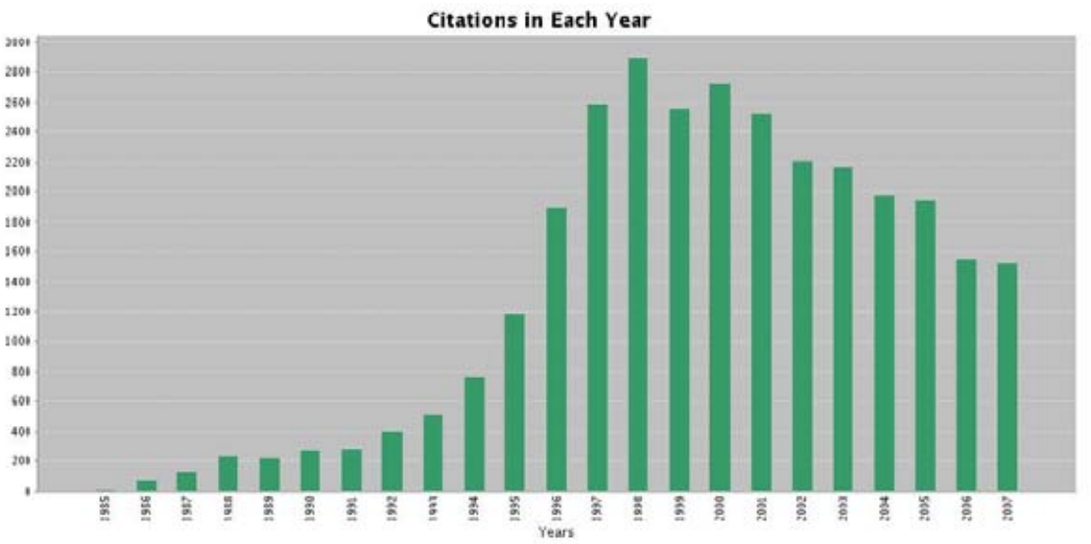
Sum of the Times Cited ⓘ: 11,689

Average Citations per Item ⓘ: 88.55

h-index ⓘ: 42

DAVID HO


Published Items in Each Year
Years


Citations in Each Year
Years

Results found:	279
Sum of the Times Cited :	30,666
Average Citations per Item :	109.91
h-index :	91

Después del análisis realizado se observa como los autores pertenecientes a la versión oficial científica ha podido publicar más en las revistas científicas y han sido citados mucho más que los científicos de la visión no vírica del SIDA. El h- index de Gallo es 89, el de Montagnier es de 42, mientras el Duesberg es 9 y el de la Dra. Papadópulos-Eleópulos es de 1. Cabe destacar que el Dr. Roberto Giraldo no aparece en el ISI of Web of knowledge, aunque ha publicado numerosos artículos sobre SIDA. Así pues, Gallo es considerado un investigador muy relevante en el tema SIDA, aunque fuera condenado en 1993 por fraude y mala conducta científica por la Oficina de Integridad Científica del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, al quererse atribuir la paternidad del VIH que correspondía a Montagnier.

4.1.3. Las Conferencias Internacionales sobre SIDA

Diferentes conferencias internacionales sobre SIDA han ido celebrándose a lo largo de la historia de la enfermedad: Washington, Montreal, San Francisco, Estocolmo, Florencia, Berlín, Vancouver, Ginebra, Sydney, Durban, Barcelona, Bangkok, Toronto y próximamente en 2008 en México. La repercusión de la hipótesis no vírica en las mismas, ha sido mínima, no por pretenderlo sus representantes, sino por ser silenciada por la versión oficial. A continuación, destacamos a modo de crónica algunas aspectos de algunas de ellas.

En la IX Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Berlín entre el 7 y el 11 julio 1996, varios fueron lo temas a tratar (Johnson, 1994: 107-118); Lauritsen, 1995: 120-126). Uno de ellos fueron las pérdidas económicas de la Wellcome en vista del Estudio Concorde. Este estudio mantenía sus conclusiones de que el AZT no reportaba beneficios a personas seropositivas asintomáticas, lo que provocó que las acciones de la Wellcome cayeran muy deprisa. Por primera vez en esta conferencia hubo

disidentes de la versión oficial venidos de diferentes lugares del mundo: América, África, India, Europa. Los medios de comunicación alemanes sí que difundieron la versión alternativa. Así el canal de TV Open Chanel de Berlín divulgó durante 9 horas programas críticos de SIDA producidos por Peter Schmidt y Kawi Schneider. Se le preguntó a Gallo si había sido invitado al congreso antes o después de haber sido condenado por mala conducta científica. Se pidió por parte de Rethinking AIDS poner copias en la zona de trabajos de prensa pero la petición fue denegada.

En IX Conferencia, la Fundación para la investigación alternativa del SIDA (SAAO) de Holanda estaba presente, en una de las conferencias de prensa del martes 8 Joan Shenton de Meditel, preguntó si no era el momento de revaluar el SIDA y fue agredida físicamente por Martin Delaney de Project Inform un grupo de California financiado por la Wellcome entre otros. Al día siguiente le fue denegado el paso por parte de la organización a un periodista de TV de Berlín, Peter Schmidt, más tarde fue admitido a la conferencia como invitado de otro periodista del New York native, John Lauritsen. Al día siguiente, Robert Laarhoven, un representante de la Fundación Holandesa para la Investigación Alternativa y periodista de la revista sanitaria Care, fue expulsado de la Conferencia. Ante la pregunta de los periodista del por qué no habían sido invitadas voces alternativas que ponen en cuestión la etiología del VIH en el SIDA así como la terapia antiviral, la respuesta fue que estaban representados por Act Up. Un grupo supuestamente independiente y alternativo, quien curiosamente recibió financiación para la asistencia a esta Conferencia por la Wellcome, fabricante del AZT y que presentó episodios de violencia contra los disidentes en esta Conferencia.

La asociación americana para el progreso de la ciencia 21 junio 1994 organiza la Conferencia. "El papel del VIH en el SIDA, ¿por qué todavía existe controversia?" en San Francisco, patrocinada por la Sección del Pacífico de la American Association for the Advancement of Science, (AAAS), mayor organización científica del momento en EE.UU y editora de la prestigiosa revista Science. Es organizada por Charles Geshekter, Profesor de Historia de la Universidad del Estado de California en Chico. Comenzó en 1993 a reunir un conjunto interdisciplinar de científicos críticos con la ortodoxia del SIDA. El Comité Ejecutivo de la División del Pacífico de la AAAS aprobó el simposio incluyendo los ponentes en enero de 1994, y el programa final fue revisado por el Director Ejecutivo de la División a principios de abril. A mediados de mayo surgió una inmensa campaña de críticas. Dos investigadores de Berkeley, presionaron a la AAAS para que cancelaran el programa. En San Francisco, Chronicle publicó un artículo de su editor científico, David Perlman, con el titular "Los rebeldes del SIDA intentan acaparar la atención:

Pero los científicos bloquean el plan de los disidentes para desmentir la implicación del VIH". Un artículo similar apareció en la revista científica británica Nature. A Geshekter fue desplazado del control del simposio sin su consentimiento por otros funcionarios de la AAAS. Fueron añadidos al programa 7 ponentes afines a la alternativa oficial, junto con dos bloques de más de 90 minutos desde esta línea oficial. El día del simposio Geshkter recuperó el control y el simposio incluyó a todos los ponentes.

El primer ponente fue Philip Johnson, profesor de Leyes en a Universidad de California en Berkeley. Según él los investigadores del SIDA se encuentran en un callejón sin salida y no serían capaces de explicar como el VIH es responsable de la destrucción masiva de células T4, cuando solo infecta a una cantidad muy pequeña de ellas. Criticó la pregunta ¿qué causa el SIDA? Por presuponer que todas las enfermedades del SIDA proceden de una misma causa en todos los países y en todos los grupos de riesgo. Propuso centrase en buscar la causa de cuestiones más específicas: Sarcoma de Kaposi, el papel del VIH en el SIDA de Africa. En relación al Sarcoma de Kaposi (SK) concluyó lo siguiente: la aparición del SK no es infrecuente en hombres homosexuales negativos en los Test de anticuerpos al VIH; Gallo y otros investigadores del SIDA aceptan que el VIH no es la causa del SK, por ello, si esto es así y otras enfermedades definitorias de SIDA aparecen tanto en presencia como en ausencia de VIH, se debería reconsiderar el papel del VIH en el SIDA. En relación al SIDA en África Johnson descubre la falta de tests en los diagnósticos de SIDA, la falta de fiabilidad de los test, la baja calidad de los estudios epidemiológicos allí desarrollados, Concluyendo que la ciencia del SIDA se ha basado en suposiciones no estudiadas. Se da la enhorabuena por poder poderse realizar el debate impedido en sus inicios y porque por fin la política de paso a la ciencia.

Harvey Bialy, biólogo molecular e investigador y editor científico de la revista BioTechnology, habló sobre "VIH y SIDA: cien mil artículos y ninguna prueba". Bialy mostró un mapa genético del VIH, considerando que este podría bien ser el mapa de otros 50 retrovirus. La hipótesis oficial es incapaz de explicar el largo período de incubación entre la infección y la enfermedad, como un virus bioquímicamente estable puede ser tan virulento para matar a su huésped natural con una eficacia del 100% y ser tan difícil de transmitir horizontalmente, su incapacidad para producir enfermedad alguna en chimpancés, quienes sin embargo son bastante susceptibles a la infección por VIH.

Celia Farber, cuya columna sobre SIDA en la revista SPIN, se ha mantenido durante más de 6 años habló del SIDA como espejismo de los medios de comunicación modernos: como los medios de

comunicación reconstruyen la realidad en la era de la información. Habló de la ciencia "totalitaria del SIDA" que ha creado una campaña autojustificada para terminar con el SIDA.

Charles Thomas, virólogo y director de la Fundación Helicon, habló sobre el "marketing del SIDA y otras visiones apocalípticas". Parte de la idea de que la ciencia del SIDA tiene que ser entendida dentro del contexto de la "ciencia amenazante". Entre las actuales amenazas científicas, citó las centrales nucleares, los pesticidas, la polución, los agujeros de ozono, pueden causar cáncer. El calentamiento global, los asteroides, la lluvia ácida, EL SIDA, terminará por matarnos a todos Aunque todos estos asuntos son diferentes, lo que les une es que son misteriosos, suponen un peligro para todos y requieren expertos altamente cualificados, que no existen, así como burocracias poderosas que publicitan las amenazas y una respuesta nacional con un abundante flujo de dinero público que crea electorado. La solución que propone para el caso SIDA es cortar la financiación y en ese caso desaparecía la atención al SIDA recuperando el protagonismo las enfermedades ya antiguas que actualmente se consideran dentro del paraguas SIDA y volviendo a la biología básica y de esta manera se avanzaría en los tratamientos específicos.

Peter Duesberg, profesor de biología molecular en Berkeley y primero en enfrentarse al establishment cuestionando la teoría del VIH en 1987, habló sobre la hipótesis que relaciona el consumo de drogas con el SIDA. Consideraba en su ponencia que si hace diez años se hubieran conocido algunos aspectos quizá no se hubiera aceptado la hipótesis del VIH y SIDA. Estos aspectos son: que el SIDA no explotaría en la población general sexualmente activa; que las prostitutas no adquirirían el SIDA de sus clientes o viceversa; tampoco ocurriría con los trabajadores sanitarios y sus pacientes; que no se ha transmitido ni un solo Sarcoma de Kaposi a través de una transfusión sanguínea; que el VIH se replica en 24 horas como los demás virus, pero tarda diez años en aparecer la enfermedad. Asimismo, Duessberg ponía en duda que las enfermedades indicadoras de SIDA estuvieran siempre causadas por un estado de inmunodeficiencia producido por el VIH. Ya que solo el 61% de los casos de SIDA en Europa y EE.UU tenían que ver con ella. Su hipótesis alternativa: "El SIDA en EE.UU y Europa está causado por el consumo prolongado de drogas y por el AZT. "El AZT es un exterminador d la síntesis de la cadena de ADN, es la molécula central de la vida. Es el almacén de la información genética. Si paras la síntesis del ADN en cualquier momento del proceso de fabricación de una nueva célula, esa morirá".Los demás casos de Sida sin consumo de drogas son casos de las enfermedades definitorias aisladas.

Jerold Lowenstein, del Centro médico de la Universidad de California, San Francisco, habló de la evidencia científica del VIH como causa del SIDA. Dijo que en el momento actual parece que todos los pacientes de SIDA están infectados por VIH y casi todos los individuos seropositivos tendrían finalmente SIDA, aunque parece que un pequeño grupo escapa de esta situación. Lowenstein habló de varios patrones de diferenciados de SIDA a lo largo del mundo. Dijo que la razón por la que él y el 99% de sus colegas están convencidos de que el VIH es la causa del SIDA, es que todos los enfermos de SIDA tienen el VIH y que prácticamente todos los seropositivos tendrán SIDA, teniendo en cuenta por ejemplo que los trabajadores sanitarios sin otro factor de riesgo adquieren SIDA por pinchazos accidentales con agujas. En la discusión se le pidió que justificara con datos sus afirmaciones. El biólogo molecular Harry Robin le señaló que no quedaban claras sus diapositivas para diferenciar la propagación del VIH y la propagación de SIDA. Disintiendo de la afirmación de que casi todos sus colegas estaban en la línea oficial. Asimismo, el ascenso de los casos SIDA en población heterosexual lo considera posible debido a la redefinición del SIDA. Lowestein no convenció en su respuesta, tampoco ante la interpelación de Duesberg cuando le pidió datos que justificaran los pinchazos de las agujas y el contagio al personal sanitario. Tampoco a las preguntas de Bialy que consideró no él no había justificado su afirmación de que el VIH se replica y destruye las células T.

Michael Ascher del Departamento de Servicios Sanitarios del Estado de California, coautor junto con Warren Winkelstein: ¿causan el SIDA las drogas?[2], ridiculizó la conexión entre los nitritos y el Sarcoma de Kaposi. Sostuvo que decir que el AZT provocaba SIDA es como decir que la insulina provoca diabetes, desconociendo las publicaciones de toxicidad del AZT.

Peter Plumey expuso un análisis actuarial de la epidemia del SIDA en los EE.UU. Su opinión era que las estadísticas del SIDA y las declaraciones institucionales han exagerado la epidemia, lo que ha tenido percepciones irreales del riesgo relativo de determinados actos sexuales. Coincide con Maver, otro actuario, y enfermo de SIDA, que es un error considerar que el VIH se transmite como cualquier enfermedad sexual como la gonorrea, sífilis, muy fáciles de contagiar en el curso de uno a tres contactos sexuales. Sin embargo, el VIH sólo es transmitido sexualmente con extrema dificultad. En los índices de eficacia típicos de de transmisión del VIH heterosexual, cerca del 94% de las transmisiones ocurrían por medio del compañero sexual primario. Concluyó lo siguiente: 1.- A menos que se tenga una relación

[2] Nature, 11 marzo, 1993.

sexual regular con un compañero infectado, es prácticamente imposible infectarse con VIH mediante el intercambio heterosexual; 2.- La monogamia mutua otorga poca protección, ya que la mayor parte de la transmisión heterosexual del VIH tiene lugar por alguien no infectado por vía sexual; 3.- Múltiples compañeros sexuales implican poco riesgo o no incrementado; 4.- Ya que el riesgo es mínimo para los no consumidores de drogas y heterosexuales, el uso de preservativos en este caso, será irrelevante para impedir la transmisión del VIH; 5.- La educación y prevención frente al SIDA son actualmente contraproducentes y en su lugar se podrían seguir los siguientes consejos: Estilo de vida sano, sin consumo de drogas estresantes; Selección cuidadosa del compañero sexual regular; Evitar intercambio anal receptivo, y en su caso utilizar esta práctica de manera cuidadosa y poco frecuente y con un compañero sexual VIH-.

Kary Mullis. Premio Nobel de Química en 1993, expuso una ponencia titulada:" ¿Por qué no existe una monografía que presente todos los argumentos en pro de la hipótesis: VIH provoca SIDA?". Pidió a los investigadores que le dieran una sola referencia que constatase lo anterior. Mullis preguntó lo mismo a Montagnier y le remitió a un artículo del CDC, que a Mullis no le convenció, pues en este artículo solo se observa el consenso de una serie de científicos ya convencidos, pero no la argumentación que justifique la hipótesis. Al solicitarle otro artículo Montagnier le remitió al trabajo del SIV. Esto es lo que llevó a la conclusión de que si uno de los máximos expertos y descubridor del VIH le remitía a una investigación que ilustra como el VIH puede matar a un mono, es que no existía el artículo solicitado donde se argumente que el VIH provoca SIDA en humanos. El fue invitado a hablar de su invención por la que consiguió el Nobel, la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), pero solo dijo que el PCR es un oximoron, y se dedicó a hablar acerca de su teoría sobre el SIDA.

Harry Rubin, profesor de biología molecular de Berkeley, habló de la prisa por simplificar problemas complejos en la ciencia biomédica: Cáncer y SIDA. Describió su trabajo de hace 40 años donde identificó el primer virus caracterizado como retrovirus que hasta el SIDA era el más estudiado y trabajado. "Virus del Sarcoma de Rous". Desde 1910 estos virus habían sido asociados como Virus de Leucemia Avícola ya que producían leucemias en los pollos. Rubín comprobó que las leucemias ocurrían independientemente de que se tuviera el retrovirus. Además de los pollos infectados solo el 15% tenían leucemias y aún así, todavía estos virus se siguen llamando virus de la leucemia. En relación al cáncer, concluyó que el cáncer solo podía ser entendido a nivel de la dinámica compleja de la interacción celular

con el proceso de envejecimiento y otras consideraciones como la dieta, el tabaco o el estilo de vida. En relación al SIDA, considera que es una enfermedad multifactorial.

Bryan Ellison. Estudiante graduado en biología molecular y celular en Berkeley expuso una ponencia titulada "El uso de drogas causa el SIDA: una revaluación del Estudio Sanitario de los hombres en San Francisco", que consistió en una crítica argumentada contra el artículo de Michael Asher y Warren Winkelstein: ¿causan el SIDA las drogas?. Este informe afirmaba que el SIDA y la reducción de células T, solo aparecía en hombres con VIH, así como que el uso de drogas no afectaba a la reducción de células T en el tiempo ni al desarrollo del SIDA. Ellison y cols., encontraron los datos primarios y consideraron que no habían sido correctamente utilizados. Ascher y Winkelstein concluyeron que los varones seropositivos y seroegativos al VIH, utilizaban similares dosis de drogas y que el nivel de uso no estaba relacionada con el SIDA. Ellison y cols., sin embargo, encontraron que los seropositivos utlilizaban significativamente más drogas duras que los seronegativos y que el uso de drogas estaba altamente relacionado más con las enfermedades de SIDA que con el VIH. Ellison describió tal informe como una grave violación de la ética científica e invitó a sus autores que se retractaran del artículo.

Charles Geshekter. Profesor de historia africana, apuntó como ciertos mitos mal entendidos acerca de los africanos son promulgados en función del racismo de las agendas occidentales. Entre estos mitos están los siguientes: 1.- Los africanos son indiscriminadamente promiscuos. 2.- La práctica de la mutilación genital femenina incrementa considerablemente la incidencia de la transmisión del VIH. 3.- En África uno encuentra fácilmente enfermedades de transmisión sexual no tratadas que conllevan lesiones genitales, tales como el chancro que incrementa considerablemente la transmisión del VIH. Después de tiempo con los africanos Geshekter los consideraba tímidos y sexualmente conservadores. La asociación de las personas negras con la suciedad, enfermedad, ignorancia y la promiscuidad sexual cercana a lo animal es evidencia de hasta que punto la ideología racista impregna la psicología occidental. Este racismo arraigado va desde la aceptación de la teoría del mono verde africano a la hiperbólica estimación de la infección del VIH en África promulgada por la OMS. El término mutilación genital femenina cubre un rango de prácticas crueles como la escisión del clítoris hasta la infibulación, que conlleva una escisión del clítoris, el labio mayor y el labio menor con la suturación de la vulva, dejando un pequeño hueco para el paso de la orina y la sangre menstrual. Esta costumbre más que africana, islámica conduce a consecuencias para la salud como dolor severo, infecciones crónicas, mal funcionamiento del tracto genitourinario, e incluso la muerte. Esta escisión se suele hacer en condiciones de poca higiene,

utilizando el mismo cuchillo sin esterilizar en varias ocasiones. Un hombre que se casa con una mujer infibulizada a menudo cortará el conducto para mantener relaciones sexuales y lo coserá entre los embarazos para abrirse en los nacimientos. Esta práctica y en estas condiciones hará más susceptibles a las mujeres a cualquier microbio. Pero según los datos, los países donde la mutilación es practicada (Egipto, Etiopía, mali) es donde menor incidencia de SIDA hay, mientras que la zona de mayor incidencia en África, Sudáfrica no es zona donde se suela practicar la mutilación. Su ponencia titulada "El mito de la promiscuidad sexual africana y de la no exactitud del diagnóstico del SIDA en África" trató sobre la reconsideración de la epidemia en África. Criticó las estadísticas oficiales que suponen que África está saturada de VIH y su población asolada por la pandemia de SIDA, y en trece años sólo se han producido 151.000 casos confirmados de SIDA. La mayor parte de los casos de SIDA son sólo diagnosticados por síntomas de caso clínico. Los test "ELISA" y Western Blot" son casi inútiles porque producen reacciones cruzadas con otros anticuerpos de enfermedades endémicas en la zona. No se diferencian los síntomas de las personas diagnosticadas como SIDA de los síntomas que existían en la población africana en el S. XX. Es decir, obtener un diagnóstico de SIDA en África es fácil si se tiene tos persistente, pérdida de peso, y diarrea. Esto lo ilustra un caso de la literatura científica: en India, un paciente VIH+ con tuberculosis pulmonar (enfermedad endémica en África), fiebre crónica, pérdida de peso, candidiasis bocofaríngea y recuento de CD4 de 89; obviamente SIDA. Tras administrarle el tratamiento antituberculoso se recuperó en todos sus síntomas, subida de CD4 a 762, permaneciendo saludable desde entonces). Expuso un estudio publicado por Mulder en Lancet (23 abril 1994)[3], que consideraba el típico estudio que fulminaba la disidencia del SIDA: Mulder administró los test de anticuerpos al VIH a granjeros ugandeses de varios pueblos y encontró que durante un largo período de tiempo que aquellos VIH+ morían en una proporción mayor a los VIH-. Este estudio fue criticado (fuera de congreso) por el grupo australiano de investigadores compuesto por Papadopulos, Eleopulos, Turner y Papadimitriou, cuestionando los siguientes puntos: La mera presencia de anticuerpos del VIH, no significa que una persona esté infectada por VIH, ni significa que una muerte sea causada por el VIH. El principal mérito de la investigación ha sido documentar que los test de anticuerpos son inespecíficos y que no han sido nunca autentificados mediante un patrón oro independiente del aislamiento del virus. Asimismo, en poblaciones expuestas a gran cantidad de microbios, se establecen reacciones cruzadas entre los

[3] "Tuberculosis e infección por VIH" The Lancet, (342), 11 de septiembre de 1993,p. 676

antígenos del VIH y los anticuerpos a otros microbios. El equipo australiano llega a la conclusión de que la población africana en general, incluyendo la sana, tiene altos niveles de anticuerpos y las reacciones cruzadas se consideran habituales. Así, este equipo de investigación afirma que hasta la fecha, 1994, no había ningún estudio que validara científicamente que un test de anticuerpos de VIH indique infección. Así lo manifiesta con las siguientes pruebas: 1. los pacientes con mononucleosis infecciosa, una enfermedad vírica, desarrollan anticuerpos para las células rojas sanguíneas de la oveja. Sin embargo, estas células no se encuentran en estos pacientes, por lo que la sangre de estas ovejas no será la causa de la enfermedad. 2.- Pacientes con fiebre recidivante, una enfermedad causada por borelia recurrente, desarrollan anticuerpos a la bacteria proteus OX19, y este organismo no está presente en los pacientes, por lo tanto no es la causa de la fiebre. La mayoría de los casos presentados como evidencia de que el VIH provoca SIDA, se basan en los resultados de los test de anticuerpos, así que si se cuestionara la exactitud de los test, muchos casos no tendrían consistencia. En este congreso se le pidió datos a Ascher para que argumentara la fiabilidad de las Test del SIDA y argumentó que usaban la PCR y el cultivo de virus y que esto probaba suficientemente la autentificación. Sin embargo, la discusión está en que según los disidentes la fiabilidad de la PCR en la de para detección de los retrovirus es inverificable: los cultivos no ayudan, porque esta técnica no implica la detección de partículas de virus, sino que identifican al antígeno p24 en fluidos del cultivo. Antígeno que se encuentra en otros lugares aparte del VIH, por lo que no es específica del VIH.

Warren Winkelstein, profesor de salud pública en Berkeley habló de las “Inferencias a partir de los datos epidemiológicos”, presentó puntos del informe realizado con Ascher y criticó a Ellison por afirmar que al menos 45 varones seronegativos del estudio habían podido desarrollar SIDA. Winkelstein afirmó que si fuera así 36 de ellos deberían haber muerto según las proyecciones y sólo lo han hecho 7. Realmente a estos 45 no se les diagnostico SIDA porque de hecho eran seronegativos por lo que ya no se estudiaba más. Por tanto, no entraron en la estadística, no se les recetó AZT. Curiosamente sobrevivieron más.

La conclusión de este congreso según Lauritsen es que no hubo debate porque los defensores de la tesis oficial no rebatieron los argumentos de los críticos. La conclusión según Cristine Johnson es que quizá esta conferencia donde se ha debatido desde diferentes puntos de vista, pueda ser el principio del debate entre defensores de la hipótesis oficial y de los disidentes de la misma en el contexto de los

Foros oficiales, lo que sin duda servirá para el enriquecimiento de la ciencia y por lo tanto de la humanidad. (Johnson, 1994: 107-118); Lauritsen, 1995:120-126)

Del 2 al 5 de octubre de 1997, se celebra en Bucaramanga (Colombia) el "I Simposio Internacional sobre Sustancias y Microorganismos Enigmáticos y Desconcertantes" (Botinas, 1998).Su nombre obedece al protagonismo de dos enfermedades la Paparesia Epástica Tropical (PET) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Fue un congreso en el que las autoridades del país actuaron con precaución pero dejando hacer a la organización. A nivel gubernamental los conferenciantes fueron recibidos por el Director del Programa de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión sexual y VIH/SIDA en nombre de la ministra. Además de la bienvenida, lo único que pidió fue una actitud cuidadosa a la hora de transmitir estos planteamientos alternativos a la población. A nivel municipal, el Secretario de Salud, en nombre del Alcalde les entregó un pergamino como "huéspedes de honor", algo muy importante teniendo en cuenta que los conferenciantes eran opositores de la versión oficial del VIH/SIDA. A nivel político el Simposio fue clausurado por un Senador de la República de Colombia quien en su discurso afirmó que la ciencia no puede estar sometida a intereses, económicos o de otro tipo, distintos a la búsqueda de la verdad científica y calificó de oscurantistas todas las maniobras que se realizaron para impedir la realización del evento. A nivel universitario, fueron seis las universidades colombianas que respaldaron el evento: La Pontificia Universidad Javierana (Bogotá), La Universidad Libre de Barranquilla, La Universidad de Antioquía (Medellín), la Manuela Beltrán y la USDE (ambas de Bucaramanga) u la USTA.

Entre los conferenciantes relacionados con el tema SIDA, Kary Mullis, premio Nóbel de Química 1993 por el invento de la técnica PCR (Reacción en cadena de la Polimerasa), criticó la causalidad del VIH en el SIDA al no haber encontrado documento científico que así lo demuestre, ni contestación favorable de Montagnier cuando tuvo ocasión de preguntarle[4]. Asimismo, afirmó que su invento la PCR, hoy la prueba que confirma la infección por VIH y su seguimiento, está utilizada de forma fraudulenta por los oficialistas del SIDA. Al no considerar esta técnica sensible ni específica para la detección del ADN de ningún virus y por lo tanto tampoco para determinar la carga viral del VIH. Llegó a decir que siendo fraudulento el uso que se está dando al PCR en el campo del SIDA, a veces lamenta haberlo inventado.

[4] Véase: capítulo cuarto, prefacio libro Duesberg

Peter Duesberg, miembro de la Academia de Ciencias Americana desde 1985, dio sus argumentos sobre la imposibilidad de que el VIH fuera la causa del SIDA, justificando que son las drogas recreativas y los fármacos antivirales los causantes del VIH.

Nhora Merino de Villegas (Colombia) Médica Jefe del Laboratorio de Patología y del Laboratorio Clínico de la Fundación Santa Fe de Bogotá, explicó su experiencia de 10 años haciendo test de SIDA, y tras 10.000 realizados llegó a la conclusión de que no son válidos como instrumento de diagnóstico. Aunque ella no se había parado hasta este congreso a cuestionarse sobre la posible disidencia en la causa del SIDA.

David Rasnick (EE.UU) Es especialista desde hace más de 20 años en el diseño de inhibidores de la proteasa artificiales, explicó que no podía esperarse beneficio alguno de la administración de inhibidores de la proteasa, tal y como están reconociendo algunos miembros del establishment del SIDA en EE.UU, como el Dr. Anthony Fauci, quien en declaraciones al New York Times de 22-08-97, reconoce que las personas están bien durante un período de seis meses a un año, pero que después de este período y en una proporción del 50% el virus resurge.

Roberto Giraldo (Colombia) Doctor especialista en Medicina Interna y enfermedades infecciosas y Master en medicina tropical, explicó que el SIDA no es una enfermedad infectocontagiosa sino un proceso de inmunodeficiencia generado por la proliferación de factores estresantes (de tipo físico, químico, nutritivo).

Luis Mejía (Colombia). Economista y profesor de la Universidad de Fordham (Nueva York), informó sobre la creciente industria del SIDA. Dijo que vive más gente del SIDA que víctimas teóricas de este han existido. Destacó la dificultad de cuantificar el coste económico de los aspectos sociales y humanos del SIDA.

Dr. Stefan Lanka (Alemania). Su conferencia trató sobre el impacto destructivo de los antibióticos sobre las mitocondrias celulares lo que genera mutaciones del ADN mitocondrial que son transmitidas por las madres al feto.

Helman Alfonso (Colombia). Presentó una conferencia de la Dra. Australiana Eleni Papadópulos-Eleopulos que no pudo asistir desde Australia y que confirmaba que para el retrovirus VIH no se habían cumplido ninguno de los requisitos establecidos en una reunión de retrovirólogos del Instituto Pasteur de Paris en 197, para poder afirmar que un nuevo retrovirus había sido aislado.

Paul Philipott (EE.UU) Doctor en ingeniería, portavoz del grupo para la reevaluación del de la hipótesis VIH=SIDA que presentó la conferencia de Geshekter que no pudo asistir, acerca del mito del SIDA en África, afirmando que se presentan como casos de SIDA aquellos que en realidad son casos de enfermedades endémicas.

En el Congreso de Ginebra de 1998 si que fueron invitados científicos disidentes: Giraldo, Lanka, Duesberg, Craddock, DiFerdinando entre otros. Estos preguntaron y manifestaron sus dudas a los miembros del stablishment de SIDA de los que apenas obtuvieron respuesta. Curiosamente era la prensa oficialista la que se encontraba más molesta que los propios científicos. Lo que sí se observó fue todo un despliegue de mercadotecnia entre la industria farmacéutica, hasta las cintas del equipaje llevaban publicidad de estas empresas. Se hizo cerca de la Sede del Congreso Oficial de Ginebra, un congreso alternativo donde pudieron los disidentes intercambiar posiciones.

Parecía que el Congreso bienal internacional del SIDA previsto para celebrarse el 6 de julio en Durban, Sudáfrica, iba a ser la primera oportunidad para dar voz a los críticos del SIDA en la comunidad científica Internacional. Sin embargo, el 30 y 31 de enero India convocó una cumbre para la reevaluación del SIDA titulada, “Congreso Internacional sobre la Validez de los Programas VIH/SIDA, incluyendo los métodos de detección”. Este acontecimiento reunió a más de 100 personas, contó con la cobertura mediática de más de cincuenta periodistas de todos los periódicos de mayor tirada, mostrando gran interés. El evento se celebró en el Instituto de Salud Pública de Napur, Maharastra en India Central. Roberto Giraldo, el médico investigador francés, Etienne de Harven y el médico alemán Claus kohnlein, fueron los principales científicos internacionales que acudieron al evento. El encuentro satisfizo las expectativas de los presentes en cuanto si hubo debate científico entre los dos puntos de vista. Este encuentro surgió gracias a los esfuerzos del dietista Shantilal Kothari, presidente de la Academia para la mejora de la Nutrición, quien en 1999 creó el Club de la Gente con 200 personas diagnosticadas seropositivas al VIH o SIDA. Desde su hogar en Nagpur, Kothari intentó persuadir durante años a la prensa del país para que publicasen sus ensayos, en los que cuestionaba el modelo VIH-SIDA, sugiriendo la reevaluación del modelo. Finalmente, se declaró en huelga de hambre para llamar la atención de las autoridades y el 10 de agosto de 1999 un representante del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India le pidió que organizase un congreso internacional con expertos y científicos de ambos frentes del debate VIH/SIDA, prometiendo trato igualitario a los representantes de ambos puntos de vista.

La XIII Conferencia Internacional de SIDA se llevó a cabo en la ciudad de Durban, Sudáfrica. Estas conferencias son financiadas por firmas farmacéuticas, Banco Mundial y FMI. Los organizadores no aceptaron artículos disidentes de la versión oficial. Sin embargo, los participantes estaban más completamente informados de Ginebra 98, gracias a las dos reuniones del Forum Asesor de la Presidencia sobre SIDA organizado por el Presidente y Ministra de Sanidad de Sudáfrica. En esta Conferencia Internacional de Durban, el Banco Mundial ofreció más de 500 millones de dólares para comprar medicamentos antirretrovirales. Teniendo en cuenta que se trataban de préstamos, imponen como condición a los créditos que los países desarrollen programas contra el SIDA, siendo solo reconocidos aquellos procedentes de la hipótesis vírica. Asimismo, por parte del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial se ponen como condiciones a los créditos en general, el cumplimiento de los programas de control de natalidad con la aceptación de sus tasas de esterilizaciones.

Algunos periodistas en la primera reunión del Foro Asesor habían pedido una fotografía con microscopio electrónico del VIH, pero no hubo respuesta. Solo en esta Reunión Internacional en Durban, David Ho presentó una fotografía en diapositiva en su conferencia, curiosamente la única conferencia de la que no se facilitó copia a los Medios de Comunicación.

Siguió la asociación ACT-UP presentada como organización disidente, presentando una serie de incidentes, como ocurrió en el congreso de Berlín. Este grupo activista embadurnó de pintura algunos stands farmacéuticos pidiendo más medicamentos y más baratos para África, sin recibir resistencia. Según Jeff Rey Sturchio, director ejecutivo de la empresa Merck, Sharp and Dhome en declaraciones hechas a la periodista Anita Allen, ACT-UP está financiado por su farmacéutica. (The Citizen, 18 de julio 2000, diario Sudáfrica).

La siguiente conferencia, la XIV se celebró en Barcelona en 2002 y se organizó un evento alternativo, simultáneamente transcurrió en paralelo al congreso de SIDA oficial. A este asistieron 200 personas de España, Portugal, Francia, Alemania, Italia, Inglaterra, Irlanda, México, Colombia, India, Camerún, EE.UU. Giraldo habló de aspectos históricos de la disidencia del SIDA y de las causas del SIDA en África y de los agentes estresantes. Etienne de Harven de Francia habló del nunca aislado virus, Tom Ferdinardo de las implicaciones psicosociales del SIDA. También se habló de las alternativas no tóxicas para el tratamiento y la prevención del SIDA: aceites esenciales y plasma marino, Laureano Domínguez y Wilmer Soler, Gudrun Greunke, periodista (Reuters, Spiegel, Stern, ITV), autora de varios

libros sobre controversias científicas médicas, cuenta el caso del aceite de colza y el pesticida de Bayer. Como conclusiones se desprende un consenso en la visión disidente. Destaca la importancia de la prensa independiente y la importancia de continuar creando una red internacional con los disidentes del SIDA, su comunicación entre ellos.

La próxima reunión Internacional tendrá lugar en México en 2008, por lo pronto los organizadores, simpatizantes de la hipótesis vírica, por primera vez en un comunicado de prensa, hacen referencia en algunos párrafos a la versión disidente.

Los organizadores de la Conferencia también hicieron referencia a cierta información falsa que se extendió por México recientemente. Los responsables de la misma fueron los llamados negadores del SIDA – individuos que, a pesar de la evidencia científica clara que sostiene lo contrario, insisten en que el VIH no existe o que, de existir, es un virus inofensivo.

"Los negadores del SIDA, con sus campañas de desinformación, han causado una cantidad incalculable de daño y muertes, especialmente en los países en vías de desarrollo", afirmó el Dr. Cahn. "Dado que la IAS es una organización que apoya los abordajes del VIH/SIDA basados en la evidencia, rechazamos esas proclamas e instamos a otros a hacer lo mismo en cada oportunidad".

"Los alegatos de los así llamados negadores del SIDA han sido rechazadas en otros lugares, más notablemente en Sudáfrica, y deben ser rechazados también aquí en México", dijo el Dr. Soto-Ramírez. "No podemos permitir que esa falsa información socave los esfuerzos de México por expandir la terapia antiretroviral y de prevenir la infección por VIH a través de intervenciones probadas, como el uso de condón y el acceso a jeringas estériles", agregó.

Fuente: *Comunicado de prensa Aids 2008 (México city 3-8 agosto)* www.aids2008.org

4.2. Controversia política

4.2.1. Estado

A pesar de que Colombia apoya el debate a nivel institucional, a nivel política de Estado, solo Sudáfrica ha tomado postura en la controversia. Desde que su presidente es Tabo Mbeki, la visión no vírica ha cobrado importancia, de tal manera que son las dos hipótesis las que circulan a nivel institucional. Si bien, la presión internacional y de partes del país ha forzado al presidente a asumir el

tratamiento antiviral para sus habitantes, lo cierto es que la ministra de Salud, Manto Tshabalala Msimang, ha dado muestras de su cercanía con las hipótesis no víricas.

Los días 6 y 7 de mayo de 2000, el Ministerio de Salud de Sudáfrica organiza un Forum sobre el SIDA en Pretoria, que da la misma oportunidad a los científicos disidentes y a los oficiales para debatir sobre ambos planteamientos. (Embid, 2001: 160-170)

Es el primer Foro en el mundo para un debate abierto: El Forum Asesor de la Presidencia sobre SIDA, aprobado por el gabinete gubernamental. Asistieron 33 científicos, de los cuales 11 eran del grupo disidente de 14 países, entre los que se encontraban Luc Montagnier y Duesberg, Ann Duerr de los CDC y Clifford Lane de los NIH. Clinton solicitó a Mbeki la asistencia de 4 especialistas de la Casa Blanca. Los organizadores del foro pretendían que se organizasen grupos de trabajo heterogéneos donde se trabajase el tema, se invitara a los medios de comunicación como observadores y se aportaran datos y argumentos científicos a la prensa. Los defensores de la hipótesis vírica aprovecharon su voto mayoritario para que los grupos de trabajo fueran dos y homogéneos, y así cada perspectiva trabajara por separado. Asimismo, consiguieron impedir la presencia de los Medios de Comunicación e impedir la presentación de argumentos y datos científicos. De manera informal algunos disidentes llegaron a acuerdos con miembros del grupo representante de la hipótesis vírica.

Se acordó constituir un comité formado por Helen Gayle del lado oficial como directora del Centro Nacional de Prevención del VIH/SIDA, del CDC y Malegapuru Makgoba, Presidente del Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica y por la parte disidente por Peter Duesberg, miembro de la Academia Americana de Ciencias y profesor de la Universidad de Berkeley y Harvey Bialy, virólogo y exdirector científico de Bio/Technology. La intención era que este comité diseñase estudios epidemiológicos y experimentos que permitieran zanjar los desacuerdos. Se planea mantener un debate interno y cerrado por parte de los participantes, por Internet y volver a reunirse en julio antes del comienzo del Congreso de Durban.

Este debate previsto por Internet no se llegó a dar por la no participación de los científicos oficiales en el mismo. Lo que sí hicieron es firmar la llamada declaración de Durban. El 6 de julio de 2000 la revista Nature publicaba la “Declaración de Durban” firmada por 5000 científicos que constataba que la causa del SIDA es el VIH y que los test son válidos.

La segunda Reunión del Fórum Asesor de la Presidencia sobre el SIDA. Celebrada del 6 al 7 de julio. Los científicos de la versión oficial no presentaron datos. El Ministerio de Sanidad de Sudáfrica,

quien había convocado este Forum, denunció la falta de participación de los ortodoxos, quienes también de nuevo impusieron la no presencia de prensa. La Dra. Helen Gayle de los CDC de Atlanta, admitió que todavía no había pruebas científicas de la existencia del VIH, ni de la validez de los test.

4.2.2. Sociedad civil

La participación de la ciudadanía en lo que se denomina sociedad civil, se lleva a cabo a través de un conjunto de organizaciones, asociaciones e instituciones que movilizan, acompañan y arropan a los miembros de una sociedad. En España son muchas las asociaciones que trabajan por y para los enfermos de SIDA. De las entrevistas a asociaciones y ONG que hemos hecho para el presente trabajo sacamos las siguientes conclusiones:

1. No existe siempre una formación exhaustiva entre los líderes de la sociedad civil, fundamentalmente apoyados y en ocasiones subvencionados por el Estado. Esto supone un problema porque son ellos los enlaces entre la información y los enfermos y si los líderes especulan con la información, los enfermos están en total indefensión por ignorancia.

> *Los disidentes del SIDA…tampoco lo comparto… David Ho, que es una de los mayores investigadores, ha sacao mogollón de estudios sobre el tema del Sida y ahora parece que discrepa también y dice que el Sida no existe… ¿…puedes ver…?…yo n o se si el Sida existe o no existe, lo que si se es que hay un algo, hay un algo,… EL AZT.. Ese fue el primero que yo tomé. Allá por el año 88, 89, 87, 88, sí. Y estuve con él, era lo único que teníamos, tomando AZT yo he visto morir mucha gente, era un monoterapia, pero bueno era lo que teníamos. Hubo algo que nos hizo mucho daño a nivel psicológico que fue el estudio Concorde era un estudio que sacó el mismo Glaxo , en el cual se decía que después de estar tomando 3-4 años el AZT, daba igual tomarlo que no tomarlo. El estudio ese estaba sesgao, no era así, hoy en día ya lo entendemos, que tú cuando estás tomando un tratamiento, lo que el virus hace es que va mutando, va*

mutando y al final crea una cepa resistente, y claro a los cuatro años ha mutado de tal manera que el fármaco y a no es válido, eso es cierto. Pero que en un principio no valiese no es cierto (Presidente Fundación del Movimiento Ciudadano Antisida España)

David Ho, cabeza pensante y ejecutante de la nueva terapia antirretroviral (TARGA) y sustentador del modelo de virus rápido frente e los lentivirus de Gallo y Montagnier, sigue en 2007 convencido de que el VIH es la causa del SIDA, nunca lo dudó. El Informe *Concorde*, es un Informe reconocido y citado por los científicos de la ortodoxia del SIDA como un informe totalmente fiable y vigente.[5]

2. Existe una crítica a la visión que llaman "alternativa" aunque ninguno de los entrevistados contrarios a la misma nos supieron contar en qué consistía. Existe mucha confusión al pensar que es la hipótesis del curanderismo, en niegue que el SIDA existe. Cuestión que nadie niega al ser una realidad evidente.

Bueno yo creo que umm….en esto del VIH sida como casi todo lo que tiene que ver con los límites de la vida y de la muerte umm…pues aparecen muchos umm…visionarios de alguna manera y cuando hay incertidumbre pues saben que las personas nos podemos coger a un clavo ardiendo y como hay tanta amenaza. Si el VIH no crea el Sida me tendría que explicar, todos los que se han muerto con el Virus dentro, a que se debe, ¿no? es decir a otras causas o… es decir hay una relación tan… grande de causa efecto con respecto a los muertos que estaban infectados pero vamos que una máquina detecta como un virus y con una serie de cofactores al lado, pues tendría que explicarlo. A mi me parecen que son unos cantamañanas básicamente, con su beneficio propio. . (Trabajador movimiento asociativo antisida durante 20 años. Psicólogo adjunto del servicio de patología del Hospital la Paz de Madrid)

[5] Este informe se ha expuesto y hablado de él en los capítulos 2 y 3.

3. No se toma la hipótesis en serio porque se considera que quienes la siguen están poniendo en peligro su vida porque no toman el tratamiento antiviral.

> *Pues me parece que es algo que existe desde el principio y que es algo que ha hecho mucho daño a las personas VIH y que lo continua haciendo, porque ummm, las personas con VIH se instalan en ese tipo de creencias de manera que…que sostienen concepciones muy rígidas acerca del VIH, acerca del tratamiento. Y esas concepciones tan rígidas les impiden acceder a la ayuda, o buscar la ayuda cuando están en una…en necesidad. Respeto a las personas que no toman tratamiento, tengo amigos que están en esa creencia, ¡eh! O sea los he tenido toda la vida, pero si llega un momento en el que enferman y necesitan ponerse en tratamiento es tan fuerte la disonancia cognitiva que les genera eso que… que llegan a morir. Si otros no… los conozco de…de todas las clases, o sea, tengo ejemplos para todo: Conozco personas…, conozco personas que llevan un montón de años sin tratamiento que están instalados en esas creencias y que de momento no…o nunca enfermarán, pero no creo… la evidencia confirman sus creencias. (Presidenta Coordinadora Estatal de SIDA en España)*

4. No se conoce la visión no vírica y quienes la conocen no lo hacen en profundidad, como es el caso de la hipótesis vírica. Es lógico puesto que la versión oficial cuenta con el apoyo institucional e industrial en la información y prevención y la hipótesis no vírica no cuenta con ningún apoyo.

- *Bueno yo he tenido experiencia de dos visiones disidentes (no se muy bien si tiene que ver con lo que tu llamas "visión disidente" pero me lo puedes re-preguntar. Una relacionada con la "sospecha, conjura, trama" sobre la inexistencia real del VIH, que relaciona a médicos, personal sanitario, industria farmacéutica y otr@s con una especie de maquinación de grandes poderes asociados a valores conservadores y a un determinado orden o concepto de "desarrollo normativo de la persona" para barrer de la*

faz de la tierra a los drogadictos, homosexuales y personas que mantienen sexo con distintas personas fuera de los esquemas de la pareja y del mandato de la reproducción. Como he comentado la industria farmacéutica y otros grandes poderes científicos o morales parecen realimentarse mutuamente y conjuntar sus esfuerzos a la hora de poner en marcha grandes pandemias y sus remedios salvíficos. No es despreciable lo averiguado recientemente sobre la gripe aviar y las empresas comercializadoras de su vacuna.Aunque creo que está probado que existen estos grupos, colectivos y valores y que más de una vez ha quedado en entredicho sus medios y su esquema moral, no dispongo de información para creer esta versión, no me ayuda para el trabajo con las personas infectadas y por tanto descarto la idea de dedicarle el más mínimo tiempo de mi espacio vital. He tenido contacto también con una segunda variante de esta versión, basada en esta primera. Algunas personas jóvenes, basadas en la posible inexistencia real del virus de inmunodeficiencia humana o bien argumentando que en realidad es un virus común presente en la persona y que es activado precisamente por los medicamentos que se usan para su neutralización, digo, estas personas jóvenes se han propuesto demostrarlo siendo "contagiadas", por lo que se han dedicado a buscar ser infectadas por seropositiv@s de todos los tipos: vía intravenosa, por relaciones sexuales con hombres o mujeres y por restos hospitalarios de personas afectadas. Con ello pretendían demostrar que, sin medicación, se podría vivir con el virus y que no pasaba nada, amén de adquirir con ello un estatus de persona "que sabe" o "de un club especial". Parte de esta variante es el peligroso "barebaking" o sexo sin protección entre hombres, que busca la infección indiscriminada o bien la inconsciencia sobre si se está infectado o sobre quién le ha infectado. (Representante de COGAM, Asociación de Gays y Lesbianas)

4.3. Intereses económicos

4.3.1 Factores económicos que contribuyen a la pandemia

El espectacular número de muertes atribuidas al VIH/SIDA, o en su caso a la enfermedad como

genérico en los países empobrecidos, hace patente la repercusión de la globalización económica en el deterioro de la salud de los habitantes de los países empobrecidos. El capitalismo a escala internacional que auspiciaría Wallerstein, responsabilizaría a los países del llamado *centro de poder*, los países enriquecidos, de la dependencia económica incitada, provocada y planificada por ellos para con los países empobrecidos. Dependencia económica sostenida por el diseño de economías orientadas a la exportación que les impiden un desarrollo autónomo, sostenida por la falta de desarrollo industrial y por el peso de la deuda externa. Deuda contraída por la mayor parte de los países empobrecidos en la década de los 80, y que para subsanarla el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) instaron a los países a implementar políticas de ajustes estructurales. Así, como condición para tomar parte en el juego de la economía mundial, estos países se han visto obligados a suscribir tratados de libre comercio descompensado, que hacen cada vez más dependientes a sus economías.

En este contexto de neoliberalismo globalizado, se entiende como el SIDA comienza su rápida propagación en África subsahariana, a la vez que se hacían efectivos los recortes en la provisión de servicios sociales en muchos países de la zona. Recortes impuestos como medidas de ajuste estructural por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y por el Banco Mundial (BM). Estas instituciones en los años 80 y principio de los 90, habían recomendado el cobro de *tasas de uso* a los usuarios de muchas clínicas del sistema de salud público de diferentes países africanos. Siguiendo la iniciativa de Bamako de 1987, se impulsó la idea de que los países más pobres del mundo deberían imponer tarifas para recuperar costes en los servicios de salud públicos. Como resultado, los pobres dejaron de utilizar este servicio, y así por ejemplo en Zimbabwe, en 1991 la asistencia de pacientes a una clínica estatal se redujo de 1200 visitas en marzo a 450 en diciembre. (Fort et. al., 2006:274)

Así, la malnutrición o desnutrición se convierte en el círculo vicioso de la pobreza que no llega a comprender cuál es la causa y cuál del efecto. Las enfermedades endémicas de la zona aumentan, se tratan menos por *la tasa de uso,* lo que produce un mayor índice de mortalidad. Según la hipótesis vírica del SIDA, esta situación hace a las poblaciones más vulnerables a la transmisión del VIH; para los seguidores de la hipótesis no vírica, esta situación favorece mayores tasas de mortalidad y morbilidad en enfermedades habituales de África, enmascaradas como *caso SIDA.* No llegamos a comprender de qué mueren en África, pero lo cierto es que muere cada vez más población pobre.

4.3.2. La industria farmacéutica

La industria farmacéutica desempeña un papel primordial en el mantenimiento del desequilibrio entre salud y riqueza. Son sus empresas las más rentables de Estados Unidos y las que más fortunas acumulan. En 1995 el tratado de la OMC sobre los Aspectos de Derecho de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), estableció normas para hacer respetar los monopolios de los productos para patentes y procesos de fabricación. La prohibición de la competencia entre fabricantes de genéricos durante al menos veinte años desde la fecha de salida de la patente, hizo que los países empobrecidos no pudieran apostar por el tratamiento antiviral del SIDA (TARGA), ni por otros muchos. Las multinacionales obtendrían enormes beneficios en detrimento de la salud de los más pobres. (Forcades, 2006:9-12) La Ronda de Uruguay, de las negociaciones del GATT se inició en 1986. Antes, la regulación de las patentes a escala internacional se regía por el Tratado de París sobre propiedad intelectual de 1983 y el Tratado de Estocolmo de 1967, pero después de 1995 y tras el ADPIC, se insta a que las patentes sean por 20 años. También se fijaron los plazos para que los países cambiaran sus legislaciones. Si en un principio deberían acomodarse al nuevo plan en el año 2000, y 2005 para países empobrecidos, en la cumbre de la OMC de Doha se negoció la ampliación del plazo para estos países hasta 2015 con fuertes presiones de Estados Unidos y la Unión Europea para acortar el plazo (Fort et. al., 2006:278). Esta situación ahoga a los países empobrecidos, no dejándoles oportunidad de activar su propia industria, quedando sujetos a la dependencia impuesta. No obstante, se dejan algunas posibilidades, la llamada *licencia obligatoria y la importación paralela.* La primera consiste en el poder de un gobierno para permitir que un organismo público fabrique un producto sin el permiso de la patente, a cambio de una compensación económica a esta. Brasil, India, Tailandia y China son los primeros productores de medicamentos antivirales contra el SIDA. La segunda, *la importación paralela*, hace referencia a la compra de medicamentos patentados a terceros en otro país, en vez d a las compañías directamente, aprovechando la diferencia de precios que estas proponen a según qué países. Por ejemplo, en Gran Bretaña el AZT cuesta 125 libras, pero si se compra a otros países europeos costaría solo 54[6]. (Fort et. al., 2006:280-281)

La mayoría de países han tenido que modificar sus leyes de propiedad intelectual para adecuarse al ADPIC. Sudáfrica en 1996 bajo el gobierno de Nelson Mandela, adoptó la lista de

[6] Lista de precios de GlaxoSmithKline de enero 2000.

medicamentos esenciales de la OMS, es decir los medicamentos necesarios para la prevención y tratamiento de entre el 90 y 95% de las enfermedades habituales del país. Para asegurar la disponibilidad de estos medicamentos el gobierno hizo enmiendas a su Ley de Medicamentos. Un informe filtrado del Departamento de Estado estadounidense, hace referencia a las sistemáticas presiones de la administración Clinton-Gore para obligar a Sudáfrica a derogar las disposiciones de la Ley de Medicamentos. Sudáfrica se negó a derogar la Ley y el Congreso estadounidense suprimió determinados beneficios comerciales hacia este país, amenazó con más sanciones comerciales incluyendo a Sudáfrica en la *lista de observación 301,* de países sometidos a un mayor escrutinio por sus prácticas comerciales. Finalmente en 1999, coincidiendo con la campaña electoral de Gore, molestada e interrumpida por activistas defensores de la posición sudafricana, y con el presidente electo Thabo Mbeki, Estados Unidos claudicó y el 17 de septiembre consideró que Sudáfrica cumplía el tratado ADPIC, retirando a Sudáfrica de la *lista de observación 301.* Los grupos activistas quisieron hacer extensiva esta concesión a los demás países empobrecidos, pero esto nunca ocurrió. Posteriormente, 39 multinacionales farmacéuticas impusieron un pleito al gobierno sudafricano de Mandela en 1998, paralizando la Ley del Medicamento en los tribunales por un año, finalmente el pleito fue retirado en 2001. (Fort et. al., 2006:282-285). En 2003 las compañías GlaxoSmit Kliney y Boehringer Ingelheim concedieron nuevas licencias a Sudáfrica para la fabricación de medicamentos genéricos contra el VIH/SIDA. (Jara, 2007:134)

La creación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, tuvo sus detractores principales en las compañías farmacéuticas. Se oponían a crear un fondo que fijara los precios de los medicamentos para países o grupos de países, lo que iba en detrimento de las negociaciones de las farmacéuticas como respuesta a las amenazas de la competencia con genéricos. Se creó este fondo peo Estados Unidos solo aportó 200 millones de dólares. El Fondo existe en la actualidad pero amenazado por la bancarrota.

Las luchas y la solidaridad internacional a favor de la igualdad de oportunidades para el mundo empobrecido, se observa en la línea de la hipótesis vírica del SIDA que en cualquier caso es la vigente y es la que propone el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para su detención. No se plantea en ningún momento el debate científico, a excepción de Sudáfrica, debate existente y auspiciado por su presidente y apoyado por su ministra de salud. Por ello, las luchas centradas en objetivos demasiado concretos, como serían la consecución de medicamentos genéricos para el SIDA, se ahogan

en sí mismas. Lo ideal serían reivindicaciones genéricas y no específicas del acceso a medicamentos más baratos.

4.3.2.1 Prioridades no sanitarias de la industria farmacéutica

Diferentes fármacos son comercializados a pesar de sus efectos secundarios y tras haber superado un protocolo de legalización por la FDA dudoso. Ya se ha comentado en capítulos anteriores el caso del AZT, pero no es el único tratamiento antiviral precipitado y perjudicial para la salud, a continuación se destacan entre otros:

- *Talidomina.* Fármaco utilizado en los años 50 y a principio de los 60 para tratar la náuseas y como sedante durante en embarazo. En 1963 se suspendió su uso en España. Su creador fue Heinrich Mückter, médico de pasado nazi que utilizó a los judíos como cobayas, terminó suicidándose. Producía defectos congénitos severos en los bebés, acortando las extremidades, amputándolas o deformándolas Después de 20.000 víctimas el fármaco sigue comercializándose. En Estados Unidos y Alemania, se vende con el nombre Thalomid y Synovir como tratamiento para VIH/SIDA y acné. (Jara, 2007:36-37)

- *Novir* (ritonavir) de Abbott, es un antirretroviral que ha subido un 400% desde que se conoce su eficacia. Un tratamiento que costaba 50 euros al mes ha pasado a valer 250 en 2003. Como se toma en combinación, otros medicamentos de otras compañías que utilizan el principio activo en combinación también subieron. Así, los médicos en su lugar utilizan Kaletra, otro preparado de Abbott más barato que sustituye las combinaciones de las otras compañías. Esta estrategia le proporciona un gran negocio a Abbott. Sin embargo la compañía niega que la subida de los precios fuera por este motivo. (Jara, 2007:96)

Las compañías farmacéuticas gastan más en publicidad que en I+D. Según Oxfam, de la inversión anual mundial en investigación en salud, solo el 0,2% es invertido en neumonía, diarrea y tuberculosis (Jara, 2007:212). Asimismo, se están enriqueciendo a costa de los países empobrecidos. La

estrategia de miedo globalizada[7] (Jürgenson, 2002:98-102), hace que estos países no cuestionen la hipótesis vírica del SIDA, solo quieren entrar a consumir lo mismo que los países enriquecidos. Sin embargo, con la diferencia de que los precios del tratamiento del SIDA en un país empobrecido necesitan el salario de veinte años de un afectado para hacer frente su pago, de doce meses de tratamiento. El tratamiento de un paciente de SIDA durante un año cuesta 24 veces la renta anual de Zimbabwe. Las farmacéuticas no rebajan los precios de sus medicamentos y aún cuando así lo parece al alcanzarse acuerdos puntuales, Médicos sin Fronteras denuncia la publicidad engañosa que Merck y Roche hacen de esas rebajas que bien por las divisas o por la falta de disponibilidad del producto, nunca se llegan a producir (Jara, 2007:.253). Es por ello un hecho el que las compañías farmacéuticas dejan de comercializar productos eficientes para la salud sin no son rentables a sus intereses, como en el caso del tratamiento para la enfermedad del sueño transmitida por la mosca Tse-tsé. Esta enfermedad mata unas 150.000 al año en África, pero el tratamiento es muy caro para estos países, por ello su producción y comercialización fue abandonada. Los derechos del medicamento fueron cedidos a la OMS, que tampoco encontró la manera de comercializarlo de nuevo. (Jara, 2007:286). Este dato hace pensar y cuestionar si es la preocupación de la salud de los habitantes del mundo la gran prioridad de la Organización Mundial de la Salud.

También ocurre que productos comercializados en el resto del mundo no lo estén en los países empobrecidos, es el caso del fármaco antirretroviral *Kaletra de la casa Abbott*, en su versión actualizada que no necesita refrigeración. Sería de gran utilidad desde el punto de vista de la hipótesis vírica, para el continente africano, debido a las elevadas temperaturas, y a la interrupción sistemática del suministro eléctrico donde lo hay. Sin embargo, la compañía se ha negado a comercializarlo en este continente, la lógica obedece a apuntar por falta de rentabilidad. (Forcades, 2006: 12)

[7] El caso de la "gripe aviar" y el negocio del Tamiflu viene a colación, si bien este medicamento nunca se comprobó como específico para el tratamiento de esta gripe, se publicitó como tal y la generación de alarma social internacional consiguió que sus ventas se dispararan. Intereses más allá de los puramente sanitarios y humanitarios parecen deducirse de la estrategia. Cabe recordar que Bush se encargó de esparcir el miedo a la población mundial, a través de su secretaria de Estado Condolezza Rice y el Director General de la OMS. Recordar que Donald Rumsfeld fue el máximo responsable de Golead Sciences, la original propietaria de Tamiflu, hasta ser nombrado por Bush Secretario de Defensa., siendo en la actualidad uno de los mayores accionistas de la compañía. Las acciones de Golead pasaron de valer 7 dólares a valer 60. ¿Interés económico o casualidad? Véase: "La gripe aviaria, el Tamiflu y el negocio del miedo" Discovery Salud, nº82, abril 2006.

La importancia de las multinacionales farmacéuticas excede el beneficio puramente económico, para consolidarse como grupo de presión y poder activo en política. Son fundamentales en la erección de los gobiernos al ser responsables financiadoras de sus campañas electorales. En 2002, el partido republicano candidato a las presidenciales de Estados Unidos, recibió más de 30.000.000 dólares provenientes de esta industria, especialmente de Lully Bristol_Myers, Squibb, Pfizer y GlaxoSmithKline. Estas empresas deseaban hacer frente a la supuesta bajada del precio de medicamentos dispensados con receta que se planteaba llevar a cabo.. El partido Republicano ganó las elecciones y en el Boletín Fármacos, volumen 6, número 1 de enero de 2003 apareció "el resultado de las elecciones de noviembre le da más poder a la industria". Existe una simbiosis, necesidad y apoyos mutuos entre la política y la industria para la defensa de los intereses de cada uno. Lo cierto es que en la lista Fortune 500 que registra cada año las empresas y personas más ricas del mundo, la industria farmacéutica suele aparecer a la cabeza. Si en los últimos años los beneficios de las empresas de esta lista han disminuido en un 50%, para los diez líderes de farmaindustria las ganancias han seguido aumentando más del 30%.

La FDA se comprometió a la aceleración del proceso de aprobación de nuevos medicamentos. Desde 1993 la industria farmacéutica paga unas cuotas para acortar el tiempo e aprobación, aunque aún se tarda un año. Los pagos de las compañías suponen unos 332.000.000 dólares, la mitad de lo que cuesta el proceso de aprobación. (Jara, 2007:283). Albert Figueras profesional del Departamento de Farmacología Clínica de la Universidad Autónoma de Barcelona afirma:

> "Algunas agencias, por ejemplo la peruana, se comprometieron a dar el *resultado* en 15 días o menos. Naturalmente, este país se ha convertido en un *colador* de fármacos, porque además, el sistema se basa en el silencio administrativo: no respuesta es igual a autorización. No hace falta tener mucha imaginación para entender cómo está el mercado peruano de fármacos sin eficacia, medicamentos con una aptitud poco probada y productos nuevos o de *yo también*. Todas las moléculas que son el *último grito* las tiene Perú: el antihipertensivo más moderno o el hipolipemiante de recién creación. Estos medicamentos no son los que más falta hacen en ese país." (Jara, 2007:284)

4.3.2.2. La recámara de las compañías farmacéuticas. Ejemplo de la Wellcome

Martin Walker en su libro *Dirty Medicine* (Medicina sucia) narra los avatares de la industria farmacéutica, se recoge a continuación la parte relacionada con la compañía Wellcome a modo de ejemplo. (Manero, 94:139-144)

Las inversiones de Rockefeller en la investigación y educación médicas en Gran Bretaña se remontan a los años 20, tras las recomendaciones de Abraham Flexner a la Haldane Commision de la Universidad de Londres, el dinero de Rockefeller se fue extendiendo hacia el Colegio Universitario de Londres, la Universidad de Gales y la Universidad de Cambridge. En 1921 creó una nueva escuela de medicina tropical e higiene en la Universidad de Londres. Desde entonces se organizó entre Rockefeller, La universidad y el gobierno británico toda una red de hospitales en Londres. Se siguió el modelo estadounidense que combinaba enseñanza, investigación y clínica. Así, a finales de la Segunda Guerra Mundial, la red de hospitales británica estaba financiada por capital estadounidense, quedando influidas por la percepción de la investigación médica de Rockefeller quien en 1950 financiaba becas de formación en 31 cátedras en los colegios médicos británicos. También se puso en marcha la Medical Research Council que velaba por la vigilancia de los métodos de investigación.

Hasta los años 30, las fundaciones privadas británicas no estaban interesadas en la medicina. El Wellcome Trust británico cubrió este vacío en 1936. La Wellcome y Rockefeller eran dos empresas americanas se empezaron a asociar en políticas comunes en educación e investigación médica, por lo que en los años 50 sus cuadros técnicos se solapan.

La compañía Wellcome fue fundada en 1880 por dos farmacéuticos norteamericanos, Henry Wellcome y Silas Borroughs. Cuenta con un eje angloamericano, sus asuntos legales fueron llevados en los años 30 por la firma Sullivan y Cromwell, una de las firmas de abogados más influyentes de Nueva York y uno de los pilares de Rockefeller, sus abogados John Foster y Allen Dulles terminaron siendo Secretario de Estado en la guerra fría y director de la CIA respectivamente. Su estructura incluye la manufactura de medicamentos (Wellcome Foundation), funciones administrativas (Unicorn House) y centro de operaciones financieras (Wellcome Trust). Hasta 1986 el trust controlaba el 100% de las acciones de la compañía productora de medicamentos, entonces vendió el 25% de Wellcome plc., y la compañía productora pasó a llamarse Wellcome Foundation. En julio de 1992 el trust redujo su participación en la fundación un 40%. La Wellcome cotizaba en bolsa cada vez más fuerte, de forma que

su beneficio por acción pasó de ser de 7,8 peniques en 1986 a 36,3 1992. Las ventas de medicamentos para humanos se duplicaron en este período de tiempo, abandonando el mercado animal. En los 80 los productos que comercializaban eran preparados para la tos y constipado, seguidos de los antihistamínicos y esteroides. A principio de los 90 el mercado dio un vuelco importante. Tras la crisis de los 80 en la que hubo restricciones por parte del gobierno británico en la compra de medicamentos, el mercado cae, pero surge otra división en 1982, Wellcome Biotechnology que irá teniendo cada vez más importancia. En 1990 el mercado se nutre ante todo con la investigación y producción de antivirales, especializados en el virus del Herpes y en el VIH, pasando estos medicamentos a ser líderes en producción, ventas y marketing (Zovirax y Retrovir (AZT)) .

En 1990 un nuevo director John Robb dejó clara su prioridad por los medicamentos rentables que por la opción científica. Se generó un emergente desarrollo comercial gracias a los gobiernos británico y estadounidense que obedece a los interesases políticos y económicos de Rockefeller. Es curioso como Sir Alistair France pasara de director de Río-Tinto-Zinc (empresa de armamento) a presidente de la Wellcome Trust en 1985. La Comisión Trilateral es una institución creada a principios de los años 70 por David Rockefeller, formada por industriales, académicos y políticos expertos en relaciones internacionales. En los 80 comenzó su expansión a los países de Europa Oriental y Japón.

En 1973 la Wellcome estuvo involucrada en conflictos de mercado debido a su antibacteriano Septrin, que fue criticado por algunos científicos al no resultar muy seguro. En los 80 crearon una vacuna contra el constipado por la que sufrieron denuncias por los efectos colaterales de la misma, al no resultar una vacuna segura. Kenneth Best, un niño de 23 años con edad mental de 12 meses fue indemnizado con 2,75 millones de libras. El Retrovir (AZT) ha recibido el mismo tipo de críticas.

Asimismo, el grupo de trabajo All-Party Parliamentary Group on AIDS, un cuerpo influyente formado por 150 parlamentarios, cuyo objetivo es promover una vigilancia equilibrada y efectiva sobre el VIH/SIDA, entre 1985 y 1990, ha recibido 65.000 libras de la Wellcome Foundation. En el en cuentro de 1991 del grupo parlamentario organizado conjuntamente con la Medical Research Council, cuatro de los 6 colaboradores estaban vinculados a la Wellcome. Otro recepctor de dinero de la Wellcome Foundation es la British Medical Association Foundation for AIDS, que recibió una donación de 144.444 libras en 1988.

El polémico libro de Martin Walker ha sido boicoteado y criticado, en especial por Duncan Campbell, activista político y articulista especializado en prácticas médicas quien tras enfrentarse

previamente con las compañías farmacéuticas en relación al AZT, terminó cambiando de opinión a favor de ellas en 1988.

Visto lo anterior, se observa como la industria farmacéutica busca el poder de las altas instancias políticas para conseguir la mayor rentabilidad posible, al margen de los principios hipocráticos a favor siempre del paciente. Lo que parece importar menos es la salud de la humanidad, que se ha convertido en un negocio más, globalizado a la luz del sistema neoliberal vigente que lo permite sin restricciones. Si tal es la disputa con los precios en el caso del tratamiento antirretroviral para el SIDA, sería inimaginable que la investigación de este síndrome diera un giro a favor de las teorías no víricas del SIDA. Ello terminaría con este tratamiento al no ser considerado eficiente por esta hipótesis, que lo considera perjudicial y iatrogénico. Los miles de billones que se darían por perdidos por la industria farmacéutica en este caso hipotético, hacen entender el boicot a la controversia científica al respecto, motivada por intereses económicos y subsidiariamente políticos.

4.3.3. Análisis del discurso de los profesionales

Todos los profesionales entrevistados, en relación a las compañías farmacéuticas hacen referencia a su responsabilidad en el estancamiento de la investigación y a su despreocupación del problema de salud que conlleva el SIDA, a favor del negocio económico. Existe un consenso en el tema con matices que propongo a continuación a través de los extractos literales de los puntos de vista de los profesionales implicados, a los que se entrevistó para realizar esta investigación. Creo en la riqueza de la literalidad.

> *Las grandes farmaceúticas se están beneficiando enormemente del camino que el SIDA ha tomado y la forma en que se está gestionando y por eso probablemente están apoyando este enfoque. (Doctor en Medicina. Médico clínico en África)*

> *Un negocio, como cualquier otro tratamiento para otra enfermedad. Los grupos sociales de presión intentan denunciar esto y han conseguido ciertas ayudas para países del Tercer Mundo. (Médico clínico de Cáritas, drogas y SIDA)*

Las empresas farmacéuticas que más han crecido en los últimos diez años en España comercializan antirretrovirales, y cuentan con departamentos de marketing altamente especializados en esta enfermedad. La presión que ejercen sobre la Administración es inmensa, y también sobre los médicos que atienden a estas personas seropositivas. Cuando comencé mi labor asistencial, conté con el apoyo de una de esas multinacionales, pero cuando comprobaron que realmente no les reportaba ningún beneficio comercial, retiraron dicho apoyo de una forma drástica. Y no hay que olvidar el caso de Germán Velásquez, técnico de la OMS, que fue amenazado por un grupo de estas multinacionales al defender la postura de aquellos gobiernos que se habían opuesto a la política de patentes que aplicaban estas empresas con sus antirretrovirales. (Doctor en Odontología. Investigador en biología molecular sobre VIH/SIDA)

Pienso que la culpa no es de la industria farmacéutica, pienso que la industria farmacéutica es un negocio y ellos cada vez van al negocio… para mi es quien permite que la Industria Farmacéutica haga eso, es decir bueno… son fabricas, que producen productos para venderlos, oye si les permiten vender eso, si las sanidades permiten vender eso…entonces a ver…claro que tienen culpa por que ellos saben lo que están haciendo, y ellos por tener un medicamento global lo regalan al tercer mundo eh bueno como una gran obra filantrópica, cuando lo han retirado del primer mundo por que causa iatrogenia, etc., etc. ¿no? No diré que todos son iguales, habrá gente más honrada y menos honrados, pero esta claro que…por ejemplo lo que decía del tratamiento hormonal sustitutorio el laboratorio que hacia eso sabia lo que estaba haciendo por que había publicaciones, y estoy convencido y lo se por que conozco gente que han trabajando con laboratorios y que hacen investigaciones son neutrales y si les sale algo que les perjudica pues no lo publican y si el investigador intenta publicarlo pues… pierde el trabajo ¿no? está claro, entonces ahí si que en esos casos los laboratorios están muy… son muy, muy criticables pero para mi lo mas criticable es, es la sanidad que permite ¿Quién controla la sanidad? Los políticos, ¿quien pone a los políticos? El que tiene dinero, o sea tu puedes ser una persona muy honrada pero si no tienen nadie que te pague la campaña, ni que protejas a la industria, ni que protejas… o sea, si tu críticas a la industria, la industria no te

va a financiar, ¿quien te financia? (…) pero yo no digo que no lleven buenas intenciones pero tienes que ir cediendo para llegar arriba (…) el problema para mi está que la vida, que toda la vida está… en control del poder económico. En el poder tienen…bueno las compañías inglesas farmacéuticas tienen los medios de comunicación (Presidente de la sección oficial de medicina natural del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona)

A nivel mundial se pone de nuevo de manifiesto que el principal objetivo de estas empresas es obtener beneficios económicos y que la salud de las poblaciones está condicionada a este logro. (Médico. Técnico Superior de Salud Pública en el Programa de prevención de infección por VIH CAM)

Pues bueno, creo que es una parte con la que…con la que necesariamente hay que establecer alianzas, y a la que hay que…ir eh…Estimulando para poder adoptar otras vías necesarias y para ir aumentando sus compromisos con una serie de temas como el acceso de fármacos en países en vías de desarrollo…como bueno…ya que estar ahí en estrecha colaboración como lo hacemos aquí en España, pero…de una manera de colaboración mutua, pero de una manera de…yo pues me tienes que rendir cuentas de una serie de cosas, por que…los criterios para los ensayos, eh…versión el los productos. En fin para una serie de cuestiones que es necesario que tengamos presencia (Presidenta Coordinadora Estatal de SIDA en España)

Entonces, si no existiese África, dónde se podrían hacer las pruebas. Los laboratorios para hacer pruebas tendrían que pagar directamente a las personas que entrasen dentro de un estudio y claro sale más barato darle un bocadillo que tenerle que pagar 100 euros o darle un tratamiento, que no tener que costear todo lo que es la vida de una persona. Entonces bueno. Además es muy sorprendente, como ocurría en Jardinero Fiel eso yo lo he visto allí, gente que han empezao en estudio, se han estao dos años en un estudio, ha terminao el estudio y les han dejao sin tratamiento. Entonces, de qué estamos hablando de que crea resistencias, o para qué estamos dando esperanza de vida a una persona durante dos años si a los dos años no solamente le dejas con el virus, sino además lo

dejas con un virus mucho más fuerte para poder tomar otros fármacos, pero el, y el mayor problema no es solo eso, es que ese virus se lo trasmite a una persona que tal vez no pueda volver tomar esos tratamientos. (PresidenteFundación del MovimientoCiudadano Antisida España)

La industria farmacéutica, además se le debía de pedir umm…vamos a ver que sus ganancias económicas también pudieran revertir en un ámbito más psico-social por una cuestión de compromiso…mínimo ético, con la propia sociedad que es la que te está financiando además los fármacos, la que te los está pagando ¿no? Ellos tienen derecho a tener sus…ganancias económicas son empresas privadas, pero…cuando hay una repercusión social tan importante a mi me parece que los Gobiernos deberían ser mucho mas duros con respecto a los genéricos, y poner muchos más limites a determinadas cosas ¿no? También seguro que se nos escapa mucho, creo que hay bastante opacidad y bueno lo…la experiencia en el tercer mundo sigue siendo umm…sobre todo es así. Algunos países han salido con muchos esfuerzos Brasil, Sudáfrica para incorporar los genéricos, necesidad de con más. Pero que bueno que aquí en el…en el primer mundo lo tenemos relativamente bien, pero en los países de desarrollo…es un auténtico desastre y no hay un esfuerzo en condiciones, es decir, cuando se plateo con…con la Zidovudina (AZT) eh…poder hacer un ensayo clínico en varios países del tercer mundo para ver si dando dosis mas pequeñas a mujeres embarazadas. Dosis que de alguna manera pudieran pagar, a ver si era efectivo ¿no? Bueno pues ese ensayo se hizo con un grupo control que era placebo, cosa que nunca ha sido admitido en el primer mundo, si que es cierto que la realidad allí es que es nada o…o dosis mínimas, pero bueno es que el hecho es que cuando empezó a haber controversia retiraron el ensayo y a tomar por saco. Tampoco hay mucho interés en ver que…que se puedan crear alternativas reales en el tercer mundo. (Trabajador movimiento asociativo antisida durante 20 años. Psicólogo adjunto del servicio de patología del Hospital de la Paz de Madrid)

En su conjunto es indirectamente responsable de la invención del SIDA por los CDC de Atlanta. En efecto, hay argumentos que hacen plausible la hipótesis de que el SIDA empezó como un experimento impulsado por los CDC en busca de información para contrarrestar el gravísimo problema de la resistencia microbiana generada por el uso masivo de antibióticos y de medicamentos en general, problema que causa muchas (¿millones?) muertes cada año, en particular por infecciones cogidas en los propios hospitales.

y una parte de la industria farmacéutica es directamente responsable del fortalecimiento del engranaje destructivo SIDA. En efecto, se implicó a fondo en la consolidación del SIDA una vez que se empezó a crear este nuevo mercado:

--- exclusivizando la hipótesis infecciosa (muy rentable) y excluyendo la tóxica (económicamente perjudicial, pues habría que retirar y eliminar las sustancias tóxicas)

--- canalizando sobre la FDA la desesperación de los primeros diagnosticados a fin de que se aprobasen fármacos sin pasar por los controles previstos

--- manipulando los resultados de los ensayos multicéntricos realizados hasta lograr que se aprobase el AZT-Retrovir-Zidovudina

--- financiando la mayoría de los Comités (mal llamados) anti-SIDA para convertirlos en agentes comerciales de los supuestos antirretrovirales

--- pagando incluso acciones contra sus propios stands en algunos eventos (por ejemplo, a la asociación ACT-UP París para que echase pintura contra los expositores farmacéuticos en la Conferencia Internacional de SIDA de Durban el año 2000 reclamando "bajada de los precios")

--- anunciando sus sustancias supuestamente antirretrovirales de una manera positiva tan engañosa que incluso la FDA tuvo que llamarles al orden

--- presentando como "cronificadores del SIDA" unos cócteles que son tendencialmente mortales a medio plazo

Además, con los trucos aprendidos en el "tema SIDA" (en particular, el uso de tests de anticuerpos para diagnosticar falsamente, y del marcador indirecto "carga viral" para

presentar como beneficiosas unas sustancias muy perjudiciales), está construyendo un mercado decenas de veces mayor: el de la "hepatitis C".

Luego las empresas farmacéuticas que ganan dinero con medicamentos y pruebas "para el SIDA" son co-responsables, junto con los CDC, y gracias a la complicidad de los Gobiernos, de la muerte de muchísimas personas, aunque –afortunadamente- muchas menos que las que nos dicen. Confirma dicha responsabilidad el hecho de que el porcentaje relativo de muertes por SIDA es mayor en los países económicamente más ricos y, consecuentemente, más medicalizados. A la parte de empresas farmacéuticas no directamente implicadas en el SIDA le corresponde desmarcarse... si no quiere tener también que pagar grandes indemnizaciones a la hora de rendir cuentas por sus responsabilidades en el invento SIDA (Presidente Asociación Plural-21).

Vitalmente no puede negarse que estas industrias han trasladado y comercializado los principios activos que permiten a la gente estar viva, alimentar una esperanza de vida relativamente duradera e ir minimizando cada vez más los efectos secundarios duraderos (aunque todavía no sabemos los efectos a largo plazo). Sin embargo esto va parejo a la aparente desidia en dos campos importantísimos:

- *la prevención o actuación sobre los ya probados efectos a medio plazo de las medicaciones retrovirales (cardiopatías, dispersión descontrolada de la grasa corporal o bien acumulación o desaparición de la misma en partes muy localizadas del cuerpo, problemas renales, hepáticos, de bazo o bien epiteliales, etc…).*
- *la información real a los grupos tanto de experimentación como de control de personas infectadas. La elección de quién participa en cada uno de los grupos es marcadamente moral y creo que podría tomarse mejor de forma colegiada dando más cabida a ong´s y colectivos de infectad@s. (Representante de COGAM, Asociación de Gays y Lesbianas)*

Como todas las industrial multinacionales, poco interesadas o sensibles con las necesidades de Africa (Representante African Jesuit AIDS Network (AJAN)

CAPÍTULO 5 CONTROVERSIA MEDIÁTICA

5.1. Medios de Comunicación y Opinión Pública

Los medios de comunicación de masas tienen una gran influencia en nuestras experiencias y en la opinión pública, no porque actúen de forma directa sobre nuestras actitudes, sino porque son medios para acceder al conocimiento del que dependen muchas actividades sociales: consumo, participación política, solidaridad, estilos de vida, etc. (Giddens, 1998:466). Una información falseada o poco rigurosa influirá engañosamente en el individuo llevándole a modificar conductas al hilo de la racionalidad subjetiva o de la misma irracionalidad, después de haberse construido imágenes subjetivas de la realidad.

Los medios de comunicación son generadores continuos de información transmitida por medio del lenguaje, sea verbal o no verbal, que el receptor acoge sin detenerse a decodificar racionalmente. Habermas llega a la conclusión de que lo se que prometía en el desarrollo temprano de la *esfera pública* no se ha cumplido, llegando éste a convertirse en una farsa fruto de la manipulación de la industria y la política. La opinión pública no se configura mediante debates abiertos y racionales sino a través de la manipulación y el control como sucede en publicidad. (Giddens, 1998:482). Así, lo que percibe el receptor es lo que el medio pretende transmitir de una realidad, y no la realidad misma, lo que Baudrillard (1978) denomina *hiperrealidad*. En esta época de globalización mediática se crea una nueva realidad, *la hiperrealidad*, en la que se mezcla el comportamiento de las personas y las imágenes de los medios de comunicación. Este mundo se construye mediante simulacros, es decir, imágenes que solo toman su significado de otras imágenes, que por tanto no se basan en una realidad externa (Giddens, 1998:483).

La influencia masiva de los medios de comunicación en nuestras sociedades también ha cambiado la percepción de los ciudadanos, sus estilos de vida, hábitos, gustos, inquietudes, su forma de trabajo y su manera de sustentar la estructura social. El hombre conoce a través de los medios cuasi-realidades que de otra manera le serían ajenas y ello le genera una infundada seguridad para creer que puede controlarlas: "conocer es poder". Así crea falsas expectativas de libertad: "el saber nos hace libres". (Giménez, 2000:117)

KLAPPER (1974:48-89) distingue tres efectos que pueden provocar los medios de comunicación:

1.- Refuerzo. Las comunicaciones persuasivas tienden en general más a reforzar las opiniones del público que a cambiarlas. "Los cambios menores de actitud parecen ser un efecto más probable que la conversión y algo menos probable que el refuerzo". Asimismo, el refuerzo en las opiniones reforzará las actitudes. Ello puede deberse a varios motivos: a) Las personas tienden a exponerse selectivamente a las comunicaciones que armonizan con sus puntos de vista previos y retienen con mayor facilidad el material acorde que el contrario; b) Cuando las ideas son contrarias a las del grupo identificativo de pertenencia el individuo las rechazará, no siendo tan claro en el caso de que el receptor no valore demasiado su pertenencia a ese grupo; c) La difusión del contenido de la comunicación se hará si es acorde a quien la pretende difundir; d) Los líderes de opinión influyen decisivamente en el público para reforzar ideas aunque también se pueden llegar a convertir en agentes de cambio.

2.- Creación de opiniones sobre cuestiones nuevas. Hay una creencia extendida en este punto, que aunque los datos empíricos no lo demuestran a ciencia cierta, sí nos permiten al hilo de la racionalidad observar como aquellas personas que no tienen todavía una opinión formada en un tema determinado, no chocarán con predisposiciones contrarias ya que las fuerzas mediadoras que suelen obstaculizar la conversión se encuentran inoperantes. Ello nos sugiere la importancia que pueden tener los medios de comunicación de masas en la creación de opiniones sobre cuestiones nuevas.

3.- Conversión. Aunque la conversión es menos probable que el refuerzo o el cambio mínimo de actitudes, a veces ocurre y por ello lo advertimos en estas líneas. Algunos factores que la pueden potenciar son: procesos selectivos, cuando el individuo está predispuesto al cambio por otros factores externos a la comunicación, como la influencia personal y el nivel de persuabilidad del individuo que diferirá según la autoestima, seguridad en sí mismo, entre otras circunstancias.

Un análisis crítico y riguroso que nos pone alerta ante la manipulación de los medios es el que hace Michel COLLON en su libro *"Ojo con los media"*. Este libro presenta el sistema de medios de comunicación actual como una máquina para filtrar los hechos y cita con convicción a Chomsky y Herman:

"Los medios de comunicación de masas sirven como sistema de comunicación de mensajes y símbolos al pueblo en general. Su función es divertir, distraer, informar e inculcar a los individuos los valores, las creencias y los códigos de comportamiento que les integrarán en las estructuras establecidas de la sociedad en general. En un mundo marcado por la concentración de riqueza e importantes conflictos de clase, el cumplimiento de este papel requiere una propaganda sistemática. Dinero y poder tienen la posibilidad de filtrar las noticias que pueden ser impresas, marginar a los opositores y permitir al gobierno y a los intereses privados dominantes transmitir sus mensajes al público"... (Collon,1997:41)

Para Collon los hechos que se nos presentan en los medios pasan por cuatro filtros: 1) Los medios son una industria con la propiedad concentrada en algunos monopolios privados; 2) Publicidad; 3) Entre el 80 y 90% de las fuentes de donde extraen sus informaciones están relacionadas con el gobierno, la administración y el mundo de los negocios. Es decir, siempre quedará legitimado el sistema social existente; 4) La ideología dominante impregna a los periodistas y les lleva a comportarse, conscientemente o no, como defensores del orden establecido.

Los medios reciben diez veces más información que la que publican y un 99% de la información científica no es utilizada, siendo la elegida aquella con mayor impacto mediático, amplificando aquellas cuestiones que más interés hayan despertado en la ciencia y ciudadanía. (Goodell, 1987:585) La opinión pública se ve muy influenciada por los Medios de Comunicación en general, y tal y como señala Martín Serrano (1986:16) *"existen interdependencias entre la transformación de la comunicación pública y el cambio de la sociedad"*. Todavía con más fuerza ocurre en cuestiones relativas a la ciencia, ya que tras finalizar la educación reglada, son los medios de comunicación la primera fuente de interlocución entre el conocimiento científico y el público en general.

Los estudios de Allan Mazur´s sugieren que la cantidad de cobertura científica en los medios puede tener más influencia en la generación de opinión que su calidad. Un análisis de cobertura de la ciencia en EE.UU entre 1910 y 1955 observa como la cobertura suele ir encaminada a mostrar el avance de la ciencia, las promesas y predicciones de futuras curas de enfermedades, unidas a la generación de una imagen de los científicos como héroes, generando altas expectativas sobre la repercusión social positiva de la ciencia en la sociedad. (Goodell, 1987:590)

En los dos apartados siguientes se van a llevar a cabo sendos análisis, el primero de contenido en prensa y el segundo un sondeo de opinión pública. Así, entre otros análisis podremos establecer empíricamente el grado de influencia de los medios en la opinión de la sociedad, en este caso de la opinión cualificada sobre SIDA.

5.2. Análisis de contenido en Prensa

5.2.1. Día Mundial del SIDA. 1 de diciembre (1988-2006)

Para llevar a cabo el análisis de contenido de prensa se han escogido los 5 diarios más leídos en la sociedad española en el histórico entre 1988 y 2006, dando protagonismo a dos diarios locales, *La Vanguardia y La Voz de Galicia*, entre los tres principales de tirada nacional, *El País, El Mundo y ABC*. En un principio los diarios elegidos por mayor número de lectores y por su representatividad regional fueron entre los nacionales: *EL País, El Mundo y ABC*, pero entre los de ámbito regional aunque de difusión nacional, se había elegido a *El Periódico de Cataluña* por se más leído incluso que e*l ABC y al Correo Español*.(Anuario El País,2005). Diferentes dificultades obtenidas en el acceso al archivo histórico, nos hicieron sustituir *El Periódico por La Vanguardia* y descartar *El Correo Español*. El estudio ha consistido en la recopilación y posterior análisis de las noticias e informaciones sobre VIH/SIDA, encontradas el día 1 de diciembre en los años del histórico anteriormente mencionado. Tal fecha ha sido elegida por coincidir con la declarada fecha oficial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como Día Mundial del SIDA desde 1988.

El diario en el que en relación al tema que nos ocupa más noticias e informaciones ha recuperado es *EL Mundo*, con un total de 94, seguido de *La Voz de Galicia* con 65, *El País* con 61, *La Vanguardia* con 58 y *ABC* con 52. El flujo de noticias e informaciones por año permanece relativamente constante en *La Voz de Galicia*, siendo constantemente irregular en La Vanguardia. En los diarios de tirada nacional, el número de noticias e informaciones en los primeros años es mayor, observándose un descenso de las mismas desde 1994 en *ABC,* desde 1999 en *El País* y desde 2002 en *El Mundo*. Las noticias e informaciones son distribuidas por diferentes secciones como: *Sociedad, Sanidad, Ciencia, Opinión, Portada y Publicidad*. Principalmente las noticias e informaciones están ubicadas en la sección

Sociedad: el 72% de los casos en La Vanguardia, 71% La Voz de Galicia, 36% El País y El Mundo y en un 35% en ABC. El diario que abarca más noticias, El Mundo, las reparte entre más secciones que los demás, incluyéndose especiales, Editorial, cultura, chistes y local. El diario que mayor porcentaje de noticias presenta en la sección opinión es El Mundo, con un 25%.

Las catorce diferentes categorías que se han elaborado con base en el contenido de los temas abordados en los artículos son las siguientes: epidemiología, decisiones políticas, prevención, tratamiento, solidaridad, movimiento ciudadano, ciencia, relación del SIDA con marginación y pobreza, catastrofismo, abordaje del lema anual de la campaña internacional, efectos sociales y discriminación, publicidad, abordaje crítico y testimonios.

1. Epidemiología

El número de casos de SIDA registrados, así como las infecciones por VIH en régimen de datos acumulados o nuevos, o las proyecciones proporcionadas por la OMS, son informaciones que aparecen en todos los diarios pero en ninguno de ellos con carácter anual. ABC y La Voz de Galicia lo publican en doce de los diecinueve años, La Vanguardia en nueve, El País en ocho y El Mundo en siete.

Se trata de una información procedente de un organismo internacional oficial que es transmitida a todas las agencias de prensa en el Día Mundial del SIDA, lo que permitiría trasladar el conocimiento actualizado de la pandemia a la opinión pública. Sin embargo, tres de los diarios solo contemplan estos datos en la mitad de los años analizados.

"LA OMS ALARMA CON DATOS ERRÓNEOS"

Gerardo Clavero. Secretario del Plan Nacional del Sida.

"*España facilita las cifras resultantes de sumar todos los casos acumulados desde que se conoce el sida porque hay un compromiso en este sentido con la OMS" dice Clavero. "Pero las cosas no se suman de esa manera y tanto a mí como a otros sanitarios nos molesta esa forma de contar, y recogemos también las cifras reales de la enfermedad. Es decir, los casos nuevos diagnosticados y reflejados cada año".Como prueba de que la información sobre sida transgrede las normas de la epidemiología, Gerardo Clavero señala que del resto de patologías –hepatitis B o tuberculosis por ejemplo- la OMS ofrece solo los casos aparecidos del último año. Otra diferencia, solo en el sida se señala, simultáneamente a las estimaciones de probables enfermos en años venideros, el cómputo de muertos en fechas pasadas.*

"Esa cuantificación amplifica la incidencia e incita a la confusión, por eso digo muchas veces que el sida se transmite por los periódicos. Cuando te preguntan, por ejemplo, ¿cuántos zapatos tienes?, tú dices los que tienes en ese momento, no todos los que has tenido a lo largo de tu vida" dice Clavero.

El PAÍS, domingo 1 de diciembre de 1991
(Especial día mundial del sida)

2. Decisiones políticas

Esta categoría hace referencia a todas aquellas decisiones llevadas a cabo por parte de los gobiernos o Instituciones del Estado, y que por lo tanto afectan al transcurrir de la epidemia biológica y social. Es el caso de las propuestas de excarcelación de personas seropositivas, establecimiento de Enfermedad de Declaración Obligatoria, manifiestos institucionales, declaraciones de gobernantes e instituciones, destituciones y nombramientos de responsables, creación de registros oficiales anónimos y confidenciales de casos de VIH/SIDA. El País y La Vanguardia con ocho y siete informaciones respectivamente son los que más eco se han hecho de este tipo de determinaciones, ABC y El Mundo con cinco y cuatro respectivamente y La Voz de Galicia con un caso, nos muestran la poca incidencia periodística de tales decisiones.

Sin embargo, si se identifica la definición de política como el arte de hacer posible lo necesario (Mendiluce, 1998), sorprende el poco espacio mediático se le otorga a las decisiones que son capaces de transformar la realidad. O bien hay pocas decisiones políticas al respecto, o bien no tienen interés

mediático. Después del recorrido histórico que esta investigación me ha permitido conocer, mi conclusión al respecto está en línea con la hipótesis del no interés mediático, habida cuenta de la cantidad de declaraciones institucionales en el marco nacional e internacional, así como de declaraciones y decisiones de dirigentes de los países afectados.

"EL GOBIERNO FRANCÉS ACUSA A LOS LABORATORIOS PRIVADOS DE ABANDONAR LA LUCHA CONTRA EL SIDA"

"El Secretario de Estado francés de sanidad, Bernard Kouchner, acusó ayer a los laboratorios farmacéuticos privados de haber renunciado, por razones económicas, a poner a punto nuevos medicamentos contra el sida. Lamentó que "el 85% de las moléculas descubiertas contra el sida sean producto de trabajo académico y no de la investigación de los laboratorios privados". El secretario de Estado se expresó así al criticar el despilfarro que supone para Francia la mala conexión entre la investigación universitaria y la industria cuando se habla de sida.(...)."

El PAÍS, martes 1 de diciembre de 1998 (sociedad)

En este artículo se observa como en ocasiones, las declaraciones políticas son utilizadas para presionar sobre determinadas estructuras y así intentar modificar la realidad.

"LA GENERALITAT QUIERE QUE TODOS LOS PRESOS CON EL SÍNDROME QUE ESTÉN GRAVES OBTENGAN LA LIBERTAD"

"(...) Lo que haremos será proponer la libertad tan pronto se confirme que el penado padece el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es una medida de tipo humanitario para conseguir que el tiempo de vida que les queda a los presos con sida sea lo más digna posible y lo pasen en libertad, aunque la última palabra siempre la tienen los jueces" manifestó a La Vanguardia Vicente Martín, jefe de la sección de sanidad penitenciaria de la Generalitat (...)"

LA VANGUARDIA, jueves 1 de diciembre de 1988 (Sociedad)

En este artículo se observa como la transformación de la realidad, en ocasiones viene precedida de propuestas políticas que posteriormente los profesionales competentes en la materia podrán valorar para decidir si la propuesta va hacia delante.

3. Prevención

Conocer las prácticas de riesgo habilita para informar de las medidas preventivas que eviten la transmisión del virus. El máximo de años en los que se hacía prevención en la prensa seleccionada eran de cinco, en La Voz de Galicia, cuatro en ABC y El País, tres en El Mundo y dos en La Vanguardia. Se observa que en todos los diarios y años aparecen las mismas medidas de prevención ante las mismas prácticas de riesgo. No se tiene en cuenta en el histórico analizado, la existencia de la hipótesis no vírica, por lo que tampoco se tienen en cuenta las medidas preventivas que propone la misma.

En pocas ocasiones se hace referencia a las recomendaciones de prevención, por lo que se entiende como una oportunidad perdida para poder aleccionar a la población de su situación de riesgo y de la pertinencia de prevención. Asimismo, existe unanimidad en la difusión de la visión vírica del SIDA en cuanto a la prevención.

"PREVENIR LA ÚNICA CURA"

Pedro Pérez Cárdenas.
Presidente Comité Independiente Antisida.

"Todos hemos oído aquello de que prevenir es mejor que currar. En el caso del sida, prevenir no es mejor que curar: es la única cura. Para el caso de una enfermedad mortal y no curable, es necesario prevenir con total seguridad, ya que no vale una prevención parcial. (...) Conviene actuar en el proceso de prevención de la enfermedad, luchando para que no crezcan las prácticas de riesgo. (...)Con el sida no nos encontramos solo con un problema estrictamente sanitario, como querrían algunos, también en un problema ético. En este caso es la consecuencia de un abuso práctico de la sexualidad en modalidades incorrectas de frecuencia y lugar, y en sus combinaciones con circunstancias de drogadicción o promiscuidad (...)"

EL PAÍS, martes 1 de diciembre de 1998 (sociedad)

4. Tratamiento

Se hace referencia al tratamiento médico emergente y mejorado que se va investigando y administrando. Esta administración se lleva a cabo fundamentalmente en los países enriquecidos y no en los empobrecidos, donde mayor prevalencia existe de la enfermedad. La adherencia a los tratamientos también es tratada, explicando la dificultad que existe en la consecución de la misma con el consiguiente riesgo de creación de resistencias al virus. Así, como de la dificultad de mantener esta adherencia en personas en proceso de exclusión social, con vidas desestructuradas o consumidoras activas de drogas o en personas que sufren diariamente los efectos secundarios nocivos de la medicación (yatogenia). Tres informaciones en los últimos diecinueve Días Mundiales del SIDA aparecen recogidas en los diarios El País y La Vanguardia, cuatro y dos en ABC y El Mundo respectivamente y una en La Voz de Galicia.

Si es una evidencia que no existe todavía un tratamiento eficiente para la curación del SIDA, también lo es que la industria farmacéutica continuamente comercializa medicamentos con cada vez menos efectos secundarios. Cabe la posibilidad de que la escasa incidencia de informaciones sobre el tratamiento en prensa esté relacionada con las pocas novedades significativas sobre el mismo. No obstante, sorprende que en 1996, año en el que se empieza a aplicar en España la terapia antirretrovial de gran eficacia[1] , la panacea hasta el momento en tratamiento para los defensores de la visón vírica del VIH, solo se haga eco La Vanguardia y El ABC de la noticia. El Mundo y la Voz de Galicia se hacen eco al año siguiente y El País en ninguno de estos dos años. Tampoco se refleja nada relacionado con los tratamientos de la hipótesis no vírica del VIH.

[1] TAAE en castellano, HAART en inglés.

"ANDALUCÍA INVESTIGARA EL USO TERAPÉUTCIO DEL HACHÍS PARA ENFERMOS DE SIDA, CANCER Y ASMA"

"(...) Hachís, una droga usada por los asirios como fármaco en el siglo VII antes de Cristo, incluída en el Herbario de Dioscorides (año 60 a.c) y que la medicina occidental usó durante 2000 años. (...) La investigación intentaría confirmar estudios realizados en Holanda, EE.UU o Reino Unido sobre el uso del cáñamo y sus derivados en terapias del dolor como antiemético (antináuseas) y como estimulante del apetito en enfermos de cáncer sometidos a quimioterapia y en pacientes de sida (...) El informe agrega que el hecho de que no se hayan separado loes efectos terapéuticos de las propiedades psicoactivas, no siempre deseadas por el enfermo, no desvirtúa lo dicho, porque lo mismo ocurre con sustancias como la morfina (tratamiento del dolor), la cocaína (anestésico local) o las anfetaminas."

El PAÍS, miércoles 1 de diciembre de 1999 (sociedad)

Este artículo refleja como ante la escasez de tratamiento eficiente contra el SIDA se apuesta por investigar medidas paliativas.

"LOS GALLEGOS ENFERMOS DE SIDA QUE HAN MUERTO TENÍAN TUBERCULOSIS O NEUMONÍA"

"(...) Emilio Barrio, catedrático de Universidad e investigador del SIDA en el hospital Xeral de Galicia, señala que hasta ahora, las infecciones provocadas por tuberculosis o neumonía han causado la mayoría de las muertesde los gallegos que sufrieron sida. "Puede retrasarse el fallecimiento bastante –dice barrio- porque disponemos de fármacos eficaces contra dichas infecciones; y además usamos normalmente la zidovudina, el único medicamento que retrasa el desarrollo del sida. (...) El tratamiento antivírico – agrega Emilio Barrio- tiene el inconveniente de que nunca puede ser radicalmente curativo. Porque el virus está dentro de la célula. Y o se destruye la célula o no se destruye el virus.(...)"

LA VOZ DE GALICIA, viernes 1 de diciembre de 1989 (Galicia)

Este artículo no solo toma como referencia los tratamientos para curar el SIDA sino también los tratamientos contra las enfermedades oportunistas como una manera de luchar ante la enfermedad.

5. Solidaridad

Todas y cada una de las manifestaciones e iniciativas solidarias que se han ido fraguando y han sido registradas durante este período de tiempo, por parte de los agentes sociales, políticos, artistas y particulares. Fundamentalmente destacan las iniciativas llevadas a cabo por personas dedicadas al mundo de la cultura y el arte. El Mundo es el diario que más publica estas iniciativas, con ocho, El País con cinco, La Vanguardia y La Voz de Galicia con cuatro y el ABC con tres. Coinciden los diarios en publicar estas muestras de solidaridad en los primeros años de la serie histórica estudiada, quizá los años en los que más rechazo por ignorancia podría existir en la opinión pública.

"EL SIDA TAMBIÉN TIENE UN LADO BELLO"

El escultor Pepe Espaliú saca hoy la enfermedad a las calles de Madrid.

"(...) El sida como el sol o l mar, qu etambién son destructivos, tiene su lado bello, la belleza de la solidaridad.(...)De brazo a brazo. Este trayecto –explica Pepe Expaliú- lo hemos dividido en segmentos iguales. Cada segmento será recorrido por una pareja portando en sus brazos a un enfermo de SIDA, a un enfermo que en este caso soy yo mismo. Iré con los pies descalzos; me irán pasando de unos a otros sin que en ningún momento toque el suelo. Cuando lleguemos al Centro de Arte Reina Sofía que es un antiguo hospital de deshauciados,, tocaremos las puertas y se abrirán de par en par. Todo esto tiene, lógicamente un alto contenido histórico

EL MUNDO, martes 1 de diciembre de 1992 (cultura)

Este artículo no solo muestra la solidaridad de los artistas con los afectados del SIDA, muestra la solidaridad del arte.

6. Movimiento ciudadano

Todas aquellas asociaciones de afectados, comités antisida, ONGs que manifiestan sus reivindicaciones y críticas a los poderes públicos y a los organismos nacionales e internacionales competentes en la materia. Como puede ser el caso de la solicitud de declaración de enfermedad laboral, de enfermedad crónica, el alegato constante al respeto a los Derechos Humanos, denuncias por

negligencia o negación de atención médica y por escasez de medios, denuncias contra el negocio de la industria farmacéutica. Destaca la ausencia de noticias, iniciativas o críticas llevabas a cabo por los colectivos sociales que conforman el movimiento ciudadano en el diario ABC, no se publica ninguna en los diecinueve años estudiados. El Mundo y La Voz de Galicia publican seis, El País cinco y La Vanguardia tres.

Repasando la historia de los acontecimientos y movilizaciones de los Comités Antisida principalmente, y de las ONG con las denuncias fundamentalmente relacionadas con la epidemia en los países empobrecidos, sorprende la poca incidencia de estas noticias en prensa y la negación de las mismas como noticia en el diario ABC.

"LA CARA AMABLE DEL VIH"

Francisca Martín. Desde la Mesa Más+Madrid combate esta enfermedad durante todo el año. No solo en el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, que se celebra hoy.

"(...) En 2000 constituyó la Mesa Más+Madrid, una organización que integra a 14 asociaciones que luchan durante todo el año contra el VIH. Universida, GID, Médicos del Mundo, el Colectivo para la Integración de Enfermos de SIDA, el colectivo San Blas, Cogam, el Grupo Fénix, Apoyo Positivo, Seropositivas, Fundación Triángulo y A+mas son algunas de las entidades integrantes. "Nuestros objetivos son la defensa de los derechos políticos de los infectados, la no marginación y discriminación en pro de la legalidad social y el asesoramiento, defensa y promoción de las entidades miembro para la realización de iniciativas de defensa e integración socio laboral de los afectados. (...)"

EL MUNDO, lunes 1 de diciembre de 2003 (ciencia)

Este artículo muestra el dinamismo de la sociedad civil en la lucha contra el SIDA, al ser posible la creación de mesas de trabajo asociativo.

"VÍCTIMAS POR PARTIDA DOBLE"

"(...) La reacción del doctor Carlos Cendoya, del Comité Ciudadano de Lucha Contra el Sida, ilustra este escepticismo. "No solo estamos en contra del Show que organizan para celebrar el día contra el sida, sino que denunciamos el que se gasten en campañas de imagen un dinero que resultaría fundamental para construir las residencias que necesitamos para atender a los enfermos". Escéptico e indignado, Cendoya asegura, enfático, que "el día del sida son todos los días del año, no solamente el uno de diciembre" (...)"

LA VANGUARDIA, jueves 1 de diciembre de 1988 (Sociedad)

Este artículo refleja la denuncia y crítica a las Instituciones Públicas, por parte del movimiento asociativo de afectados del SIDA.

7. Ciencia

Esta categoría agrupa todas aquellas noticias, informaciones y opiniones que tienen como protagonistas a científicos, o que explicitan el estado actual de la ciencia en esta materia recogiendo la crónica de investigación científica al respecto. Asimismo, se registran los eventos científicos sobre SIDA de los que se hacen referencia. Es el caso de la investigación sobre las causas de la pandemia, prevención, tratamiento, investigación de vacunas y ensayos clínicos, así como limitaciones de la misma ciencia, entre otros. El diario El Mundo es el que más se compromete a la difusión científica con 10 referencias, muy por encima de los demás: ABC y El País con 5, La Vanguardia con 3 y La Voz de Galicia con dos.

Destaca la única inclusión de una noticia breve disidente de la postura oficial de la ciencia, que hace referencia a la implicación del Dr. Kary Mullis, Premio Nobel de Química por el descubrimiento de la PCR[2], con la hipótesis no vírica del VIH. Noticia breve publicada en 1993 por el diario La Vanguardia.

[2] PCR, Cadena de la Polimesada. Tecnología, entre otras utilidades, usada para medir la carga viral (VIH) en sangre y establecer el diagnóstico subsiguiente de "caso SIDA". Utilidad que el propio descubridor descarta como científica.

"NO FUE DIFÍCIL DIAGNOSTICAR EL PRIMER CASO"

Antonio García Pérez. Catedrático emérito de dermatología**.**

"El enigma de la habitación 316. Así fue denominado en el hospital de la Universidad de California en Los Angeles (UCLA), en octubre de 1980, el que más tarde sería considerado el primer caso de sida aparecido en el mundo. Apenas dos años después el Dr. Antonio García Pérez , entonces Catedrático de dermatología de la Universidad Complutense de Madrid, diagnosticó a un enfermo de Sarcoma de Kaposi, al que se le incluyó en la categoría de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, nombre que acababa de acuñar el Centro para el Control de las Enfermedades Infecciosas (CDC) de Atlanta en en EE.UU. García Pérez recuerda que ahora "que ***en 1982 no fue difícil diagnosticar a aquel paciente como el primer caso de sida en España, pues ya se disponían de suficientes datos para definir la enfermedad"****(...).*

EL PAÍS, jueves 1 de diciembre de 1994 (sociedad)

Este artículo recuerda la historia del SIDA en España.

"LA GUERRA DEL PRESTIGIO CIENTÍFICO"

"Durante 1991 hemos asistido a la penúltima batalla de "La Guerra del VIH" que enfrenta a los co-descubridores del virus del SIDA, el francés Luc Montagnier y el estadounidense Robert Gallo, a las instituciones para las que trabajas e incluso a sus respectivos países.(...) En 1983, Montagnier y su equipo del Instituto Pasteur de Paris aislaron el agente causante del SIDA: un virus extraído de un enfermo llamado Federic Brugieres, al que denominó virus de la linfoadenopatía (LAV). Simultáneamente en EE.UU.,Robert Gallo, del Instituto Nacional de Salud, trabajaba con los virus causantes de la leucemia, los primeros retrovirus conocidos, llamados globalmente HTLV. En 1984 anunció el descubrimiento de virus del SIDA, al que llamó HIB.

Hasta 1985 ambos equipos aislaron diversos cultivos del virus y demostraron su relación con el SIDA. Este año publicaron secuencias genéticas de los virus respectivos (que ahora conocemos como HIV): ambas eran casi idénticas. Esto sorprendió a los especialistas. Una de las características del VIH es su rápida mutación. En general en dos muestras tomadas al azar un 15% del material genético es distinto. El LAV y el HIB solo se diferencian en un 2%. Esto podría haberse tomado como un capricho de la Ley de las Probabilidades de no haber enviado el Instituto Pasteur cinco muestras de su cultivo a Gallo en 1983.Inmediatamente se levantaron sospechas de que este había usado el cultivo francés en su investigación. El norteamericano lo negó pero en los años siguientes, se sucedieron los reproches y acusaciones veladas. El asunto se complicó cuando Gallo patentó una prueba para detentar anticuerpos en la sangre, basado en el HIB.

Finalmente el Instituto Pasteur de Paris llevó a los tribunales al centro estadounidense, alegando que la prueba se había obtenido a partir de uno de sus cultivos. En 1987 con la intervención de los gobiernos, francés y norteamericano, se llegó a un acuerdo amistoso. Montagnier y Gallo acordaron la co-paternidad del descubrimiento y el reparto al 50% de los beneficios de la patente. Sin embargo, la duda persistía.¿había ocurrido una contaminación accidental en el laboratorio de Gallo o este se había apropiado del virus?. En junio pasado Gallo se rindió y admitió que HIB provenía del Instituto de París. Montagnier manifestó que esto finaliza la parte científica de la controversia" pero abre la posibilidad de la revisión del acuerdo de 1987. Aunque la mayoría de los beneficios del pacto van a parar a fundaciones para la investigación del SIDA, Gallo recibe entorno a los 100.000 dólares en concepto de "royalties".

EL MUNDO, domingo 1 de diciembre de 1991 (opinión)

Este artículo narra un episodio de historia de la ciencia, o más concretamente de la política y la ética en la ciencia. Es la historia de una controversia científica sobre el descubridor del virus del SIDA, es la historia de la lucha por el poder de dos Estados, en el ranking de investigación y la lucha por los

royalties de la patente. Es la única información que aparece al respecto en todos los diarios estudiados. Y sorprende su ubicación en la sección de opinión. Se presta poca atención mediática a la historia científica del hecho, siendo más mediática su historia social.

"HAY QUE HACER FÁRMACOS MAS TOLERABLES"
Douglas Richman. Virólogo.

"(...) la terapia triple contra el virus, con la que se han obtenido buenos resultados, marca el camino a seguir, pero sin obviar otras alternativas. (...) ***¿El éxito de esta terapia descarta la investigación en fórmulas alternativas? De entrada, no. Estamos ante un oponente muy inteligente y no podemos descartar otros caminos. No debemos olvidar que, hoy por hoy, no es posible erradicar el VIH y, por otra parte, que este tipo de terapia no es aplicable a países en desarrollo debido a su alto precio.*** *(...) En tres o cuatro años no va a haber nada. Esperemos que en una década empiece a ser una realidad"*

EL PAÍS, lunes 1 de diciembre de 1997 (sociedad)

Después de que apareciera la terapia antirretroviral de última generación, la lógica, no siempre habitual, sería seguir investigando para mejorar la calidad de vida del paciente, no cerrando posibilidades. Así lo manifiesta la apertura de este artículo.

"ACTUALMENTE SE ENSAYAN EN EL MUNDO 20 PROTOTIPOS DE VACUNA CONTRA EL SIDA"

"(...) La búsqueda de una vacuna contra el SIDA, una pandemia que afecta a 40 millones de personas se ha convertido en uno de los grandes retos científicos. (...) José Esparza, el responsable de la investigación sobre sida en la OMS insiste en que "hay que estimular a la industria para que invierte en este terreno" aún cuando la vacuna sea menos rentable que los fármacos, porque solo se requiere una dosis por persona, mientras que las medicinas se consumen durante años (...)

EL MUNDO, lunes 1 de diciembre de 2003 (ciencia)

De nuevo los científicos buscan una mejor calidad de vida e instan a los laboratorios a que no prime el interés comercial sobre el interés humano. La ciencia se une con la crítica y reivindicación.

8. Relación del SIDA con marginación y pobreza

Es evidente que la epidemiología nos lleva la atención a aquellos lugares donde existe una mayor concentración de infecciones y casos clínicos de la enfermedad. Zonas caracterizadas por bajos índices de desarrollo humano, según constatan los Informes del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, en ocasiones de extrema pobreza y mínimas oportunidades vitales para modificar su situación, donde la falta de higiene y salud pública son cómplices de la prevalencia de esta y otras enfermedades. Zonas condenadas a una dependencia económica de los países de renta alta y con pocas posibilidades de independencia consecuencia de su alta deuda externa y sus economías orientadas a la exportación, tal y como Wallerstein argumenta al analizar el desarrollo de los países en su llamada teoría de la dependencia. Asimismo, también la epidemiología en los países enriquecidos destaca situaciones de exclusión que conviven con prácticas de riesgo, como puede ser el caso del consumo de drogas. El Mundo es el diario que más referencia hace a esta categoría, con siete artículos, seguido del ABC con cuatro. Destaca El País con ninguna referencia y La Vanguardia y La Voz de Galicia con solo una.

Vista la gravedad de esta pandemia, especialmente en algunos de los países empobrecidos y a veces catalogada de catástrofe humanitaria, los siete artículos de El Mundo objetivamente parecerían escasos, aún quedando sobredimensionados al observar la inexistente incidencia en los demás medios. Es sorprendente esta falta de realidad, teniendo en cuenta que en la categoría de epidemiología tampoco se recogen apenas referencias a este aspecto. No se hace tampoco ninguna referencia a incidencia de la desnutrición en la destrucción del sistema inmunológico y el subsiguiente acceso a enfermedades oportunistas. Tampoco se hace referencia a los métodos diagnósticos diferenciados en África, como es el caso Bangui.

"LA MITAD DE LOS HABITANTES DE LOS POBLADOS MARGINALES SON SEROPOSITIVOS"

"(...) En los poblados marginales como la Rosilla y Las Barranquillas la mitad de la población tiene anticuerpos, señala Jorge Gutiérrez, presidente de la asociación Madrid Positivo. Este médico trabaja en el Centro de Emergencias.(...) En las Barranquillas, en mitad del barrizal, el pan nuestro de cada día: jeringuillas con restos de sangre, el trasiego de personas en busca de una dosis para aplacar el mono y "chutes" en cualquier lugar (...)"

ABC, viernes 1 de diciembre de 2000 (Madrid)

"SIN FÁRMACOS, SIN MEDIOS Y SIN PERSONAL ESPECIALIZADO"

"(...) En Mozambique no hay fármacos para l ainfección, no se realiza laprueba para detectar el virus y en caso de querer hacerlo no se dispone ni de fármacos ni de medios suficientes para realizarlas en las condiciones que impone ONU-SIDA. (...) La principal preocupación de los seropositivos africanos no es el SIDA sino el hambre, según el científico belga Peter Piot (...)"

EL MUNDO, sábado 1 de diciembre de 2001 (Medicina)

Ambas noticias hacen referencia a la relación existente entre el SIDA y la marginación y pobreza. Una de ellas ilustra la problemática del Tercer Mundo y la otra la del Cuarto Mundo.

9. Catastrofismo

En algunas ocasiones se hace referencia al VIH/SIDA con carácter de desastre, desgracia, ruina, infortunio, en especial para las poblaciones más afectadas que son a su vez las más empobrecidas. Esta visión dramática de la noticia en ocasiones lo que consigue es trasladar la tragedia de lo que puede ser una enfermedad no controlada, a los países y poblaciones de referencia, a sus gentes, quienes quedan estigmatizados como siniestrados y devastados en general, sin apenas esperanza, como si solo el SIDA fuera su distintivo. En ocasiones acusados de sus tradiciones y cultura propia como únicos responsables de la propagación de la epidemia. Un ejemplo es África. Aparecen mediáticamente como condenados al infortunio y con pocas posibilidades de revertir el proceso, y donde los países enriquecidos solo pueden ofrecer su solidaridad, sin tener nada ellos que ver en la tragedia. El Mundo presenta esta visión en tres ocasiones, dos ABC y La Voz de Galicia, una El País y en ninguno de los artículos lo hace La Vanguardia. Siempre haciendo referencia en las noticias al continente africano a excepción de un artículo de opinión en El Mundo que con un título destinado a los jóvenes, repleto de adjetivos exagerados de alarma.

"LOS JÓVENES ANTE EL SIDA"

Juan Manuel Moreno Bonilla

"(...) Desde el descubrimiento del virus hasta su posterior confirmación como arma ***letal para todos*** *sin excepción, las cifras de hombres, mujeres y niños que minuto a minuto van quedando infectados por la inmunodeficiencia humana (VIH), continúa aumentando* ***desenfrenadamente*** *de forma ya* ***no preocupante sino alarmante*** *(...)"*

EL MUNDO, lunes 1 de diciembre de 1997 (opinión)

Este artículo muestra el catastrofismo a través de una adjetivación rotunda y profética que genera alarma.

"EL SIDA NUESTRO DE CADA DÍA"

"(...) El número de portadores de VIH en todo el mundo se estima cercano a los doce millones de personas de las cuales unos dos millones han desarrollado ya la enfermedad. La cifra de seropositivos rondará los cien millones para el año 2000, el 90% de ellos en el Tercer Mundo. (...)"

EL MUNDO, martes 1 de diciembre de 1992 (opinión)

La cifra de seropositivos proyectada para 2000 es alarmante y desproporcionada, tal y como lo demuestran las estadísticas de 2000, que cifraban el dato en 30 millones.

"EL BANCO MUNDIAL ADVIERTE SOBRE LAS GRAVES CONSECUENCIAS ECONÓMICAS SOBRE LA EPIDEMIA". En el Tercer Mundo, ingresar a un niño cuesta el sueldo familiar de tres meses.

"El Banco Mundial*, la gran institución financiera internacional para los países en vías de desarrollo****, ha insistido esta semana desde su sede en Washington, que el sida además de una tragedia humana, se ha convertido ya en una seria amenaza económica para el Tercer Mundo.*** *La institución ha anunciado una nueva campaña de préstamos para intentar detener los catastróficos efectos de la epidemia, especialmente extendida en Africa sub-sahariana.(...) Dentro de los estudios sobre la relación sida-subdesarrollo, se suelen citar los siguientes ejemplos mejor documentados: Tanzania perderá 14.460 maestros en los próximos quince años, todos víctimas del sida; los ferrocarriles e Uganda han perdido por la enfermedad el 15% de los empleados en plantilla y con más formación; En Tailandia la epidemia se ha cebado con los camioneros, hasta el punto de encarecer sustancialmente el transporte por carretera. En este país asiático se estima que un 4,2% de la población laborar está infectada por el virus que causa el sida.* ***(...) Además de estos casos los expertos del Banco Mundial han destacado que el sida también representa una catástrofe en las economías familiares del Tercer Mundo.*** *Por ejemplo, el precio medio para internar a un niño con sida en Zaire es de unas 12.000 pesetas, cantidad que resulta tres veces superior a los ingresos por mes habituales de una familia de Kinshasa (...).*

ABC, jueves 1 de diciembre de 1994 (sanidad)

Nos encontramos ante un artículo de catastrofismo institucional. Una Institución Internacional genera alarma social, haciendo referencia a una supuesta "nueva" catástrofe, humana, social y económica, consecuencia del SIDA, sin mencionar otros aspectos ya existentes antes de la pandemia que tenían ya condenados al Tercer Mundo a la misma tragedia. Sorprende que el artículo aparezca en la sección "sanidad", cuando no hace referencias a cuestiones sanitarias, más allá que la referencia a la enfermedad.

10. Abordaje del lema anual de la campaña internacional

Otra de las categorías de análisis está relacionada con el seguimiento de las Campañas y los lemas que la Organización Mundial de la Salud propone para este 1 de diciembre, Día Mundial del SIDA y que han sido diferentes en cada año, a excepción del último identificará la campaña entre el año 2001 al 2010. El ABC es el diario que más años hace referencia al lema correspondiente, cinco. La Voz de Galicia un año y el resto de los diarios analizados, dos.

Al tratarse de los lemas internacionales propuestos por la OMS, con una labor educativa, sorprende el poco traslado a la opinión pública que los medios escritos seleccionados pretenden.

LEMAS 1 DICIEMBRE-DÍA MUNDIAL DEL SIDA (OMS)

1988 - El sida y los jóvenes
1989 - Las mujeres y el sida
1990 - Hablemos del sida
1991 - Unamos nuestras fuerzas
1992 - El sida, un compromiso de toda la comunidad
1993 - Sida, es hora de actuar
1994 - Sida y familia
1995 - Sida: Derechos y deberes compartidos
1996 - Sida: Unidos en la esperanza
1997 - Los niños en un mundo con sida
1998 - La fuerza para cambiar. Con los jóvenes en campaña contra el sida
1999 - Escucha, aprende y vive
2000 - Los hombres contra el sida
2001 - A mi me importa…y a ti?
2001-2010 - Detén el SIDA. Mantén la promesa

11. Efectos sociales y Discriminación

El SIDA como síndrome social y sus efectos en la comunidad, fundamentalmente en lo que se refiere a la discriminación que sufren sus víctima: laboral, de salud, social, es tratado en cuatro ocasiones en El Mundo, dos en ABC, La Vanguardia y La Voz de Galicia y tres en El País.

"USOS Y ABUSOS"

"*El sida se ha convertido en un tema estrella, en la enfermedad de moda.* ***Se está llegando a una situación en la que empieza a haber más gente viviendo del sida que muriendo de sida****. Así lo manifestó ayer Blas Momprade, del Comité Ciudadano Antisida de Madrid.. (...) .La Sociedad Española para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual también quiere alertar para "los que viven del sida, que son ejércitos de habladores, prometedores, con grandes ideas, autoproclamados investigadores para hacer Fundaciones, Sociedades, Planes nacionales, regionales, locales... específicos del sida".*

El País, miércoles 1 de diciembre de 1993 (sociedad)

Teniendo en cuenta la denuncia continuada de las Organizaciones en defensa de los Derechos Humanos en el mundo y el Informe que sacó a la luz la Fundación para la Prevención del SIDA en España (FIPSE) en 2005[3], parece ser un tema lo suficientemente preocupante como para merecer una mayor atención de los medios de comunicación. Sorprende su ausencia.

"LOS APESTADOS DEL SIGLO XX. Los colegios, las empresas y los hospitales siguen discriminando a los afectados"

(...) ***EN LAS CÁRCELES...Según el presidente de la Federación de Comités y Comisiones de Ciudadanos anti-SIDA, Peio Lopez de Munain, "en España mueren cinco reclusos al mes a causa del SIDA. Acusa a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de ocultar los datos reales de la situación de las cárceles españolass en relación con esta enfermedad****. (...)* ***En muchas cárceles, los presos afectados no reciben ningún tratamiento especial****. Según la Federación, "un ejemplo de ello es la cárcel de Nanclares de la Oca, en Alava, en la que hay en estos momentos seis presos afectados por el virus que tan solo reciben asistencia médica para la enfermedad asociada, una tuberculosis o hepatitis que acaba siendo la causa última de la muerte" (...)"*

EL MUNDO, viernes 1 de diciembre de 1898

[3] Estudio Fipse sobre la discriminaión arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA, elaborado por el Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid con la colaboración de Cruz Roja Española y financiado por: Ministerio de Sanidad y Consumo, y los laboratorios: Abbott, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GILEAD, GlaxoSmithKine, MSD y Roche.

12. Publicidad

Existen páginas en los diarios dedicadas a la propaganda o publicidad. La primera hace referencia a la difusión de una idea con fines ideológicos y la segunda a la difusión de una idea con fines comerciales. Tanto una como otra se reflejan en algunos de los anuncios emitidos en los diarios. Así se difunden campañas de prevención y sensibilización y de publicitación de la Industria Farmacéutica como ocurre en este caso en El Mundo y La Vanguardia. En general se encuentran cuatro anuncios en El Mundo y en La Voz de Galicia, tres en ABC y El País y dos en La Vanguardia.

Parece que se aprovecha poco un medio tan generalizado como es la prensa diaria para difundir carteles de campañas de prevención, tal y como se comentaba anteriormente en la categoría "prevención".

13. Abordaje crítico

La prensa española en general se presenta poco crítica con las situaciones que presenta, teniendo en cuenta que su supervivencia depende de multinacionales que la financian y cuyos intereses no deberían verse perjudicados. Pocas son las iniciativas críticas al respecto, que suelen ser poco leídas al tener también poco presupuesto para su difusión.[4] Aún así y todo, La Vanguadia destaca con tres noticias, entre ellas la anteriormente mencionada del Premio Nobel de Química que no convive con la hipótesis oficial vírica del SIDA, a la que critica, alineándose a la hipótesis tóxiconutricional. Única vez en todo el análisis de diecinueve Días Mundiales del SIDA, en cinco diarios en la que se hace referencia a esta hipótesis. El País registra dos artículos de abordaje crítico y ABC y La Voz de Galicia no registran ninguno. Destaca El Mundo en esta ocasión por atribuirse cuatro artículos de carácter crítico, al así hacer referencia en el título o en su interior, pero que analizado su contenido hace referencia a un crítica algo maniquea.

[4] Al respecto cabe destacar el período DIAGONAL, véase: www.diagonalperiodico.net

"EL BANCO MUNDIAL ADVIERTE SOBRE LAS GRAVES CONSECUENCIAS ECONÓMICAS SOBRE LA EPIDEMIA". En el Tercer Mundo, ingresar a un niño cuesta el sueldo familiar de tres meses.

"El Banco Mundial*, la gran institución financiera internacional para los países en vías de desarrollo****, ha insistido esta semana desde su sede en Washington, que el sida además de una tragedia humana, se ha convertido ya en una seria amenaza económica para el Tercer Mundo.*** *La institución ha anunciado una nueva campaña de préstamos para intentar detener los catastróficos efectos de la epidemia, especialmente extendida en Africa sub-sahariana.(...) Dentro de los estudios sobre la relación sida-subdesarrollo, se suelen citar los siguientes ejemplos mejor documentados: Tanzania perderá 14.460 maestros en los próximos quince años, todos víctimas del sida; los ferrocarriles e Uganda han perdido por la enfermedad el 15% de los empleados en plantilla y con más formación; En Tailandia la epidemia se ha cebado con los camioneros, hasta el punto de encarecer sustancialmente el transporte por carretera. En este país asiático se estima que un 4,2% de la población laborar está infectada por el virus que causa el sida.* ***(...) Además de estos casos los expertos del Banco Mundial han destacado que el sida también representa una catástrofe en las economías familiares del Tercer Mundo.*** *Por ejemplo, el precio medio para internar a un niño con sida en Zaire es de unas 12.000 pesetas, cantidad que resulta tres veces superior a los ingresos por mes habituales de una familia de Kinshasa (...).*

ABC, jueves 1 de diciembre de 1994 (sanidad)

Nos encontramos ante un artículo de catastrofismo institucional. Una Institución Internacional genera alarma social, haciendo referencia a una supuesta "nueva" catástrofe, humana, social y económica, consecuencia del SIDA, sin mencionar otros aspectos ya existentes antes de la pandemia que tenían ya condenados al Tercer Mundo a la misma tragedia. Sorprende que el artículo aparezca en la sección "sanidad", cuando no hace referencias a cuestiones sanitarias, más allá que la referencia a la enfermedad.

"UN DÍA QUE UNE A TODOS ANTE LA ENFERMEDAD"

"(...) Nobel. Kary Mullis, **premio Nobel de Química de 1993, se sumó a la corta lista de científicos que consideran que no se ha probado la relación entre el virus del sida y esta enfermedad**. *(...)*

LA VANGUARDIA, miércoles 1 de diciembre de 1993 revista

Única alusión a la hipótesis del SIDA en todo el histórico analizado. Hace referencia a una personalidad que la apoya. No explica la hipótesis.

"UN VIRUS QUE GENERA NEGOCIOS DE MUCHOS MILES DE MILLONES"

"(...) Es fácil imaginar ***el volumen económico que genera una vacuna,*** *por ejemplo,* ***que por las características de la enfermedad podría ser de aplicación universal en unos cinco mil millones de dosis. Si debieran aplicarse sucesivas inoculaciones, como ocurre con otras vacunas, las cifras adquieren dimensiones difíciles de imaginar****. Esta cifra-recompensa tan solo en EE.UU se cifra en mil millones de pesetas.*

*También y puesto que hasta la fecha las medidas más efectivas para limitar la expansión del sida pasan por la prevención (de la que el uso de preservativos es elemento esencial****), las cifras de ventas de este profiláctico experimentaron un espectacular crecimiento. Así la empresa neoyorquina Carter Wallace, fabricante de preservativos, incrementó su cotización en bolsa de 57,5 dólares a 151 dólares tan solo en doce meses, y sus previsiones son duplicar la cifra de negocio en 1990.*** *De forma* ***similar la británica London International, considerada empresa líder mundial del sector, duplicó su cotización bursátil, estimándose el incremento de sus beneficios entre un 25 y un 30 por ciento,*** *en este campo de la contracepción"*

LA VANGUARDIA, jueves 1 de diciembre de 1988 (sociedad)

De nuevo aparece un artículo de crítica hacia los laboratorios y empresas que se están enriqueciendo desde la aparición de la pandemia a través de la comercialización de sus productos, de obligado uso. En relación a los intereses económicos que depararía una vacuna existen visiones contrapuestas: la de este artículo que ve el negocio con las vacunas y la de los que piensan que los medicamentos son más, más dosis y prolongados en el tiempo, si no crónicos.

14. Testimonios

Una manera atractiva de acercar un tema a la opinión pública es a través de los testimonios de sus afectados más directos. En ocasiones generan en el lector una curiosidad morbosa y en otras le completan su punto de vista al respecto. La limitación de los testimonios está en que en algunas

ocasiones el lector generaliza las experiencias limitando la realidad del asunto. El diario El Mundo registra 6 testimonios de afectados por el VIH/SIDA, cuatro La Vanguardia y El País y un EL ABC.

Todos estos testimonios presentan la homologación de la hipótesis oficial vírica, al cumplir con el perfil de persona con alguna de las prácticas de riesgo y obediente consumidor de los tratamientos antirretrovirales. No se refleja ningún testimonio de persona afectada que haya decidido no seguir los tratamientos convencionales o que considere la hipótesis no vírica del SIDA.

"DERROTAR AL VIH POR LA VÍA DE LA ESPERANZA"

"(...) Lo peor para los tres es la visita al médico cada cuatro meses. Es el "examen" que tiene que pasar, el momento de la verdad donde su lucha contra la verdad no admite engaños. "Una semana antes ya estás inquieto, pendiente de saber si los linfocitos suben o bajan –afirma José-. Los médicos y científicos dirigen esta batalla. Nosotros somos la carne de cañón que mandan para el frente. Y yo todavía confío en que, todos juntos, derrotaremos algún día a ese enemigo."

EL MUNDO, domingo 1 de diciembre de 1996 (Madrid)

Entre los diferentes testimonios recopilados, llama la atención el apuntado por cómo se vive la semana previa a la analítica. El estado de estrés es total, lo que está demostrado científicamente que reduce el nivel de defensas en el organismo. En este estado es lógico un descenso de CD4.

Conclusiones:

1. Los datos epidemiológicos de la enfermedad no parecen ser noticia de tal nivel como para ser publicados en *el día mundial del SIDA* con asiduidad. Más si cabe que es una información proporcionada por un organismo internacional a todas las agencias de prensa y por lo tanto es un dato fácil de conseguir. Se podría deducir de lo anterior que se le otorga más el carácter de epidemia social que biológica.

2. Se dedica poco espacio mediático a las decisiones capaces de transformar o construir la realidad, es decir, las decisiones políticas e institucionales. Los diarios parece que pretenden

difundir la verdad construida con carácter poco dinámico, ya que las decisiones de este tipo que se publican son acordes al poder establecido.

3. La incidencia de informaciones sobre prevención es muy baja, lo que hacer desaprovechar una excelente ocasión para la difusión de medidas que prevengan el acceso a la enfermedad.

4. Se hace alusión en los diarios en muy pocas ocasiones, al tratamiento del SIDA, ni siquiera en 1996 o 1997 con la terapia antirretroviral de gran actividad en activo. Algo que sorprende bastante cuando esta terapia fue el pistoletazo oficial para cronificar institucionalmente la enfermedad.

5. Las informaciones aparecidas en el día mundial del SIDA en todos los diarios estudiados, referentes a etiología, prevención y tratamiento, son informaciones exclusivamente enfocadas desde la hipótesis vírica.

6. Existe una incidencia media de las noticias relacionadas con la solidaridad ante este problema, principalmente ubicadas en los primeros años de la serie histórica analizada que coincide con los de más rechazo, fundamentalmente por ignorancia, que existían en la opinión pública.

7. La incidencia de noticias relacionadas con acontecimientos y movilizaciones de los Comités Antisida y ONG con demandas fundamentalmente relacionadas con la epidemia, son escasas en la mayoría de los diarios seleccionados. Destaca la negación de tales noticias por parte del diario ABC, es probable que en consonancia con su línea ideológica conservadora.

8. Excepto el diario El Mundo con alta incidencia de noticias de ciencia, los demás diarios publican pocas. Destaca solo una noticia en dieciocho años relacionada con la posición disidente, dentro del apartado “noticias breves” y era noticia porque se trataba de la opinión de un Premio Nobel.

9. Apenas aparecen informaciones que relacionen el SIDA con la marginación y la pobreza, excepto el diario El Mundo. Teniendo en cuenta que los artículos de epidemiología también eran escasos, sorprende la falta de realidad.

10. No aparecen apenas referencias de la influencia de la desnutrición en la destrucción del sistema inmunológico que daría acceso a las enfermedades oportunistas y tampoco a los métodos de diagnostico diferenciado, como es el "caso Bangui".

11. No se observan muchas noticias catastróficas, las pocas que aparecen, eso sí, hacen referencia al continente africano, excepto en una ocasión que se hace a los jóvenes.

12. En pocos años se hace referencia a lema anual de la campaña internacional, algo que sorprende al ser informaciones que facilitan las agencias de prensa, y ser noticia por su novedad anual.

13. El tema de la discriminación que sufren los afectados por VIH/SIDA es abordado con una incidencia media. Hay que destacar que el ni siquiera se hace referencia a un informe FIPSE sobre discriminación financiado por el Ministerio de Sanidad y consumo y un conjunto importante de farmacéuticas.

14. La publicidad relacionada que aparece entre las informaciones versa sobre campañas de prevención y sobre la Industria Farmacéutica.

15. La prensa española en general y el histórico estudiado en particular, se presenta poco crítica con las situaciones que presenta, teniendo en cuenta que su supervivencia de pende de multinacionales que la financian, cuyos intereses no deberían ser perjudicados.

16. Los pocos testimonios que aparecen de personas afectadas, están en la lógica modélica de la hipótesis vírica del SIDA. Así, no aparecen testimonios de personas que decidan prescindir del tratamiento o que aborden sus efectos secundarios.

1.2 Debate abierto en Diario 16

Entre el 16 de marzo de 1997 y el 16 de septiembre del mismo años se sucedieron en Diario 16 una serie de artículos fundamentalmente firmados por Lluis Botinas, presidente entonces de la Asociación *C.O.B.R.A* (Centro Oncológico y Biológico de Investigación Aplicada), hoy presidente de *PLURAL-21* (Asociación para el cuidado de la vida en un planeta vivo). Fue la primera vez en el mundo en que un diario se terciara a publicar las tesis y críticas de la versión que disiente del SIDA vírico. En estos artículos se informaba con un estilo divulgativo sobre los agujeros negros y dudas que suscitaba la hipótesis vírica y oficial del SIDA, desde un enfoque crítico. Sus títulos son los siguientes: *"El SIDA no es viral", "Desmontar el SIDA", "Falso SIDA", "Censura sobre el tema", "El SIDA no es viral", "Sencillamente, las pruebas", "VIH, ¿el último aniversario?", "¿Cuáles dos bandos", "¿Más heterosexuales? ¿Más mujeres?", "Estefan Lanka, virólogo: "El SIDA no existe", "¿Existe el VIH?", "¿Quién es el Dr. Gallo?, "¿Qué es el SIDA'", "SIDA con o sin VIH", "Heinrich Kremer: «Los fármacos actuales matan a lospacientes»", "SIDA: Un invento?", "Difusión internacional", "Etiquetado sano", Médico y seropositivo", "Falsa carga viral", "Prueba inútil", "Asesinato premeditado", "Transmisión sexual", "Cócteles asesinos", "¿Por qué los cócteles son tendencialmente asesinos?, "Cócteles asesinos (3)", "La validez".*

Los últimos dos artículos presentados ya no fueron publicados, el director del diario Juan Tomás de Salas dimitió de su cargo y el siguiente director no solo no publicó el final de la serie de artículos, sino que a partir de entonces solo dio cabida en su periódico a la visión oficial. A continuación muestro un resumen de la serie:

Diario 16. Domingo, 16 de marzo de 1997.
El SIDA no es viral.
Lluís Botinas.
El doctor en medicina suizo Alfred Hässig explica que el SIDA no es viral, sino autoinmune. Explica la labor fundamental de los linfocitos. El biólogo y virólogo alemán Stefan Lanka afirma que la técnica PCR, llamada «carga viral» no sirve para medir un virus que no existe.

Diario 16. Viernes, 21 de marzo de 1997.
Desmontar el SIDA.
Lluís Botinas.
El 24 de febrero de 1997 un tribunal de Göttingen absolvió al médico Günter Ekkart por 14 delitos de asesinato y 5.800 de intento de asesinato relacionados con el presunto contagio del VIH en transfusiones. El biólogo y virólogo Stefan Lanka testimonió en su favor bajo juramento afirmando que el VIH no existe y por lo tanto no puede ser responsable de la muerte de los pacientes. Ningún científico oficialista del SIDA testimonió en su contra.

Diario 16. Jueves, 27 de marzo de 1997.
Falso SIDA.
Lluís Botinas.
Comentario de una noticia, según la cual el Instituto Catalán de la Salud ha de pagar 40 millones por contagiar el VIH, presunto causante del SIDA, a un paciente que murió. La explicación alternativa demuestra que no es un virus que no existe, sino el tratamiento aplicado y el diagnóstico de muerte los que terminaron con la vida del paciente.

Diario 16. Martes, 1 de abril de 1997.
Censura sobre el tema.
Lluís Botinas.
Comentario de dos actos de censura explícita de los planteamientos críticos respecto el VIH y el SIDA. El 2 de octubre del 1996, el presentador de la televisión pública TV3 Mikimoto entrevistó a Lluís Botinas, el cual explicó que el VIH no puede causar el SIDA porque no existe; Mikimoto fué cesado. El 27 de octubre del 1996 la 2 de TVE tenía prevista una charla con científicos oficialistas; ellos amenazaron con irse si se emitía el vídeo de Djamel Tahi titulado «SIDA, la duda»; el vídeo no se emitió y el programa tampoco.

Diario 16. Sábado, 5 de abril de 1997.
El SIDA no es viral.
Lluís Botinas.
El reto se basa en atreverse a cuestionar el origen vírico del SIDA y la propia existencia del VIH. Hasta ahora, son pocos los medios de comunicación, como Diario 16, que han roto la censura imperante sobre el tema dando cabida a científicos como el doctor Stefan Lanka.

Diario 16. Miércoles, 9 de abril de 1997.
Sencillamente, las pruebas.
Lluís Botinas.
Más de mil especialistas del SIDA oficialistas se reunieron en Valencia poco después que el científico Stefan Lanka afirmase en Diario 16 que el VIH no existe y no puede ser la causa del SIDA. Ninguno de ellos presentó las pruebas de la existencia del VIH. El doctor Gallo rechazó hacer declaraciones a Diario 16, otros atacaron al doctor Lanka sin fundamento.

Presentado pero no publicado. Jueves, 23 de abril de 1997.
«VIH»: ¿Último aniversario?.
Lluís Botinas.
El 23 de abril es el aniversario de la rueda de prensa en la que el doctor Gallo engañó al público diciendo que el VIH existe y es la causa del SIDA. El debate que comienza puede ser el principio del fin del montaje del SIDA.

Diario 16. Domingo, 27 de abril de 1997.
¿Cuáles dos bandos?.
Lluís Botinas.
Relación de los dos bandos de científicos enfrentados en el tema SIDA. Por un lado, quienes defienden que el VIH existe y es la causa del SIDA, y por otro quienes, partiendo de la posición de los primeros, descubren las contradicciones y mentiras de la versión oficial.

Presentado pero no publicado. Jueves, 31 de julio de 1997.
¿Más heterosexuales? ¿Más mujeres?.
Lluís Botinas.
Las autoridades oficiales del SIDA presentan unas estadísticas donde pretenden demostrar el incremento de casos de SIDA entre los heterosexuales y las mujeres. Ello demuestra que los test-chapuza del VIH se van efectuando entre las personas citadas, habiendose agotado ya los análisis entre los homosexuales, drogadictos y hemofílicos

Diario 16. Jueves, 3 de abril de 1997.
Stefan Lanka. Virólogo. «El VIH no existe».
Entrevista al biólogo y virólogo alemán Stefan Lanka, que muestra que el presunto virus VIH no ha sido nunca aislado.

Diario 16. Martes, 15 de abril de 1997.
¿Existe el VIH?.
La publicación «Diario 16» ofrece un premio de un millón de pesetas a quién presente pruebas de la existencia del VIH y un accésit de 250.000 a quién demuestre que el VIH es la causa del SIDA.

Diario 16. Martes, 22 de abril de 1997.
¿Quién es el Dr. Gallo?.
Historia del doctor Robert Gallo y cómo manipuló a los medios de comunicación para presentar la existencia de un virus como causante del SIDA.

Diario 16. Martes, 29 de abril de 1997.
¿Qué es el SIDA?.
Una teoría distinta de cómo debe explicarse el fenómeno SIDA.

Diario 16. Martes, 6 de mayo de 1997.
Sida: ¿Con o sin VIH?.
Aquí se rebaten algunos de los argumentos descritos por científicos oficialistas.

Diario 16. Martes, 13 de mayo de 1997.
Heinrich Kremer: «Los fármacos actuales matan a los pacientes».
Entrevista al doctor Heinrich Kremer que denuncia la toxicidad de las actuales terapias contra el SIDA. También defiende tratamientos no agresivos contra el SIDA y el cáncer.

Diario 16. Martes, 20 de mayo de 1997.
Sida: ¿Un invento?.
Aquí se expone la hipótesis de que el SIDA es un invento destructivo destinado a encubrir un experimento con homosexuales. También muestra diferentes innovaciones que subyacen de la construcción SIDA.

Diario 16. Martes, 27 de mayo de 1997.
Difusión internacional.
Entrevista al doctor disidente colombiano Roberto Giraldo, que expone que el SIDA no es una enfermedad infectocontagiosa, sino una condición tóxica.

Diario 16. Martes, 3 de junio de 1997.
Etiquetado sano.
Entrevistas a etiquetados como seropositivos que explican su experiencia en relación al SIDA y su lucha contra la ignorancia oficial.

Diario 16. Martes, 10 de junio de 1997.
Médico y seropositivo.
Entrevista al médico Manuel Garrido, seropositivo desde hace más de 10 años, que opina que el SIDA no tiene nada que ver con el VIH.

Diario 16. Martes, 17 de junio de 1997.
Falsa carga viral.
Aquí se denuncia el uso fraudulento de la técnica PCR para medir la «carga viral» del VIH.

Diario 16. Martes, 24 de junio de 1997.
Prueba inútil.
Aquí se denuncia que la llamada «carga viral del VIH» no indica carga viral alguna.

Diario 16. Martes, 1 de julio de 1997.
¿Asesinato premeditado?.
Entrevista al doctor alemán Karl Krafeld que, tras investigar los documentos oficiales, llega a la conclusión que «el SIDA es un asesinato premeditado».

Diario 16. Martes, 8 de julio de 1997.
¿Transmisión sexual?.
Entrevista con el doctor disidente Enric Costa que afirma que «el SIDA no es un fenómeno infeccioso». Explica ejemplos de personas etiquetadas que no contagiaron a sus parejas ni a sus hijos.

Diario 16. Martes, 15 de julio de 1997.
¿Cócteles asesinos?.
Los «nucleósidos análogos» impiden la división celular; AZT-Retrovir, ddI-Videx, ddC-Hivid, 3TC-Epivir... bloquean la síntesis de ADN y matan las células. Los «inhibidores de las proteasas» impiden el metabolismo celular y orgánico.

Diario 16. Sábado, 26 de julio de 1997.
¿Por qué los cócteles son tendencialmente mortales?.
El AZT-Retrovir, tratamiento suministrado a centenares de miles de personas durante años, puede ser un veneno mortal. También los inhibidores de proteasas matan. Este efecto mortal se produce al impedir el funcionamiento celular. Indinavir-Crixivan, Saquinavir-Invirase y otros bloquean la eliminación de proteínas..

Diario 16. Viernes, 1 de agosto de 1997.
Cócteles asesinos (3).
¿Disminuye la carga viral?. En realidad, los tests indican que baja la actividad biológica y que el camino que se está siguiendo lleva a la muerte. También otros criterios falsos comúnmente aceptados. Se interpretan erróneamente hechos como «subida de T4», «recuperaciones espectaculares» o «descenso de mortalidad».

Diario 16. Martes, 16 de septiembre de 1997.
La Validez.
¿Son fiables los test del SIDA?. El calvario empieza cuando una persona da positivo en alguna de las diferentes pruebas presentadas como fiables al cien por cien. Ningún test del SIDA es válido. Estas pruebas no tienen base alguna y carecen de todo valor diagnóstico de «infección por VIH», virus que nunca ha sido aislado.

Presentado pero no publicado en Diario 16.
¿Tests fiables (2)?.
Prohibición inmediata de los tests Elisa y Western Blot. Cuanto más se investigan los «tests del SIDA», crece la evidencia de que carecen de toda fiabilidad. Causas de posible «reacción cruzada», es decir, de falsa-positividad. Que se haya detectado tantas, por sí sólo descalifica totalmente los «tests del SIDA».

Se intentó crear un debate abierto entorno al SIDA en los medios de comunicación, este fue el objetivo de Lluis Botinas, presidente de la desaparecida asociación COBRA, hoy de Plural-21, asociación para el cuidado de la vida. Este debate en Diario 16 nunca se pudo llevar a cabo porque nadie de la versión oficialista contestó. En este caso se observa como una controversia se puede silenciar haciendo caso omiso a un posible debate. Si uno está en posesión de la verdad no necesita discutirla.

5.3. Informe Sondeo de Opinión en torno al SIDA

5.3.1 Diseño

En la medida en que la construcción de la "verdad científica" es un proceso social en el que intervienen múltiples actores y se desarrolla en una amplia variedad de campos de la práctica en los que se continúan y amplifican los debates inicialmente académicos, los conflictos de intereses, y la búsqueda de argumentos para sostener uno u otro de los diferentes paradigmas en litigio, parece evidente que también debe acabar impregnando el tejido social. Muy particularmente, aquella hipótesis que pretenda erigirse en dominante, ha de conquistar la opinión y la convicción de los círculos de interés y de las personas más directamente afectadas por sus resultados e implicaciones. En ocasiones, esta adquisición de certeza se consigue silenciando la hipótesis paralela, lo que conlleva una falta de apoyo en los círculos interesados, provocada por el desconocimiento.

De acuerdo con esta idea, pensamos que podría ser interesante tratar de sondear entre los grupos de personas más claramente implicadas en las cuestiones relativas al SIDA, o cercanas a prácticas o situaciones de riesgo las siguientes cuestiones:

1. Cuál era su grado de conocimiento sobre la existencia de una hipótesis no-vírica alternativa frente a la tesis oficial.
2. Cuál era su valoración por los encuestados.
3. Qué canales habían utilizado para informarse sobre ella.
4. Hasta qué punto había calado entre determinados colectivos, grupos o sectores de personas interesadas en el tema.

Una primera dificultad a salvar antes de llevar a cabo el sondeo, consistía en determinar a qué tipo de personas convendría incluir dentro del universo a encuestar. Parecía evidente que podía ser interesante tratar de conocer la opinión de los profesionales (sanitarios, sociales y de otras áreas) que intervienen en el tema, así como de las propias asociaciones de afectados o de solidaridad con los mismos. Se determinó que el perfil al que iría destinada era: personal sanitario, personas que trabajasen, estuvieran relacionados o en contacto con los siguientes temas: drogas, hemofilia, gays/lesbianas, prostitución y SIDA. Como es fácil de imaginar todas estas personas constituyen un universo de muy

difícil estimación, por lo que la elaboración del marco muestral debía realizarse de forma muy cuidadosa, aun cuando se realizara de forma artesanal y tentativa. Una vez delimitada la población, quedaba la tarea de obtener una muestra suficientemente numerosa y significativa, contactar con cada uno de sus integrantes y hacerles llegar el cuestionario.

Por otra parte, la dificultad de llevar a cabo un trabajo de campo entre un público que se encuentra tan disperso geográficamente, unida a los elevados costes económicos y de tiempo que implicaba, parecía convertir la tarea en un empeño imposible para los escasos recursos con que se contábamos. Por todo ello, se optó por utilizar las nuevas tecnologías y realizar una encuesta electrónica, llevando a cabo un sondeo a través de Internet, como vía más eficiente para alcanzar nuestros objetivos iniciales. Más aún si teníamos en cuenta que el cuestionario, aunque breve, debía contener alguna pregunta que implicaba una garantía de anonimato y confidencialidad extrema si queríamos obtener una respuesta positiva a nuestra solicitud de colaboración.

Para llevar a cabo dicho sondeo se ha utilizado el programa Sphinx5 en su versión on-line (http://www.lesphinx-developpement.fr/). Se trata de un software de origen francés, desarrollado inicialmente por el profesor Jean Moscarola de la Université de Savoie en Annecy (Francia), que aún es poco utilizado en España pero que goza de gran predicamento en el país vecino. Este programa une junto a una gran versatilidad, su condición de herramienta especialmente diseñada para cubrir el proceso completo de elaboración de encuestas, desde el diseño del cuestionario, hasta la publicación del informe final, pasando por la difusión de la encuesta, la grabación de datos y el análisis estadístico y cualitativo de los mismos[1].

Para el diseño del marco muestral partimos de la base de datos de Centros, Programas y Servicios de Acción Social que existe en el Laboratorio de Sociología del Departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Comillas, como resultado acumulado de diferentes estudios desarrollados en los últimos años. De los miles de registros existentes en dicha base de datos, seleccionamos aquellos que se referían a entidades sociales (no gubernamentales) que se encontraban trabajando con enfermos de SIDA, drogodependientes, personas en situación de marginación extrema, prostitución y cárcel. Igualmente, detectamos a través de Internet y contactos personales, a asociaciones de Gays/Lesbianas, y de personas con Hemofilia. Hay que tener en cuenta que una buena proporción las

[1] Existe una versión en español que se comercializa desde Brasil para América Latina especialmente y que puede consultarse en http://www.sphinxbrasil.com/esp/

direcciones de correo electrónico tienen una vida muy limitada, especialmente cuando se trata de direcciones proporcionadas gratuitamente por empresas comerciales (Ej.: hotmail.com, yahoo.com, etc.). En total obtuvimos algo más de 250 direcciones de correo electrónico a las que se envió un email con el siguiente texto:

Estimado/a Sr/Sra.,

Mi nombre es Silvia Giménez, profesora del Departamento de Sociología y Trabajo Social en la Universidad Comillas de Madrid. En este momento me encuentro finalizando mi tesis doctoral sobre cuestiones en torno al SIDA que espero defender en los próximos meses. Me gustaría poder ilustrar algunos apartados de la misma mediante el análisis de un sondeo de opinión realizado entre personas potencialmente interesadas en estas cuestiones.

Para ello he elaborado un breve cuestionario que puede ser rellenado directamente a través de internet. Cumplimentarlo le llevará únicamente entre 5 y 10 minutos, para lo cual deberá pinchar en el siguiente link: http://s7.sphinxonline.net/stic-sphinx-01/sida/index.htm y pulsar el botón "Grabar" al finalizar la última pregunta.

Se trata de un sondeo absolutamente anónimo y confidencial con el que espero poder dilucidar algunas cuestiones sobre el estado actual de la opinión pública en relación al SIDA. Para llevar a cabo esta pequeña indagación sociológica necesito contar con su colaboración. Por ello le quedaría enormemente agradecida si además de contestar mi encuesta, pudiera difundir este email entre los miembros de su asociación, con el ruego de que participen en esta encuesta. La encuesta puede ser respondida igualmente por todas aquellas personas que puedan estar interesadas en colaborar en mi proyecto. Mi objetivo consiste únicamente en obtener una muestra lo suficientemente amplia y cualificada como para poder ofrecer alguna descripción general pero fundamentada sobre la opinión pública en torno al tema.

Quedo a su disposición para aclarar cualquier duda o asunto que desee comentar. Agradeciéndole de antemano su colaboración, reciba mi más cordial saludo,

Aproximadamente la mitad de los envíos fueron devueltos por tratarse de una dirección electrónica inexistente.

Como resulta evidente en una encuesta electrónica, una cuestión crucial consiste en llegar a determinar el grado de representatividad de la muestra finalmente obtenida. Sin embargo, ese es un problema que en nuestro caso no representaba un obstáculo, puesto que en ningún momento se trataba de elevar a categoría universal los resultados obtenidos sobre una fracción del universo de afectados, sino de explorar hasta qué punto el conocimiento de la versión no-oficial sobre el SIDA había calado entre la población, en principio, más interesada en el tema, y ese era un objetivo que se podía confirmar o rechazar sin tener que acudir al proceso de inferencia estadística. Por ello, la estimación del error muestral no se consideró necesaria para validar o no nuestra hipótesis de partida que era el nivel de conocimiento de la hipótesis no vírica. Conocimiento que resulta ser prácticamente nulo entre la población general, y ha resultado ser escandalosamente bajo entre las personas directamente afectadas y/o interesadas en el tema.

Puesto que el objetivo consistía en obtener, no una muestra aleatoria, sino intencional, el reto consistía no tanto en cubrir los requisitos formales que pudieran garantizar su representatividad estadística, sobre un universo imposible de definir y acotar en sus justos términos, sino que más bien la cuestión crucial era cómo obtener un número suficientemente elevado de respuestas procedentes de un grupo de personas tan determinado como cualificado y difícil de alcanzar y detectar. Obviamente no existe ningún censo (ni posibilidad de construirlo) de "interesados profesional y/o personalmente en el tema del SIDA". Esta dificultad era mayor aún teniendo en cuenta las fechas en que debíamos lanzar nuestra encuesta, en una estación tan poco apropiada como el mes de julio, cuando muchas personas se encuentran de vacaciones y bastantes asociaciones han cesado en su actividad o la han reducido sustancialmente. En cualquier caso, la ventaja de utilizar la metodología de la encuesta electrónica consiste en que su bajo coste permite emplearla incluso en los casos en que existen dudas sobre sus resultados potenciales.

La carta fue enviada el viernes seis de julio de 2007 y la encuesta estuvo disponible para ser contestada entre esta fecha y el 27 de agosto, lo que si descontamos las fiestas y fines de semana suponen 34 días laborables (17 en julio y otros 17 en agosto). Como parecía previsible, la respuesta descendió bastante durante el mes de agosto y sólo mediante una intensificación de las solicitudes de

colaboración fue posible mantener el nivel de respuesta obtenido hasta entonces. Del mes de julio proceden el 58% de las respuestas, frente al 42% obtenidas en agosto.

La muestra final está constituida por 301 cuestionarios que fueron completados en su totalidad. El resumen de la actividad indica que el efecto de bola de nieve que buscábamos, al sugerir la posibilidad de que nuestros corresponsales pudieran libremente difundir la encuesta entre personas que estuvieran a su vez interesadas en el tema cumpliendo nuestro perfil indicado, fue ampliamente conseguido puesto que la página web donde se encontraba la encuesta fue visitada un total de 582 veces. Sin embargo, esto no garantiza que se tratara de personas diferentes, pues una misma persona podría haberla visitado un par de veces antes de completar totalmente su cuestionario. Otras personas la visitaron y quizá encontraron poco interesante participar en el sondeo. Los 582 accesos obtenidos consultaron un total de 2495 páginas. Teniendo en cuenta que el cuestionario ocupaba un total de 6 páginas o pantallas, la media de páginas consultadas en cada acceso es de 4,28 lo que denota un elevado grado de interés. De hecho, los abandonos inmediatos fueron 205 (lo cual no significa que no les interesara en absoluto, puesto que muy a menudo en estos casos la gente echa un primer vistazo y abandona la página hasta encontrar más adelante un momento más tranquilo en el que poder sentarse a responder), mientras que los que la abandonaron después de haber comenzado a responder fueron tan sólo 74. Lo dicho hasta el momento, nos daría una tasa de respuesta del 52,1% si tenemos en cuenta la totalidad de los accesos a la página web, y del 80,4% si la extraemos de entre las personas que efectivamente comenzaron a responder el cuestionario. Tanto en un caso como en otro se trata de un porcentaje de respuesta muy alto, lo que necesariamente ha de ser un reflejo del elevado grado de interés suscitado por el proyecto entre la gente con la que contactamos. Al mismo tiempo, pone de relieve el enorme potencial que encierran estas nuevas metodologías de sondeo cuando se utilizan entre sectores de población como el sondeado que hacen un uso extensivo y cotidiano de las mismas.

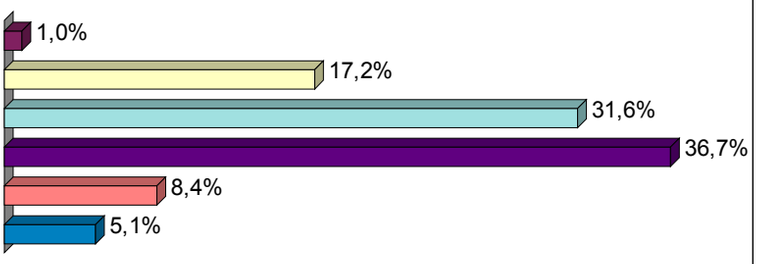
5.3.2. Resultados obtenidos

La muestra final estuvo formada por un 54% de varones y un 46% de mujeres. Con una edad media de 35,31 años y un intervalo modal situado entre los 36-44 años. Se trata por tanto de un grupo relativamente joven y bastante equilibrado por sexo.

Edad

Promedio = **35,31**
Mediana = **36,00**
Mín = **14** Máx = **65**
Repartición en 6 clases de la misma amplitud

	Nro.	% cit.
Menos de 18	**3**	**1,0%**
De 18 a 26	**51**	**17,2%**
De 27 a 35	**94**	**31,6%**
De 36 a 44	**109**	**36,7%**
De 45 a 53	**25**	**8,4%**
54 y más	**15**	**5,1%**
Total	**297**	**100,0%**

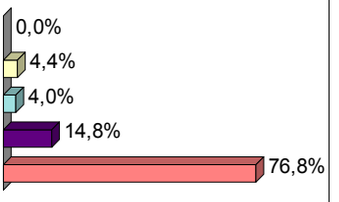


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

En cuanto al Nivel de Estudios, nuestra muestra está integrada en sus tres cuartas partes por personas con titulación universitaria (77%), siendo muy minoritarios los grupos con estudios inferiores al nivel de Bachiller o equivalente (8%). La sobrerrepresentación de universitarios, tiene sentido al estar nuestra muestra dirigida en gran medida a profesionales del ámbito sanitario y social implicados en el tema, lo que aglutina diferentes diplomaturas y licenciaturas.

Nivel educativo

	Nro.	% cit.
Sin estudios	**0**	**0,0%**
Estudios Primarios	**13**	**4,4%**
Formación Profesional	**12**	**4,0%**
Estudios Secundarios (Bachillerato superior, COU o equivalente)	**44**	**14,8%**
Estudios Universitarios	**228**	**76,8%**
Total	**297**	**100,0%**



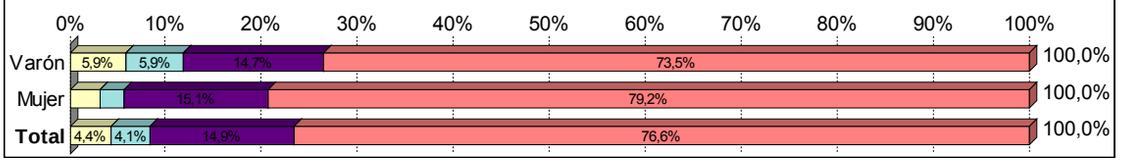
Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

El nivel de estudios es similar entre los varones y mujeres que responden, con una leve tendencia a ser más elevado entre las mujeres, sin encontrarse diferencias significativas entre unos y otros.

Nivel de estudios según Sexo

	Sin estudios	Estudios Primarios	Formación Profesional	Estudios Secundarios (Bachillerato superior, COU o equivalente)	Estudios Universitarios	**Total**
Varón	**0,0%**	**5,9%**	**5,9%**	**14,7%**	**73,5%**	**100,0%**
Mujer	**0,0%**	**3,1%**	**2,5%**	**15,1%**	**79,2%**	**100,0%**
Total	**0,0%**	**4,4%**	**4,1%**	**14,9%**	**76,6%**	**100,0%**

p = **30,7%** ; Chi2 = **3,61** ; gdl = **3** (**NS**)

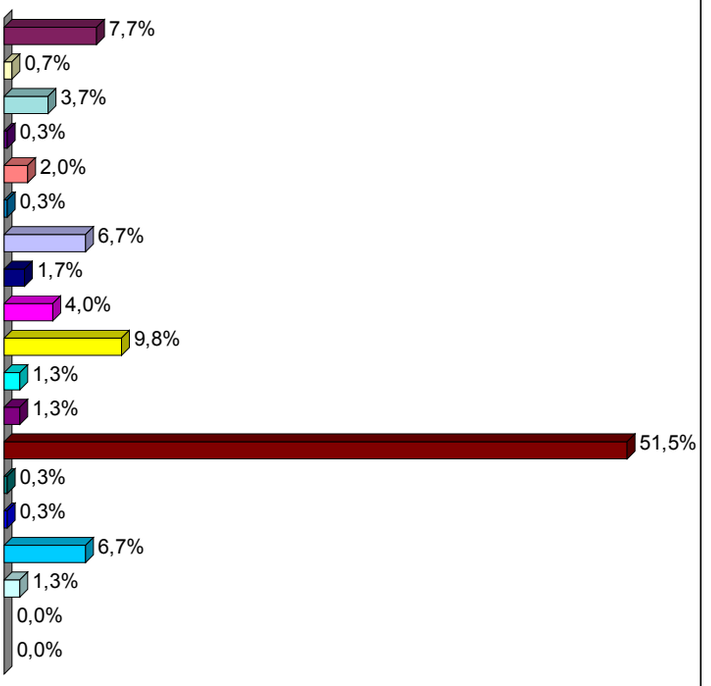


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Sí conviene poner de relieve que la muestra está extraída en buena medida entre personas residentes en la Comunidad de Madrid (aproximadamente la mitad de la muestra). Lo que tiene sentido debido a que en esta región se encuentran la mayoría de las sedes centrales de asociaciones y organizaciones, así como al hecho de que los contactos personales más directos que he logrado ir aglutinando a lo largo de los años de trabajo en el tema, se encuentran entre personas de esta Comunidad Autónoma. La sobrerrepresentación de Madrid se puede aprovechar en la medida en que Madrid es la Comunidad Autónoma donde viven más personas con SIDA de España. No obstante, hay grupos relativamente importantes de respondentes que viven en Valencia, Andalucía, País Vasco, Castilla-León, Cataluña y Asturias. En cualquier caso, hay representantes siquiera simbólicos de todas las Comunidades Autónomas. Hay que destacar la no respuesta en las ciudades de Ceuta y Melilla, ciudades que carecen de un sólido tejido asociativo: por ejemplo en la Red 2002, Red comunitaria sobre el VIH/SIDA del Estado español, compuesta por personas y organizaciones no gubernamentales de VIH-SIDA de España y Latinoamérica con sede en Barcelona, no existe ninguna asociación en estas dos ciudades, a pesar del incremento de casos de SIDA registrados en los últimos años. La no respuesta se podría explicar por no haber recibido la solicitud de la misma.

CCAA

	Nro.	% cit.
Andalucía	23	7,7%
Aragón	2	0,7%
Asturias	11	3,7%
Baleares	1	0,3%
Canarias	6	2,0%
Cantabria	1	0,3%
Castilla Y León	20	6,7%
Castilla - La Mancha	5	1,7%
Cataluña	12	4,0%
Comunidad Valenciana	29	9,8%
Extremadura	4	1,3%
Galicia	4	1,3%
Madrid	153	51,5%
Murcia	1	0,3%
Navarra	1	0,3%
País Vasco	20	6,7%
Rioja (La)	4	1,3%
Ceuta	0	0,0%
Melilla	0	0,0%
Total	**297**	**100,0%**



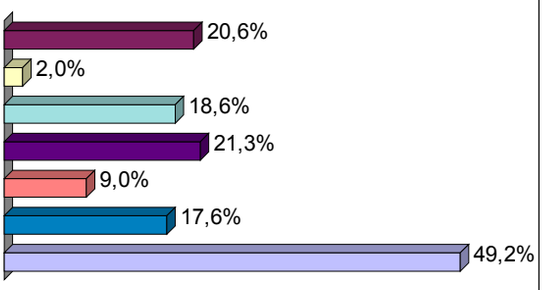
Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Más interesante resulta analizar la procedencia según sectores de participación asociativa de las personas que responden. A la pregunta: *"¿Es usted miembro o tiene relación alguna Asociación relacionada con…?"* diferentes grupos y situaciones, las respuestas obtenidas son las que aparecen a continuación:

Asociaciones

Suma de los porcentajes diferentes de 100 en función de respuestas múltiples y de las exclusiones.

	Nro.	% obs.
Afectados de VIH- SIDA	**62**	**20,6%**
Hemofilia	**6**	**2,0%**
Gays-Lesbianas	**56**	**18,6%**
Drogas	**64**	**21,3%**
Prostitución	**27**	**9,0%**
Otras	**53**	**17,6%**
No pertenezco a ninguna Asociación	**148**	**49,2%**
Total	**301**	



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Algo más de la mitad de los encuestados se encuentran asociados, siendo los más numerosos los que participan en asociaciones que actúan en el terreno de las drogodependencias (21%), casi igualados por las que trabajan con afectados de VIH-SIDA (21%) y seguidos muy de cerca por las de Gays-Lesbianas (19%). Aunque pequeño en número, hay un 2% de respuestas procedentes de asociaciones de personas con hemofilia, y finalmente un 18% participa en otro tipo de asociaciones.

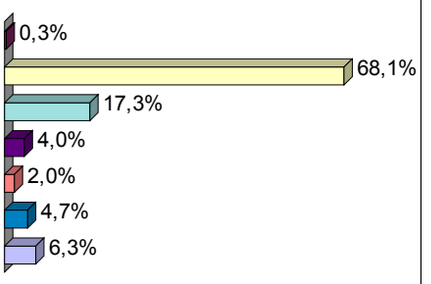
Entre las personas que facilitan el nombre de la asociación a la que pertenecen el grupo más numeroso remite a Cáritas (16 casos), al sumar a sus (9) los (7) de Colichet, que es una casa de acogida de enfermos de SIDA de Cáritas-Málaga. Le sigue Proyecto Hombre (13 casos), COGAM (6), GYLDA (4), Cruz Roja (3), Lambda (3), Médicos del Mundo (3), varias Comisiones ciudadanas Anti-Sida (3), y con dos respuestas: Basida, Asociaciones de hemofilia, Fundación CESPA, y LGTB (Ver ANEXO IV con el listado de todas las respuestas obtenidas).

Finalmente, entre las variables de clasificación, colocábamos al final del cuestionario una pregunta destinada a tratar de ubicar la procedencia de nuestros respondentes en función de su posible integración en alguno de los colectivos de personas que pudieran tener prácticas de riesgo. Así, preguntábamos “Finalmente, es usted una persona…” con hemofilia, heterosexual, homosexual, etc. Las respuestas obtenidas (ver tabla) indican, a salvo de lo que representen ese 6% que declinó responder, una apreciable presencia de personas que se declaran heterosexuales (68%), homosexuales y bisexuales (21%) y seropositivas (5%). Junto a una pequeña representación de usuarios o exusuarios de drogas por vía intravenosa (2%).

Finalmente, ¿es usted una persona...? (Posible respuesta Múltiple)

Suma de los porcentajes diferentes de 100 en función de respuestas múltiples y de las exclusiones.

	Nro.	% obs.
Con hemofilia	**1**	**0,3%**
Heterosexual	**205**	**68,1%**
Homosexual	**52**	**17,3%**
Bisexual	**12**	**4,0%**
Usuaria o Ex-usuaria de drogas por vía intravenosa	**6**	**2,0%**
Seropositiva	**14**	**4,7%**
No deseo responder	**19**	**6,3%**
Total	**301**	

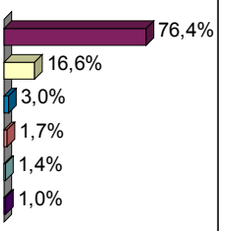


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Creemos, que se trata de una muestra heterogénea de personas interesadas en la cuestión del sida, inscritas en marcos asociativos muy variados y que reúnen como nota común y diferencial el hecho sentirse personal o profesionalmente afectados por el tema sobre el que versa esta tesis doctoral, un grupo lo suficientemente numeroso como para intentar testar hasta qué punto el conocimiento de la alternativa explicativa a la tesis oficial y dominante ha conseguido abrirse paso entre el público afectado a pesar de los obstáculos y limitaciones objetivas a los que debe hacer frente.

Por lo que se refiere a las preguntas de contenido sustantivo que incluía nuestro breve cuestionario, las respuestas obtenidas han sido como sigue. Empezábamos preguntando qué creían que venía a ser el SIDA (Ver tabla. ANEXO IV. Para facilitar su lectura, hemos ordenado las respuestas en orden decreciente según el número de respuestas acumuladas, alterando por tanto el orden en que se presentaban en el cuestionario). Las tres cuartas partes no dudan en calificarlo como un síndrome de inmunodeficiencia que está causado por el virus VIH, alineándose por tanto con tesis oficial dominante. Sin embargo, no es desdeñable el 17% que se decanta por entender que se trata de un síndrome adquirido en contacto el VIH, lo que viene a significar que hay algunas personas que no consideran que el VIH sea la causa del SIDA, solo un cofactor. Sin embargo, en la pregunta explícita que se les hacía más adelante sobre la causa del SIDA, solo un 13% no la achacan al VIH. El resto de opciones recogen sólo unos pocos casos residuales, incluida aquella que sugería la posibilidad de que se tratara de *"un conjunto de enfermedades oportunistas que deterioran el sistema inmunológico"*(3%), explicación cercana a la hipótesis no vírica del SIDA.

Según usted, ¿qué es el SIDA? (ELIGE sólo UNA respuesta)	Nro.	% cit.
Un síndrome de inmunodeficiencia causado por el virus VIH	**226**	**76,4%**
Un síndrome de inmunodeficiencia que se adquiere en contacto con el VIH	**49**	**16,6%**
Un conjunto de enfermedades oportunistas que deterioran el sistema inmunológico	**9**	**3,0%**
Una enfermedad causada por un virus infectocontagioso	**5**	**1,7%**
Una enfermedad venérea	**4**	**1,4%**
Un conjunto de enfermedades oportunistas infectocontagiosas	**3**	**1,0%**
Total	**296**	**100,0%**

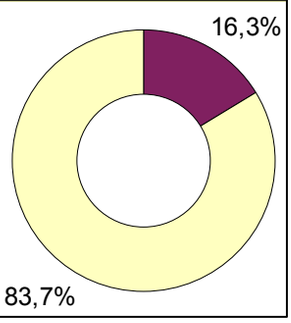


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

La pregunta siguiente trataba de profundizar en el nivel de conocimiento del asunto que poseían los respondentes, de modo que si bien, el 84% se muestra en desacuerdo ante la posibilidad de considerar que sea lo mismo VIH que SIDA, resulta relevante que un 16% de la muestra entienda que ambos acrónimos vienen a ser lo mismo, lo que demuestra un desconocimiento importante de lo que se está hablando.

A su modo de ver, ¿es lo mismo VIH que SIDA?

	Nro.	% cit.
Si	**48**	**16,3%**
No	**247**	**83,7%**
Total	**295**	**100,0%**



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

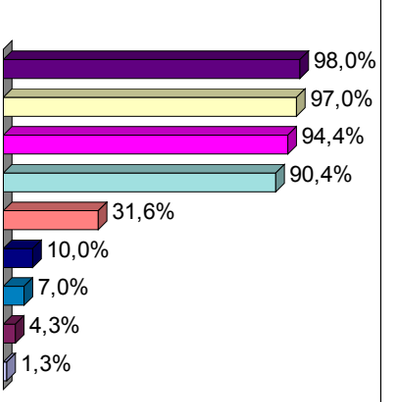
A continuación, tanto a los que respondían que era lo mismo, como a los que disentían les pedíamos que justificaran su opinión con una pregunta abierta de respuesta libre. (La tabla con el total de respuestas obtenidas se encuentra en el ANEXO IV). Prácticamente la mayoría de los que consideraban la diferencia entre el VIH y el SIDA lo justifican correctamente en relación a la hipótesis vírica. Los que no lo diferencian, apenas justifican solo lo consideran lo mismo.

La pregunta cuarta pedía al entrevistado que señalara entre una lista de nueve categorías *"aquellas prácticas que a su parecer supongan un riesgo grave para adquirir el VIH".* Las respuestas obtenidas (ordenadas en sentido decreciente) se agrupan mayoritariamente en torno a cuatro, con leves diferencias entre sí: "recibir transfusiones de sangre contaminadas por el VIH" (98%); "mantener relaciones sexuales sin preservativo" (97%); "ejercer la prostitución sin preservativo" (94%); y utilizar material de inyección no desinfectado" (90%). Lo que significa total concordancia con las prácticas de riesgo que promulga la hipótesis vírica. Las prácticas de riesgo indicadas contempladas por la hipótesis no vírica, que entiende el SIDA como un síndrome tóxico nutricional, quedan relegadas a un segundo plano: "recibir transfusiones de sangre contaminadas" (31%), "consumir drogas estimulantes de manera regular" (7%), "no tener hábitos nutricionales saludables" (1%). Por otra parte, cabe destacar como curioso que algunas prácticas como "besar" (7%) o "recibir el picotazo de un mosquito" (10%) sean aún tenidas en cuenta. Aunque estos últimos 20 años han servido para hacer descender de un 80% al 7% "el beso" como práctica de riesgo, según muestra el histórico de encuestas sobre el tema.

A continuación, señale las prácticas que a su parecer supongan un riesgo para adquirir el VIH

Suma de los porcentajes diferentes de 100 en función de respuestas múltiples y de las exclusiones.

	Nro.	% obs.
Recibir transfusiones de sangre contaminadas por el VIH	**295**	**98,0%**
Mantener relaciones sexuales sin preservativo	**292**	**97,0%**
Ejercer la prostitución sin preservativo	**284**	**94,4%**
Utilizar material de inyección no desinfectado	**272**	**90,4%**
Recibir transfusiones de sangre contaminadas	**95**	**31,6%**
Recibir el picotazo de un mosquito contaminado	**30**	**10,0%**
Consumir drogas estimulantes de manera regular	**21**	**7,0%**
Besar	**13**	**4,3%**
No tener hábitos nutricionales saludables	**4**	**1,3%**
Total	**301**	

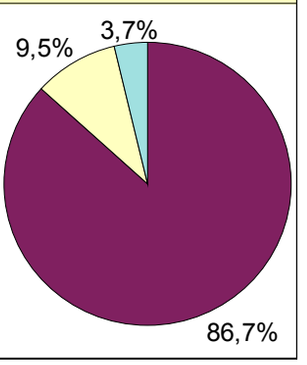


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

A la cuestión número cinco que directamente preguntaba *"Según su opinión, ¿cuál es la causa del SIDA?"* nuestra muestra se decanta ampliamente por la hipótesis vírica, oficial, que sitúa el VIH como causa, quedando sólo un reducido 13% que, o bien dice que no se conoce (9%), o bien apunta otras posibles causas (4%). De esto se deduce que la parte disidente (que cuestiona la versión oficial) en la muestra finalmente obtenida, viene a significar aproximadamente una octava parte del total de personas que han respondido a la encuesta. Ciertamente, una minoría.

Según su opinión, ¿cuál es la causa del Sida?

	Nro.	% cit.
VIH	**255**	**86,7%**
No se conoce	**28**	**9,5%**
Otras.	**11**	**3,7%**
Total	**294**	**100,0%**



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

La lista de respuestas explicando la opinión de los que habían apuntado que podrían existir otras causas del SIDA distintas al VIH, se reduce a once y reúne opiniones de lo más diverso, todas en la línea vírica, experto una que hace referencia a la definición como conjunto de enfermedades que destruyen el sistema inmunológico, que podría tener una causa no vírica. Lo cierto es que ninguna respuesta contempla la explicación de la hipótesis disidente, no vírica.

Razones de quienes dicen que el SIDA se debe a otras causas aparte (o incluido el VIH)

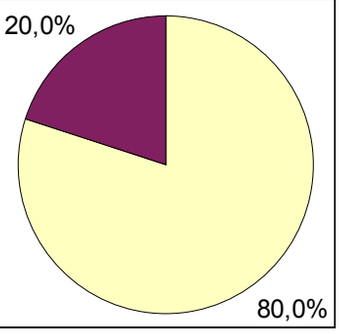
A pesar de no haber contestado "otras", matizar que aunque el VIH es el agente causal, se desconoce el motivo por el que no todas las personas portadoras desarrollan la SIDA.
Bueno según lo que yo sé es un virus especial que puede mutar constantemente (tiene otro nombre especifico que no recuerdo, es que alguna vez estudie biologia) que hasta podria haber sido sintetizado en un laboratorio.....la mutabilidad es lo que lo hace …
Como tengo espacio para escribir aquí, explico: A la siguiente pregunta: - para curar definitivamente, No. Para llevar una vida de calidad con el tratamiento, Sí. Si a esto se llama: curar, Sí. Pero deben seguir con el tratamiento. A la segunda pregunta
Creo que la idea que siempre ha circulado por ahí, de que fue un experimento surgido en un laboratorio, tiene algo de cierto. No sé exactamente hasta qué punto o qué pretendían con dicho experimento, pero creo que en algún momento, algo se les fue de las m
Creo que no se conoce realmente pero proviene de los simios, la enfermedad mas parecida es el SIV o algo así que es el síndrome de inmunodeficiencia en simios.
Cualquier infección ocasionada por el síndrome, fundamentalmente en contactos con los distintos grupos de riesgo.
Directamente puede interpretarse que la causa médica del SIDA es el VIH, pero indirectamente son muchas las causas sociales, políticas, educativas, económicas... que permiten, favorecen y/o no evitan la pandemia.
Infección por VIH, una alta carga viral, un bajo nivel de linfocitos CD4 y la presencia de enfermedades oportunistas
Junto con factores de riesgo que hacen que afecte más a unas personas que a otras.
La inmunodeficiencia que produce el virus VIH.
Un conjunto de enfermedades que destruyen el sistema inmunológico.

Por lo que se refiere a si piensan que existe o no un tratamiento eficiente para curar el SIDA en la actualidad, las palabras claves son “curar” y “eficiente”. Nos encontramos con que cuatro quintas partes de los entrevistados piensan que aún no existe tal tratamiento, mientras que el 20% de la muestra piensa que el SIDA se puede curar de forma eficiente. Resulta muy sorprendente que dos de cada diez personas crean que el SIDA se puede curar, cuando la ciencia de la hipótesis oficial únicamente ha encontrado un

tratamiento que retrasa la aparición de la enfermedad y repleto de efectos secundarios que eliminarían en su caso la eficiencia.

¿Cree que existe algún tratamiento eficiente para curar el SIDA en la actualidad?

	Nro.	% cit.
No	**236**	**80,0%**
Si	**59**	**20,0%**
Total	**295**	**100,0%**

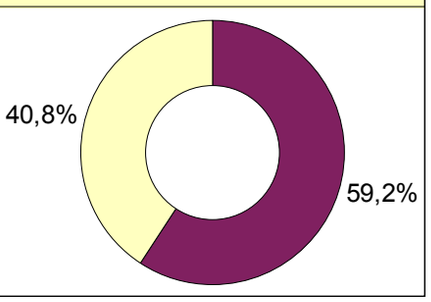


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Hay que suponer que la mayoría de los entrevistados piensa en los antiretrovirales cuando responden a la pregunta número ocho donde interrogábamos sobre si sabía *"si el actual tratamiento para curar el SIDA tiene efectos secundarios"*. Por eso mismo resulta sorprendente que un 41% diga no saber si tiene o no efectos secundarios. Quizá la pregunta se haya prestado a equívoco y ese "NO" haya querido significar que consideran que no tiene efectos secundarios. No obstante, no se limita la validez de la pregunta, pues nos lleva a observar de igual manera un 41% de desconocimiento.

¿Sabe si el actual tratamiento para curar el SIDA tiene efectos secundarios?

	Nro.	% cit.
Si	**164**	**59,2%**
NO	**113**	**40,8%**
Total	**277**	**100,0%**



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

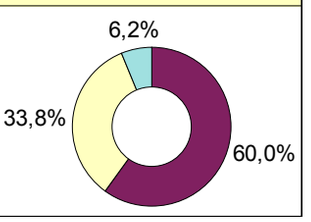
En cuanto a la delimitación de los efectos secundarios, algo por lo que se preguntaba de forma abierta en la pregunta siguiente, se observa que quienes los describen conocen el tema.

Inmediatamente después, colocamos en el cuestionario una pregunta que, ciertamente, encerraba algún dramatismo pero que podría tener interés a la hora de captar la opinión de quienes como mínimo, muestran algunas reticencias frente a la explicación monopolista que resume en la infección por VIH la mortalidad abrumadora que asola a todo el continente africano. De modo que a la pregunta de *"¿Cuál considera que es la primera causa de muerte en África?"*, nos ha respondido un 60% que la primera causa de muerte es achacable a las bajas defensas y sus consecuencias, provocadas por el VIH. No obstante, un importantísimo 34%, piensa que la mortandad catastrófica en África es más bien debida a la malnutrición y sus secuelas.

Digamos, que en este punto, la opinión se muestra mucho más abierta a considerar el problema de forma más global y holística.

¿Cuál considera que es la primera causa de muerte en Africa?

	Nro.	% cit.
Bajas defensas y sus consecuencias, provocadas por el VIH	**174**	**60,0%**
Bajas defensas y sus consecuencias, provocadas por la malnutrición	**98**	**33,8%**
Otros	**18**	**6,2%**
Total	**290**	**100,0%**



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Finalmente, existe un 6% que remite la elevada mortalidad en África a otras causas y la explicación de su respuesta se resume en la tabla siguiente que recoge las 17 respuestas alternativas facilitadas por los encuestados. En general, con algunos matices, remiten a otras plagas bíblicas como la hambruna crónica y las guerras.

Listado de respuestas de quienes afirman que la principal causa de muerte en África es otra distinta del VIH (Por orden alfabético)

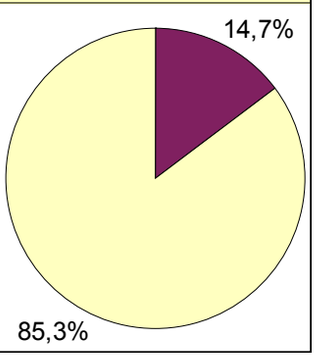
Además de la presencia del VIH, una gran cantidad de personas infectadas se une el gran desconocimiento de la enfermedad, la falsa creencia, los tabúes, las religiones que hace que no se use el preservativo en las relaciones sexuales .A todo ello añadir la
Aspectos socioculturales, económicos, falta de formación y educación que influye incluso en el control y conocimiento del VIH , sus riesgos y prevención
Con la de guerras que hay, dudo que el sida sea la primera causa de muerte. Viendo la pregunta, intuyo que quizás me estoy equivocando y que el VIH es la primera causa.
Creo que hay otras enfermedades, si incluimos a la población infantil, que causan mayores estragos entre la población, entre ellas la malaria.
El hambre
El hecho de que en África no se cuente con los recursos necesarios para determinar los diagnósticos genera el que muchas muertes provocadas por el SIDA puedan ser consideradas fruto de la desnutrición y viceversa. En muchos casos, los datos existentes dep
Guerra Desnutrición
He contestado otros porque no sé cual es la principal causa de muerte y no existe la opción NS/NC
La hambruna y la falta de higiene
La malnutrición unida al VIH, a las guerras, a las sequías, a las hambrunas, causadas por los intereses económicos de empresas a las que no les importa que la gente muera de hambre o por guerras mientras ellos saquen beneficio.
La principal causa de muerte es la pobreza masiva de amplios sectores de la sociedad que conlleva, entre otras, aunque de forma más característica,
las enfermedades más comunes son malaria, hepatitis C , enfermedades contraídas de tipo infeccioso, como tuberculosis, tifus, y también SIDA
Los pocos medios económicos y sus raíces mágico religiosas hacen que estas gentes no usen preservativos (tampoco tienen mucho dinero como para gastárselo en eso).Por eso las tasas más altas de enfermos u mortandad (no pueden comprar los medicamentos) estan reg…
Por una parte el sida y por otra la evidente pobreza...etc.

Se trata de un contexto el cual se ha expoliado durante muchos años sin ningún miramiento... EL VIH, en parte, destapando las diferencias generadas que se habían mantenido invisibles.
Tanto la malnutrición como la terrible expansión del VIH hacen que Africa tenga una tasa de muertes tan elevada pero no debemos olvidar las guerras que sufre el país.
Todo un conjunto de enfermedades, entre las cuales, evidentemente se encuentra el sida, debidas a la malnutrición y las condiciones higiénico-sanitarias tan deficientes del continente.

Finalmente, llegamos hasta el momento clave de nuestro cuestionario, donde preguntábamos si habían oído hablar o no de la existencia de una hipótesis no-vírica como causa del SIDA. Las respuestas obtenidas nos muestran que incluso entre este público, especialmente interesado y vinculado al tema, el desconocimiento de esta otra alternativa es abrumadoramente mayoritario. Únicamente el 15% dice conocer la hipótesis no vírica. Con lo que se demuestra la primera de nuestras hipótesis de partida, esto es, que el cierre informativo ha llegado incluso hasta los círculos de población más directamente interesados/afectados por el tema.

¿Conoce Vd.la hipótesis no vírica del SIDA?

	Nro.	% cit.
Si	**43**	**14,7%**
No	**249**	**85,3%**
Total	**292**	**100,0%**



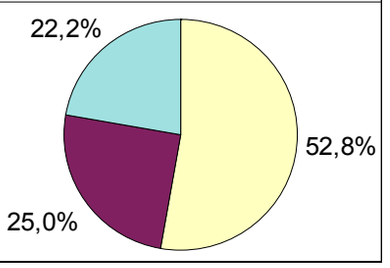
Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Sin embargo, decir que se conoce la hipótesis alternativa no es lo mismo que mostrarse favorable a la misma o al menos mostrarse abierto a considerar las posibilidades que encierra. De hecho, si agrupamos las 36 respuestas de quienes explican qué es lo que conocen de la misma y cómo la valoran, nos encontramos con que la mayoría (el 53%) se muestra desfavorable a la misma calificándola como "no científica", "poco creíble", "carente de seriedad" o "inverosímil", eso cuando no se decanta por descalificarla de manera incluso brutal: "es una tontería", "una patraña", "una mentira", "una patraña tendenciosa", "que no vale para nada", puesto que se trata de "maldad gratuita" o de "un error, ya que se confunde a la gente y no se promueve la prevención."

Opinión Hipótesis Alternativa

En tres Categorías

	Nro.	% cit.
Descalificadora	**19**	**52,8%**
Favorable / Abierto a la misma	**9**	**25,0%**
Sin decantarse con claridad	**8**	**22,2%**
Total	**36**	**100,0%**



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Las respuestas que se muestran favorables a la misma o simplemente abiertos a que se la considere y se explore más, se reducen a 9 de entre los 301 encuestados. Siendo muy generosos se podrían añadir a estos nueve encuestados, alguno de los ocho que da una respuesta "a la gallega" de modo que no es posible averiguar si la valora positiva o negativamente. En todo caso estaríamos hablando siempre de un porcentaje que se mueve entre el 3% y el 5% del público más informado y conocedor del tema. El contenido de las respuestas que hemos calificado como "Favorables y/o Abiertas a considerar la hipótesis alternativa" se recoge en la tabla siguiente.

Opiniones que se muestran Favorables/Abiertas a la hipótesis alternativa

Algo he leído sobre esta teoría. Yo no me cierro a nada pero, si fuera cierto, deberían concentrarse en avanzar.
Creo que es un tema abierto, aún no llevamos un tiempo suficiente para afirmar una sola hipótesis. Creo que son sugerentes algunas teorías de reputados científicos que dudan no solo del VIH como causante, sino que llegan a dudar de la existencia del VIH en sí mismo.
Es otra versión sobre el sida, q no conviene q se conozca, pero q puede ser cierta
Es una hipótesis apoyada por médicos y personas del mundo científico que basan su teorías en argumentos importantes, así que aunque no creo totalmente en ella tampoco la descarto, entre otras cosas por falta de información y conocimientos por mi parte.
La gran mayoría acepta al Sida como una enfermedad viral de transmisión sexual o sanguínea. Un creciente número de investigadores asociados a "Grupo para la reconsideración científica de la hipótesis VIH-SIDA", propone que el Sida no es una enfermedad infecciosa sino el síndrome tóxico-nutricional. El VIH por sí mismo no es suficiente ni necesario para que el Sida se desarrolle. Hay un número creciente de pacientes con Sida en el mundo que no están infectados con el VIH. Sin embargo, en las personas con Sida o a riesgo de desarrollarlo, siempre se puede demostrar la presencia de una variedad de estresantes inmunológicos.
Me parece que es muy plausible, lo que dicen. Son muchos intereses farmacéuticos los que están rondando como para no tener en consideración sus efectos sobre la cuestión a tratar. No existe un modelo animal de enfermedad por lo cual no se pueden probar los postulados de Koch. Además los fármacos usado< provocan el llamado SIDA
Puede ser perfectamente cierta
Que debe ser más investigada
Sólo he leído sobre ella de forma muy casual, no la tengo muy presente pero tampoco me pareció descabellado ya que no entiendo del tema y porque no va a ser cierta.

Un análisis importante consiste en tratar de indagar quiénes son esas 43 personas que integran la minoría del 15% que dice haber oído hablar de la hipótesis alternativa sobre la causa no vírica del SIDA. Conocer la existencia de la hipótesis no vírica, no significa aceptarla o estar abierto positivamente a sus postulados, más bien al contrario, entre quienes la conocen son mayoría los que la descalifican.

Apenas una cuarta parte de los que la conocen se muestran favorables, mientras que el 55% la descalifican y una quinta parte no termina de decantarse a favor o en contra.

Opinión sobre la Hipótesis Alternativa

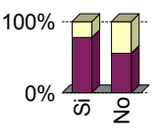
	% cit.
Favorable / Abierto a la misma	**25,7%**
Descalificadora	**54,3%**
Sin decantarse con claridad	**20,0%**
Total	**100,0%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

En todo caso, sí que parece ser la gente que ha buceado más en las consecuencias negativas de los tratamientos convencionales. Donde aparecen coloreadas las casillas que presentan un valor significativamente distinto al esperado.

Sabe de la existencia de efectos secundarios (filas) según conozca o no la hipótesis alternativa (columnas)

	Si	No
Si	80,5%	**55,6%**
NO	19,5%	44,4%
Total	**100,0%**	**100,0%**



p = **0,3%** ; Chi2 = **8,94** ; gdl = **1** (**MS**)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Pero probablemente la relación que muestra contrastes más significativos entre la población ignorante y la conocedora de la hipótesis alternativa la encontramos cuando analizamos las fuentes de donde obtienen la información sobre el tema (ver tabla sig.). Tal y como se puede apreciar, los que no la conocen se han informado sobre todo a través de los medios de comunicación o conocen sobre el SIDA a través de la formación reglada (Colegio, universidad, etc.) lo que parece indicar que por estas vías es difícil tener acceso a la hipótesis alternativa, en cambio quienes la conocen, además de ser un público con fuentes de información más diversificadas, se ha nutrida en mayor medida que los "ignorantes", a

través de las Asociaciones, la literatura especializada y de Otras fuentes. Se trata en suma de un conocimiento sólo accesible a "iniciados" que no resulta fácil encontrar ni en los medios de comunicación, ni en la enseñanza formal.

Fuentes de información utilizadas según conozcan o no la hipótesis no vírica

	Si	No
Medios de Comunicación	17,5%	31,0%
Literatura médica especializada	21,0%	14,4%
Tu médico	4,9%	3,9%
Asociaciones	23,1%	15,7%
Centro educativo (Colegio,Instituto, Universidad...)	8,4%	16,7%
Amigos	14,7%	14,7%
Otra	10,5%	3,6%
Total	**100,0%**	**100,0%**

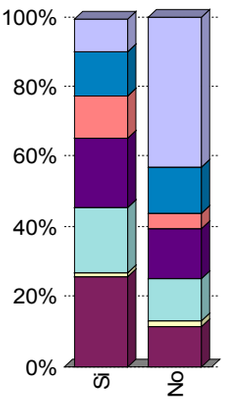
p = **<0,1%** ; Chi2 = **31,28** ; gdl = **6** (**MS**)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Así por ejemplo, si realizamos un último cruce para analizar el nivel de encuadramiento asociativo de "conocedores" e "ignorantes" de la hipótesis no vírica (ver tabla sig.). Nos encontramos con que más del 90% de los primeros están asociados, ya sea en una entidad de afectados (26%), de Drogas (20%), de Gays-Lesbianas (19%), o de las que intervienen en temas de Prostitución (12%). En cambio, entre los que la ignoran, un 43% no está integrado en ninguna Asociación, y en todos los casos el nivel de participación en cada uno de los diferentes tipos de asociación es significativamente inferior.

Asociaciones a las que pertenecen los conocedores y los que ignoran la hipótesis no vírica

	Si	No
Afectados de VIH- SIDA	25,9%	11,8%
Hemofilia	1,2%	1,6%
Gays-Lesbianas	18,8%	12,4%
Drogas	20,0%	14,0%
Prostitución	11,8%	4,7%
Otras	12,9%	12,7%
No pertenezco a ninguna Asociación	9,4%	42,9%
Total	**100,0%**	**100,0%**



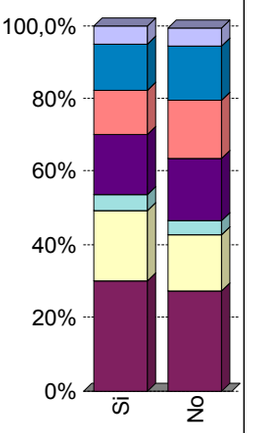
p = **<0,1%** ; Chi2 = **39,22** ; gdl = **6** (**MS**)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Para conocer dónde se informan los que dicen que el SIDA se cura, aunque no existe una fuerte asociación entre ambas variables, sí parece detectarse una mayor exposición de los "optimistas" a los medios de comunicación y a la "literatura médica especializada". Lo que viene a demostrar por un lado, que los medios de comunicación no son rigurosos en sus informaciones y que la literatura especializada, aunque no comente que el SIDA se cura, algo incierto y consensuado en la hipótesis vírica, lo disfraza con terapias paliativas sin insistir lo suficiente en que no curan, solo palian.

¿Dónde se informan los que creen que el SIDA se cura?

	Si	No
Medios de Comunicación	30,7%	28,0%
Literatura médica especializada	19,3%	14,9%
Tu médico	4,0%	3,9%
Asociaciones	16,7%	17,3%
Centro educativo (Colegio,Instituto, Universidad...)	12,0%	15,9%
Amigos	12,7%	15,0%
Otra	4,7%	5,0%
Total	**100,0%**	**100,0%**



p = **73,9%** ; Chi2 = **3,54** ; gdl = **6** (**NS**)

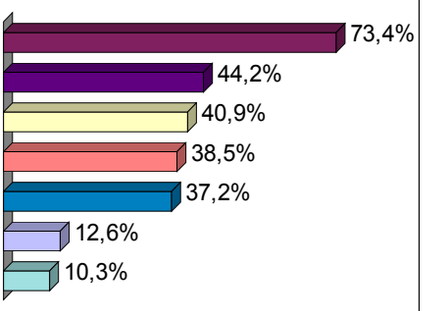
Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Finalmente, la última pregunta de nuestro cuestionario, antes de pasar a las preguntas de corte sociodemográfico, trataba de indagar sobre las fuentes de información de las que se nutren nuestros entrevistados. El resultado obtenido es el que se resume en la tabla siguiente. La fuente más extendida son los medios de comunicación (73%), a la que siguen en orden de importancia las propias Asociaciones de referencia (44%), seguidas muy de cerca por los que dicen consultar literatura médica especializada (41%), los que se nutren de la información recogida durante su formación, en la Universidad, etc. (38%), seguida de los amigos (37%), figurando en último lugar el médico personal como fuente de información sobre el tema, opción a la que de forma significativa se refiere tan sólo el 10% de la muestra.

¿A través de qué fuentes ha obtenido la información que conoces sobre el SIDA? (Posible Respuesta Múltiple)

Suma de los porcentajes diferentes de 100 en función de respuestas múltiples y de las exclusiones.

	Nro.	% obs.
Medios de Comunicación	**221**	**73,4%**
Asociaciones	**133**	**44,2%**
Literatura médica especializada	**123**	**40,9%**
Centro educativo (Colegio,Instituto, Universidad…)	**116**	**38,5%**
Amigos	**112**	**37,2%**
Otra	**38**	**12,6%**
Tu médico	**31**	**10,3%**
Total	**301**	



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Desde el punto de vista profesional distinguimos entre profesiones sanitarias y no sanitarias. Dentro de las sanitarias destacan 25 médicos del resto de las profesiones sanitarias, personal de enfermería, auxiliares, farmacéuticos, etc. Los resultados que arroja el análisis de las respuestas al compararlas con el resto de los que responden es el siguiente: es curioso como un 4% de los médicos considere igual el VIH al SIDA, teniendo en cuenta que son dos términos claramente diferenciados.

¿Es lo mismo VIH que SIDA?				
	Médicos		Otros	
	N	% cit.	N	% cit.
Si	**1**	**4,0%**	**41**	**17,4%**
No	**24**	**96,0%**	**195**	**82,6%**
Total	**25**	**100,0%**	**236**	**100,0%**

p = **8,4%** ; Chi2 = **2,99** ; gdl = **1** (**PS**)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Cabe destacar como sorprendente el dato de que la tercera parte del personal médico encuestado considere que existe un tratamiento que cura el SIDA, frente al 19% de los demás profesionales encuestados. Teniendo en cuenta que la ciencia oficial reflejada en toda la literatura médico-científica ortodoxa considera que los tratamientos para el VIH son paliativos, porque el virus que provoca el SIDA aún no ha podido ser aniquilado del organismo, haciendo llamamiento al SIDA como enfermedad crónica. Es curioso tanto optimismo infundado albergado entre los médicos entre los médicos, por no llamarlo desconocimiento.

¿Cree que existe un tratamiento eficiente para curar el SIDA en la actualidad?		
	Médicos	Otros
Si	**33,3%**	**19,0%**
No	**66,7%**	**81,0%**
Total	**100,0%**	**100,0%**

p = **9,6%** ; Chi2 = **2,77** ; gdl = **1** (**PS**)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

No obstante es conocido entre el personal médico que el tratamiento genera efectos secundarios y cuáles son estos. Por lo que en relación con la pregunta anterior sorprende ese tercio que considera en primer lugar que hay un tratamiento que cura y en segundo lugar que es eficiente, cuando son conocedores de los efectos iatrogénicos del mismo.

¿Sabe si el actual tratamiento para curar el SIDA tiene efectos secundarios?		
	Médicos	Otros
Si	95,2%	56,5%
NO	4,8%	43,5%
Total	**100,0%**	**100,0%**

p = **<0,1%** ; Chi2 = **11,98** ; gdl = **1** (**MS**)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

En relación a la primera causa de muerte en África, los médicos desmitifican el VIH (33%), a favor de la desnutrición (62%). Con ello dejan ver que las bajas defensas se dan fundamentalmente en África consecuencia de la desnutrición y no del VIH. De lo que se deduce que para los médicos de nuestra muestra, la manera de evitar la mortalidad masiva en este continente no sería a través de la dispensación de antirretrovirales, sino de alimentos. El resto de personas de otras profesiones sin embargo, invierten por completo el dato y haciéndose eco de las noticias de los medios de comunicación, fuente mayoritariamente empleada en su información, reproducen la alarma social por ellos creada.

¿Cuál considera que es la primera causa de muerte en África?		
	Médicos	Otros
Bajas defensas y sus consecuencias, provocadas por el VIH	33,3%	61,2%
Bajas defensas y sus consecuencias, provocadas por la malnutrición	62,5%	31,9%
Otros	4,2%	6,9%
Total	**100,0%**	**100,0%**

p = **1,1%** ; Chi2 = **8,99** ; gdl = **2** (**S**)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

Como no podía dejar de ocurrir, hay diferencias significativas en cuanto al uso de las fuentes utilizadas para obtener información, si comparamos a los médicos con el resto de los respondentes. En el caso de los médicos, se prima especialmente la utilización de literatura médica especializada (51%) mientras que su uso desciende hasta el 14% entre el resto de los que responden la encuesta. La

exposición a medios de comunicación es similar para ambos subgrupos, pero en cambio, podríamos decir que el déficit de información a través de la literatura científica, se compensa entre los que no son médicos con el recurso a los amigos y a la información que fluye a través del sistema educativo. En cualquier caso, resulta revelador el hecho de que entre los médicos, exista un desconocimiento prácticamente universal de la hipótesis no vírica, siendo así que basan su información sobre el tema en el estudio de la literatura médica especializada, lo cual revela la clausura informativa que afecta a la bibliografía científico-médica.

¿A través de qué fuentes ha obtenido la información que conoce sobre el SIDA?

	Médicos	Otros
Medios de Comunicación	**27,7%**	**28,6%**
Literatura médica especializada	**51,1%**	**13,9%**
Tu médico	**2,1%**	**4,4%**
Asociaciones	**10,6%**	**18,1%**
Centro educativo (Colegio,Instituto, Universidad...)	**2,1%**	**14,4%**
Amigos	**4,3%**	**15,0%**
Otra	**2,1%**	**5,6%**
Total	**100,0%**	**100,0%**

p = **<0,1%** ; Chi2 = **48,07** ; gdl = **6** (**X**)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta.*

CONCLUSIONES

Se entiende por controversia científica, aquel debate generado entre dos opiniones contrapuestas en relación a la génesis o desarrollo de un hecho científico. Las controversias pueden ser privadas y oficiales o públicas y oficiosas. Las primeras se reducen al ámbito del laboratorio, o en su caso se integran en el funcionamiento oficial de la comunidad científica, como publicaciones especializadas, congresos, centros de investigación en el desarrollo de una ciencia normal, que es la que hace referencia a las actividades usuales que se desarrollan en los laboratorios y centros de investigación. Las controversias científicas públicas transcienden a foros oficiosos paralelos, como medios de comunicación, tribunales e instituciones, entre otros, en el marco de ejecución de una ciencia regulativa, la que se aplica a las actuaciones científicas que tienen lugar en el marco de las controversias científicas públicas. Las controversias privadas oficiales se pueden convertir en públicas oficiosas y viceversa, en la mayoría de las ocasiones como consecuencia de la generación de intereses contrapuestos.

La *ciencia normal* la define Kuhn como: "la investigación basada firmemente en una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo como fundamento para su práctica posterior (…) esas realizaciones son relatadas por los libros de texto científicos, tanto elementales como avanzados. Estos libros exponen el cuerpo de la teoría aceptada" (Kuhn, 1971:33). La *ciencia revolucionaria*, será la superación de la anterior al reemplazar el paradigma antiguo por uno nuevo incompatible con el anterior, en una ruptura descrita como una *revolución científica.*

Las controversias científicas se han de dar en su ámbito natural, el científico. Puede darse la coyuntura de que determinados postulados o hipótesis que pongan en cuestión toda una corriente científica constituida y asentada, sean censurados por ésta y el poder que le confiere su vigencia. En este sentido, intentarán llegar a la clausura de la controversia en cuanto les sea posible, optando por silenciarla mientras tanto. Es esta lógica la que posibilita a la ciencia oficial mantener su vigencia y silenciar las amenazas a la misma, lo que genera una inercia que puede llegar a cohibir la generación de debate en el conocimiento. Una vía para escapar de esta lógica es la socialización de la controversia, es decir, generar un debate paralelo fuera de los ámbitos de exclusividad científica, como pudiera ser en los medios de comunicación, o en el movimiento asociativo crítico, por poner un ejemplo. Es entonces

cuando la controversia científica oficial se convierte en oficiosa, y es a través de este tipo de circunstancias como encuentra la manera de conseguir sobrevivir a su clausura. La presencia pública del debate puede ser contundente o mínima, no obstante, lo importante es que su publicidad, sea ésta mayor o menor, es la condición necesaria que lo posibilita.

El presente trabajo de investigación ha consistido en descubrir, a partir de un estudio de caso: EL SIDA, si *las controversias científicas oficiales y privadas que transcurren en el estricto universo científico y son censuradas por la ciencia normal, sobreviven a su pretendida clausura al convertirse en controversias oficiosas, aunque sea mínima su presencia pública, al ser ésta silenciada por determinados grupos de interés.* Para ello se ha tratado de reconstruir la controversia científica del SIDA a partir del desarrollo de la hipótesis vírica y no vírica de la enfermedad, ambas analizadas desde el principio de simetría; se ha analizado la controversia científica oficial y privada del SIDA desde el funcionamiento interno de la propia ciencia y se ha analizado igualmente la controversia oficiosa y pública del SIDA, que es la que alcanza a expresarse en foros oficiosos paralelos, como medios de comunicación, tribunales e instituciones, entre otros, todo ello en el marco de ejecución de una ciencia regulativa: la que se aplica a las actuaciones científicas que tienen lugar en el marco de las controversias científicas públicas. Para ello se abordará la controversia científica del SIDA desde una perspectiva política y económica, así como la controversia científica del SIDA en los Medios de Comunicación y en la Opinión Pública cualificada, es decir implicada en el tema que nos ocupa, EL SIDA.

El Programa Fuerte en Sociología del Conocimiento (PF), identifica su planteamiento en cuatro principios metodológicos que lo delimitan: causalidad, imparcialidad, simetría y reflexividad, para ser completado su análisis con la teoría de los intereses, causa necesaria, aunque no suficiente, de la producción del conocimiento público, sancionado como acertado o no. En el estudio que nos ocupa se han aplicado explícitamente el principio de simetría y el de imparcialidad como herramientas de análisis apuntadas por el Programa Fuerte y rescatadas en exclusividad por uno de sus brazos, el *Programa Empírico del Relativismo* (EPOR), un enfoque orientado al estudio de las controversias científicas. Según esta corriente, los hechos fundamentales de la actividad científica no se producen en el espacio restringido y sagrado de los laboratorios sino que más bien hay que rastrearlos en la forma que adoptan los debates y controversias científicas, y de modo particular en la forma en que tales debates son

zanjados y se dan por concluidos. Todo lo cual supone, trascender los límites de la academia para conectar las polémicas científicas con el contexto social, político y económico en el que éstas se desarrollan.

Se ha analizado la hipótesis vírica y no vírica, fundamento de la controversia científica planteada en torno al SIDA. En aplicación del principio de simetría, este análisis ha desarrollado cuatro aspectos concretos: etiología o génesis del SIDA, diagnóstico, tratamiento y epidemiología. Se ha seguido el principio de imparcialidad en la presentación de los datos.

Desde la etiología del SIDA se establece una controversia específica en cuanto a la causa del síndrome. La hipótesis vírica pretende constatar empíricamente que es el virus del VIH quien provoca el SIDA. Científicamente aislado y con dos modelos cumulativos de actuación: el modelo de los Drs. Gallo-Montagnier que estuvo aceptado desde 1984 hasta 1995. Según este modelo, el VIH era un *lentivirus*, tenía un *periodo de latencia muy largo* (el Dr. Gallo llegó a hablar de cuarenta años) y era *dificilísimo de encontrar* (incluso en "terminales de SIDA" que a los pocos días morían "víctimas del VIH"). El VIH-modelo-Dr. Ho, se impuso a partir de 1995 y sigue siendo el modelo vigente. Según este modelo, el VIH es un virus a gran velocidad, que se multiplica miles de millones de veces desde el primer día y que se encuentra en todas partes de la persona infectada. En 1995 Montagnier ya había considerado que el VIH por sí solo no podía causar SIDA sino que necesitaba de unos cofactores específicos. Por su parte, la hipótesis no vírica se consensúa sobre la base de que correlación no implica causalidad, y que el VIH no está demostrado empíricamente que sea la causa del SIDA. Dos modelos acumulativos lo avalan, el del Dr. Duesberg, que considera que el virus existe, pero no es patógeno y por lo tanto no es la causa del SIDA y el modelo Papadópulos-Eleópulos que considera que el virus nunca ha sido aislado en las condiciones apropiadas científicamente y por lo tanto, no existe. No es posible que sea la causa del SIDA. Ninguno de estos dos modelos entiende cómo un virus lento, termina siendo rápido. La causa del SIDA que proponen es el estrés oxidativo, sobre las células inmunocompetentes y sobre las reacciones metabólicas del sistema inmunológico, como consecuencia de agentes estresantes químicos, físicos, biológicos, mentales y nutricionales.

En relación al diagnóstico, la hipótesis vírica establece la primera definición de caso SIDA en 1982 por los CDC (Centers for Disease Control) y a medida que se fue ganando en conocimiento se

fueron añadiendo nuevas enfermedades y situaciones. De esta manera en 1985 se describe por primera vez la detección de anticuerpos frente a VIH y su presencia en sangre se considera imprescindible para la definición de un nuevo caso de SIDA. Finalmente, el avance del conocimiento clínico y epidemiológico permite en 1986 el establecimiento de una primera clasificación de la infección por VIH con un alto valor pronóstico. Dicha clasificación sería posteriormente revisada en 1993 para introducir la importancia del nivel de linfocitos CD4. Llegados a ese punto, se considera SIDA a un conjunto de 31 enfermedades más una "no enfermedad" (el recuento de CD4), en presencia de VIH. No obstante, para los países empobrecidos que no pueden hacerse la prueba con los test ELISA, WESTERN BLOT y PCR, por su elevado coste, existen otras definiones como es la de "caso clínico" o "caso Bangui", es decir, se identifican como caso SIDA a aquellas personas que manifiesten tres síntomas de una lista de síntomas más amplia, sin necesidad de tener VIH. Por el contrario, la hipótesis no vírica considera que las pruebas serológicas anteriormente mencionadas no son específicas y no son fiables al dar reacciones cruzadas con bastantes enfermedades comunes. Consideran que al no ser la causa del SIDA un virus, las pruebas diagnósticas serológicas no son la vía apropiada para diagnosticarla.

En realción al tratamiento, la hipótesis vírica, propuso en 1987 como primer fármaco antiviral al AZT. En 1995 llegaron la segunda generación de antivirales, los Inhibidores de la Proteasa, y en 1996 la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), que parecía establecer un horizonte de esperanza para todos aquellos afectados por este síndrome que vivían en las zonas de renta más alta del planeta. Paralelamente, aquellos habitantes afectados de África, Latinoamérica o Asia, seguían mirando directamente a los ojos de la muerte biológica y social, sin poder tener acceso a terapia alguna que viniera acompañada de eficiencia científica, o fuera vehículo de esperanza humana. Actualmente, sólo un 5% de los enfermos de SIDA existentes en el mundo tienen acceso en 2007 a estas terapias de gran actividad. Terapias que, por otra parte, se presentan como terapias paliativas que no curativas y que la hipótesis no vírica, critica ampliamente. La prevención de las prácticas de riesgo es considerada el mejor tratamiento. Sin embargo, la hipótesis no vírica considera que la prevención del SIDA se ha centrado en la prevención de las infecciones por VIH, pero en cambio el comienzo de una enfermedad por deficiencia inmunológica no ha sido tratado por lo general. En cuanto al tratamiento que se aplica, entiende que se deberían evitar las exposiciones a agentes estresantes; desintoxicar los sistemas inmunológicos y los demás sistemas corporales usando agentes quelantes, antioxidantes, dietas desintoxicantes, ayunos,

etc.; estimular el sistema inmunológico con el uso de vitaminas B, factores de crecimiento, linfoquinas, acupuntura, etc.

La epidemiología del SIDA también presenta elementos de controversia. La hipótesis vírica, presenta unos datos que alcanzan los 40.000.000 de personas VIH/SIDA y la hipótesis no vírica considera que existe un gran desorden en la elaboración de estadísticas sobre personas con SIDA y en la transmisión y difusión que se hace de las mismas a través de la literatura científica y de los medios de comunicación de masas. El VIH no aumenta a un ritmo vertiginoso tal y como dicen los medios de comunicación e interioriza la opinión pública. La aplicación de una u otra definición según la parte del mundo en que nos encontremos, las estadísticas unificadas entre personas testadas y no testadas, y la presentación de las estadísticas como datos acumulados, son algunos de los problemas que la hipótesis no vírica denuncia con respecto a la epidemiología oficial. Realmente, esta hipótesis entiende que en los países empobrecidos se consideran como enfermedades del SIDA, aquellas que han sido habitualmente endémicas en la zona.

Se observa por tanto tras un análisis detallado de la información disponible que existe una importante controversia científica entre la hipótesis vírica y no vírica del SIDA. La ciencia normal pretende silenciarla, ayudada por los Estados, solo Sudáfrica y Colombia tienen abierto el debate, y la sociedad civil mayoritaria por desconocimiento. Este pretendido silencio también lleva a la oscuridad a científicos disidentes de la versión oficial que encuentran muy difícil publicar en las revistas científicas de impacto. De esta manera, la publicidad y no oficialidad de la controversia, se convierte en una baza para que esta se mantenga abierta.

Los medios de comunicación de masas tienen una gran influencia en la estructuración y representación de nuestras experiencias cotidianas y en la configuración de la opinión pública, no porque actúen de forma directa sobre nuestras actitudes, sino porque son medios para lograr acceder al conocimiento básico del que dependen muchas actividades sociales: consumo, participación política, solidaridad, estilos de vida, etc. Una información falseada o poco rigurosa influirá engañosamente en el individuo llevándole a modificar conductas al hilo de la racionalidad subjetiva o de la misma irracionalidad, después de haberse construido imágenes subjetivas erróneamente fundadas.

En relación a los medios de comunicación, se ha llevado a cabo un análisis de contenido fundamentalmente conceptual de las informaciones aparecidas en los diarios (El País, ABC, El Mundo, La Vanguardia, La Voz de Galicia), el día 1 de diciembre entre los años 1988-2006, relacionadas con el tema VIH/SIDA. Los diarios han sido elegidos por tener el mayor número de lectores tanto en prensa nacional como local en los últimos años y la fecha 1 de diciembre se ha establecido por coincidir con la fecha oficial designada por la Organización Mundial de la Salud como "Día Mundial del SIDA", desde 1988, año en que comienza el análisis que nos ocupa. Así mismo, se completan con la aparición de algunas informaciones esporádicas pero significativas aparecidas en la prensa española en los últimos años, como es el caso del debate abierto en Diario 16 y el de la manera de abordar de la hipótesis no vírica.

En primer lugar, sorprende que los datos epidemiológicos de la enfermedad no parezcan ser noticia de nivel tan importante como para ser publicados en *el día mundial del SIDA* con asiduidad. Más aún si tenemos en cuenta que es una información proporcionada por un organismo internacional a todas las agencias de prensa y que por lo tanto es un dato fácil de conseguir. Se podría deducir de lo anterior que por parte de los medios de comunicación se le otorga más un carácter de epidemia social que biológica. Igualmente, se dedica poco espacio mediático a las decisiones capaces de transformar o construir la realidad, es decir, a las decisiones políticas e institucionales. Los diarios parece que pretenden difundir la verdad construida con un carácter poco dinámico, ya que las decisiones de este tipo que se publican son estrictamente las que se muestran acordes al poder establecido. La incidencia de informaciones sobre prevención es muy baja, lo que hace que se desaproveche una excelente ocasión para la difusión de medidas que prevengan el acceso a la enfermedad. Se hace alusión en los diarios en muy pocas ocasiones, al tratamiento del SIDA, ni siquiera en fechas como 1996 ó 1997, con la terapia antirretroviral de gran actividad en plena eclosión. Algo que sorprende bastante cuando esta terapia fue el pistoletazo oficial para cronificar institucionalmente la enfermedad. Las informaciones aparecidas en el día mundial del SIDA en todos los diarios estudiados, referentes a etiología, prevención y tratamiento, son informaciones exclusivamente enfocadas desde la hipótesis vírica. Existe una incidencia media de las noticias relacionadas con la solidaridad ante este problema, principalmente ubicadas en los primeros años de la serie histórica analizada, lo que coincide con los años de más rechazo, fundamentalmente debido a la ignorancia que existía en la opinión pública. La incidencia de noticias relacionadas con acontecimientos y movilizaciones de los Comités Antisida y ONG con demandas fundamentalmente

relacionadas con la epidemia, son escasas en la mayoría de los diarios seleccionados. Destaca especialmente la negación de tales noticias por parte del diario ABC, es probable que en consonancia con su línea ideológica conservadora y con una presentación del tema en el que los aspectos moralizantes no han dejado de tener un peso enorme. Excepto el diario El Mundo, con una alta incidencia de noticias de ciencia, los demás diarios publican pocas. Destaca sólo una noticia en dieciocho años relacionada con la posición disidente, dentro del apartado "noticias breves" y probablemente era noticia porque se trataba de recoger la opinión de un Premio Nobel. Apenas aparecen informaciones que relacionen el SIDA con la marginación y la pobreza, excepto en el diario El Mundo. Teniendo en cuenta que los artículos de epidemiología también son asombrosamente escasos, sorprende la falta de datos y de conexión con la realidad en la elaboración de las noticias. No aparecen apenas referencias a la posible influencia de la desnutrición en la destrucción del sistema inmunológico que daría acceso a las enfermedades oportunistas y tampoco a los métodos de diagnostico diferenciado, como es el "caso Bangui". No se observan muchas noticias catastróficas, las pocas que aparecen, eso sí, hacen referencia al continente africano, excepto en una ocasión en que se hace alusión a los jóvenes. En pocos años se hace referencia al lema anual elegido por la campaña internacional, algo que sorprende al tratarse de informaciones que facilitan regularmente las agencias de prensa, y que son noticia por su novedad anual. El tema de la discriminación que sufren los afectados por VIH/SIDA es abordado con una incidencia media. En este sentido, hay que destacar igualmente el hecho de que ni siquiera se hiciera referencia en la prensa nacional a un informe FIPSE sobre discriminación que fue financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por un conjunto importante de empresas farmacéuticas.

La publicidad relacionada que aparece habitualmente entre las informaciones versa sobre campañas de prevención y sobre la Industria Farmacéutica. La prensa española en general y el período histórico estudiado en particular, se manifiesta poco o nada crítica con las situaciones que presenta, lo cual quizás no sea del todo sorprendente teniendo en cuenta que su supervivencia depende en gran medida de la publicidad y de las empresas multinacionales que la financian, cuyos intereses no deberían verse perjudicados. Los pocos testimonios que aparecen de personas afectadas, están en la lógica modélica de la hipótesis vírica del SIDA. Por el contrario, no aparecen testimonios de personas que decidan prescindir del tratamiento o que aborden sus efectos secundarios y hayan tenido una evolución exitosa, siendo así que existen multitud de ejemplos disponibles.

Entre el 16 de marzo de 1997 y el 16 de septiembre del mismo año se sucedieron en Diario 16 una serie de artículos disidentes con la versión oficial, fundamentalmente firmados por Lluis Botinas, presidente entonces de la Asociación *C.O.B.R.A* (Centro Oncológico y Biológico de Investigación Aplicada), hoy presidente de *PLURAL-21* (Asociación para el cuidado de la vida en un planeta vivo). Fue la primera vez en el mundo en que un diario de amplia difusión se prestara a publicar las tesis y críticas sostenidas por la versión que disiente del SIDA vírico. En estos artículos se informaba con un estilo divulgativo sobre los agujeros negros y dudas que suscitaba la hipótesis vírica y oficial del SIDA, desde un enfoque eminentemente crítico, desde aquella fecha, hace ya diez años, nada parecido ha vuelto a suceder pese a que la controversia continúa existiendo. Sin embargo no hubo debate, nadie rebatió lo expuesto.

El análisis de opinión pública se ha llevado a cabo también a través de un sondeo de opinión distribuido por Internet y dirigido específicamente a personas que trabajasen directamente, estuvieran relacionadas o en contacto con los siguientes temas: SIDA, drogas, hemofilia, Gays/Lesbianas y prostitución. La solicitud para la cumplimentación on-line del cuestionario se envió a aproximadamente a 250 asociaciones relacionadas con los temas antes mencionados, de ámbito estatal. No se envió a ninguna asociación de Ceuta y Melilla, al no encontrarse asociaciones con correo electrónico disponible en estas zonas. El cuestionario estuvo activo en Internet, entre el 6 de julio y el 27 de agosto de 2007, lo que supone 34 días hábiles. El diseño del cuestionario y el análisis posterior del sondeo se llevó a cabo con el programa francés Sphinx Survey online. Al haberse diseñado una muestra intencional, completada con la técnica de la “bola de nieve”, los resultados no pretenden ser representativos del estado de opinión de un universo por otra parte de muy difícil definición como es el de la población adulta, y su significación resultará del análisis y consistencia interna que presentan los datos obtenidos, así como su posible adecuación, o no, con las hipótesis de partida. Tanto el análisis de contenido de los Medios de Comunicación como el sondeo de opinión tenían la intención de pulsar la incidencia de la controversia (conocimiento y seguimiento de la misma) entre la opinión pública.

La pregunta clave de nuestro cuestionario, en donde se preguntaba si habían oído hablar o no de la existencia de una hipótesis no-vírica como causa del SIDA, nos ofrece unas respuestas que nos muestran cómo incluso entre este público, especialmente interesado y vinculado al tema, el

desconocimiento de esta otra alternativa es abrumadoramente mayoritario. Únicamente el 15% de los que respondieron dicen conocer la hipótesis no vírica. Con lo que se demuestra una de las hipótesis de partida, esto es, que el cierre informativo ha llegado incluso hasta los círculos de población más directamente interesados/afectados por el tema. La fuente de información sobre el tema más extendida entre los encuestados son los medios de comunicación (73%), a la que siguen en orden de importancia las propias Asociaciones de referencia (44%), seguidas muy de cerca por los que dicen consultar literatura médica especializada (41%), los que se nutren de la información recogida durante su formación, en el Colegio, la Universidad, etc. (38%), seguida de los amigos (37%), y figurando en último lugar el médico personal como fuente de información sobre el tema, opción a la que de forma significativa se refiere tan sólo el 10% de la muestra. Particularmente serio y grave resulta ser el desconocimiento de la hipótesis no vírica entre los que se declaran médicos de profesión, puesto que sólo 1 de los 24 médicos captados como respondentes dice tener conocimiento de la misma. La ignorancia por tanto de la visión alternativa alcanza a más del 95% de los médicos encuestados, lo que es una prueba palpable de la clausura informativa existente sobre la controversia.

De lo anteriormente señalado se desprende que, en el estudio de la controversia mediática en el SIDA, ésta aparece de puntillas en los medios de comunicación de masas, al menos en España. Los dos puntos de vista científicos son tratados con radical asimetría, tanto en la literatura médica especializada que boicotea claramente la hipótesis no vírica en las revistas consideradas de impacto, como en los medios de comunicación, fuente principal del imaginario público. Por lo tanto, la controversia está abierta, existe, es pública y ya oficiosa, pero a la vez pretende ser silenciada y es por ello que los medios de comunicación apenas se hacen eco de la misma, sólo algunos y no los más accesibles. Esto repercute irremediablemente en la opinión pública, en el caso que nos ocupa especializada en el tema, que no recibe más que el punto de vista científico oficial, perteneciente a la *ciencia normal*. No obstante, a pesar de la pretensión de clausura, la controversia sigue abierta en el marco de la llamada por Kuhn, c*iencia revolucionaria.*

Esa intención de silenciar la hipótesis no vírica del SIDA, tanto en la ciencia como en la esfera pública, obedece a unos intereses creados, económicos y de poder, que terminan supeditando la ciencia al sistema, en este caso neoliberal. Se observa cómo la industria farmacéutica busca el poder de las altas

instancias políticas para conseguir la mayor rentabilidad posible, al margen de los principios hipocráticos a favor siempre del paciente. Lo que parece importar menos es la salud de la humanidad, que se ha convertido en un negocio globalizado más, al amparo del sistema neoliberal vigente que lo permite y alienta sin restricciones. Habida cuenta de la magnitud de los beneficios económicos que se dirimen tras la disputa que se mantiene en torno a la cuestión de las patentes y los precios de los fármacos en el caso del tratamiento antirretroviral para el SIDA, sería inimaginable que la investigación de este síndrome diera un giro a favor de las teorías no víricas del SIDA. Ello terminaría con este tratamiento vigente, al no ser considerado eficiente por esta hipótesis, que lo considera perjudicial y iatrogénico. Los miles de billones que se darían por perdidos por la industria farmacéutica en este caso hipotético, ayudan a entender el boicot a la controversia científica, motivado sin duda en buena parte por intereses económicos y subsidiariamente políticos.

Tras el análisis simétrico e imparcial de las hipótesis alternativas, el análisis de la controversia científica y la descripción de la acumulación de intereses al respecto, estamos en condiciones de afirmar que nuestra hipótesis de trabajo para el caso que nos ocupa se sustenta ampliamente a la luz de la evidencia disponible: *la controversia científica oficial y privada del SIDA que transcurre en el estricto universo científico y es censurada por la ciencia normal, sobrevive a su pretendida clausura al convertirse en controversia oficiosa, aunque sea mínima su presencia pública, al ser ésta silenciada por determinados grupos de interés.*

Este trabajo que poseerá sin duda diversas limitaciones, presenta una, que a mi entender, resulta ser la más importante y relevante: África. Se necesitaría explorar con mayor profundidad, en la línea del estudio de caso aquí propuesto, todos los condicionantes, particularidades y aspectos puestos en relación con los intereses creados, que sitúan prácticamente a todo el continente más empobrecido del planeta al borde de la catástrofe incontrolada, más trágica de la historia de la humanidad, aunque eso sí, aparentemente todo se produzca de la forma más impersonal y aséptica. La relevancia de este estudio adicional que creemos urgente, obedece a la necesidad de lograr un replanteamiento de la ciencia del SIDA que dé respuesta a tantos interrogantes como presenta África en relación a esta enfermedad y que se ven materializados en muertes masivas de personas, tan personas como las del mundo enriquecido. La pregunta en la nos que proponemos indagar y materializar esfuerzos adicionales en el futuro es la

siguiente: *¿África muere de SIDA o muere de pobreza y hambre?* Una respuesta afirmativa a la hipótesis SIDA debería llevar a la ciencia, a la política y, especialmente a la industria farmacéutica, a replantearse las estrategias de actuación implantadas en la actualidad cambiándolas por otras más eficientes y rentables en términos de estricta humanidad. Una respuesta afirmativa a la hipótesis de *pobreza y hambre,* debería llevar a asumir por parte de los principales actores la responsabilidad micro y macrosocial al planteamiento de un nuevo sistema político y económico global, basado en unas elaciones equitativas de intercambio que llevarían a modificar todo el sistema actual basado en relaciones de intercambio comercial asimétricas y en la dominación que ejercer los países enriquecidos sobre los empobrecidos, lo que cada vez amplía más las desigualdades existentes.

Al hilo de la propuesta anterior y una vez que se puede afirmar después del trabajo desarrollado que, actualmente las relaciones internas de la ciencia son motivadas en gran medida por los principios capitalistas neoliberales. Sería interesante realizar una interpretación desde la sociología crítica que explique desde un análisis macrosocial, cómo la superestructura económica y política condiciona el funcionamiento del conjunto de la sociedad. Es decir, en que grado el sistema capitalista determina el desarrollo de la ciencia. Para ello, se propone, entre otras, la perspectiva del Sistema-Mundo de Inmanuel Wallerstein.

Finalmente para concluir, se considera que este estudio de caso presenta una línea de investigación abierta como análisis paradigmático de las controversias científicas, pudiéndose aplicar la tesis de partida a otras realidades científicas actuales: *las controversias científicas oficiales y privadas que transcurren en el estricto universo científico y son censuradas por la ciencia normal, sobreviven a su pretendida clausura al convertirse en controversias oficiosas, aunque sea mínima su presencia pública, al ser ésta silenciada por determinados grupos de interés.* Podría ser el caso del cáncer, las medicinas complementarias, o el calentamiento de la tierra, entre otras.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ABBOTT LABORATORIES (1996) *Human immunodeficiency virus types 1 and 2.*Abbot laboratories, Diagnostics Division.

ALCAMÍ, J. (2001) "El sistema inmune en la infección por VIH", en: López de Munaín (coord.*) Lo que debe saber la persona que vive con el VIH-SIDA*. Barcelona: Permanyer.

ANTON, J.A.; et. al. (1999) *Medicina y Filosofía. I Jornadas (actas)*. Sevilla: Seminario de Medicina y Filosofía.

ARONSON, D. L. (1983) "Pneumonia deaths in hemophliliacs" *Lancet* II (1023).

ASCHER, M.S.; et. al. (1993) "Does Drug use can cause SIDA" *Nature* (362): 103-104.

AVILA, A.; et. al. (2001) *Ciencia económica y economía de la ciencia*. Madrid: FCE.

BAGASRA, O.; et. al. (1992) "Detection of human inmunodeficiency virus type 1 provirus mononuclear cells by in situ polymerase chain reaction" *New England Journal of Medicine* (36): 1385-1391.

BALTIMORE, D.; FEINBERG, M.B. (1990) "Quantification of human inmunodeficiency virus in the blood" *New England Journal of Medicine* (322): 1468-1469.

BARRE-SINOUSSI, F., J.C.; et. al. (1983) "Isolation of a T-Lymphotropic retrovirus from a patient at risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome" *New Scientist* (134): 868-871.

BASABE, N.; et. al. (1996): El desafío social del SIDA. Madrid: Fundamentos.

BERNIS, C.; et. al. eds. (2001) *Salud y género. La salud de la mujer en el siglo XXI*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

BETHELL, T. (1996) "Kaposi, virus y poppers", *Medicina Holística* (43): 160-162.

BETHELL, T. (2000) "Mbeki se las ve con la industria del SIDA. El presidente sudafricano expresa sus dudas acerca de la epidemia y del AZT", *Medicina Holística* (60): 140-142.

BIALY, H. (1993) "Cofactores: VIH sin SIDA", *Medicina Holística* (33-34): 28.

BIALY, H. (1994) "El por qué el VIH estará siempre un paso adelante", *Medicina Holística* (35): 119-120.

BLANCO, J.A.; et. al. (1995) *La imagen del SIDA en la prensa español.* Valladolid: Universidad de Valladolid.

BOTINAS, L. (1998) "Informe Colombia-97: SIDA sin VIH: Mito o realidad?", *Medicina Holística* (52): 148-155.

BOU, D. (1995) *Enfermedades de transmisión sexual. Prevención, síntomas y recomendaciones*. Barcelona: Tibidabo Edicions.

BOURDIEU, P.; et. al. (1975) *El oficio de sociólogo.* Buenos Aires: Siglo XXI.

BRANTE, TH. (1993) "Reasons for studying scientific and science-based controversies", en BRANTE, T.H.; et. al. *Controversial science*. New York: State University of New York Press.

BROWN, H.I. (1983) *La nueva filosofía de la ciencia*. Madrid: Tecnos.

BROWN, P. (1992) "How AIDS made patients act up" *New Scientist* (134).

CADAFALCH, J.; FUSTER, M. (1998) "Las infecciones oportunistas en el sida. Impacto de la triple terapia antirretroviral en su espectro clínico y terapéutico", en ACIPAIS *(eds.) Master en Drogodependencias y Sida* Vol. IV. Málaga: Colegio Oficial de Médicos de Málaga.

CALLEN, M. (1990) *Surviving AIDS.* New York: Harper Perennial.

CAMPOS, J.; DE MIGUEL, J. M. (1981) “Sociólogos de bata blanca y médicos con barba: relaciones entre las ciencias sociales y la medicina en España”. *REIS* (15): 133-141.

CARDIN, A. (ed.) (1991) *Sida: enfoques alternativos*. Barcelona: Laertes.

CARRERAS PANCHÓN, A. (1991) *Miasmas y retrovirus.* Barcelona: Fundación Uriarch.

CARRERAS PANCHÓN, A. (1998) "Historia del SIDA y de las drogas", en ACIPAIS (eds.) *Master en Drogodependencias y Sida,* Vol. IV. Málaga: Colegio Oficial de Médicos de Málaga.

CASTELLS, M. (1986) *La ciudad y las masas. Sociología de los movimientos sociales urbanos.* Madrid: Alianza Universidad.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (1981) "Pneumocystis pneumonia. Los Angeles" *MMWR (Morbidity Mortality Weekly Report. Boletín epidemiológico Semanal del Servicio de Salud Pública de Los Estados Unidos de América)* (30): 250-252.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (1981) "The second 100,000 cases of Acquired Immunodefficiency Syndrome - United States", *MMWR (Morbidity Mortality Weekly Report. Boletín epidemiológico Semanal del Servicio de Salud Pública de Los Estados Unidos de América* (39): 28-29.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (1982) "Update on acquired immune deficiency sindrome (AIDS)" *MMWR (Morbidity Mortality Weekly Report. Boletín epidemiológico Semanal del Servicio de Salud Pública de Los Estados Unidos de América)* (31): 507-514.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (1987) "Revision of the CDC surveillance case definition for acquired inmunodeficiency syndrome" *Journal American Medical Association* (258): 1143-1154.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (1992a) *HIV/AIDS Surveillance, Year end-Edition.* Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.

CLARK, S. J.; et. al. (1991) "High titers of citopathic virus in plasma of patients with symptomatic primary HIV infection" *New England Journal of Medicine* (324): 954-950.

CLAVERO, G. (1991) "Los canales de la comunicación en el caso del sida" *Jano* XLI (Número Extra Octubre): 45-56.

COFFIN, J.; HAASE, A; LEVY, J.A.; et. al. (1983) "Human Immunodeficiency Viruses" *Science* (232): 697.

COLLINS, H.M. (1985) *Changing Order*. Londres: Sage.

COLLINS, H. M.; PINCH, T.J. (1996) *El Golem. Lo que todos deberían saber sobre la ciencia.* Madrid: Crítica.

CONNOR, S. (1987) "One year in pursuit of the wong virus" *New Scientist* (113): 49-58.

CHIU, P.; DUESBERG, P. ( ) "La toxicidad del AZT en humanos y animales" *Medicina Holística* (45):157-164.

DE ANDRÉS, R. (2001) "Transmisión y prevención ocupacionales Profilaxis pos.exposición ocupacional y no ocupacional no perinatal", en Bueno F; Nágera R. (Ed.) *Salud Pública y SIDA.* Madrid: Doyma.

DE BIASI, R.; et. al. (1991) "The impact of a very higaht purity of factor VIII concentrate on the inmune system of human inmunodeficiency virus-infected hemophiliac: a ramdomized, prospective, two years comparison with an intermediate purity concentrate Blood" *Blood* (78): 1919-1922.

DELGADO, A. (1998) *Sida, un problema de todos. Perspectivas para el próximo milenio.* Madrid: Asesores de Comunicación e Imagen.

DES JARLAIS, D.; et. al. (1987) "Development of AIDS, HIV seroconversion, and potential cofactors for T4 cell loss in cohort of intravenous drug users", *AIDS* (1): 105-111.

DI TROCCHIO, F. (2005) *Las mentiras de la ciencia.* Madrid: Alianza.

DOMINGO, P. (2001) "Historia natural de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Replicación viral", en López de Muniaín (coord.*) Lo que debe saber la persona que vive con el VIH-SIDA.* Barcelona: Permanyer.

DUESBERG, P.H. (1987) "Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality" *Cancer Research* (47): 1199-1229.

DUESBERG, P.H. (1990) "AIDS: non.infectious deficiencies acquired by drug consumption and other risk factors", *Res. Immun* (141): 5-11.

DUESBERG, P.H. (1991) "AIDS epidemiology: inconssistencies with human immunodeficiency virus and with infectous disease", *Proceedings of the National Academy of Sciences U.S.A.* (88): 1575-1579.

DUESBERG, P.H. (1992) "AIDS: the alternative view (letter)", *Lancet* (339): 1547.

DUESBERG, P.H. (1993a) "El derecho de replica", *Medicina Holística* (33): 46-48.

DUESBERG, P.H. (1993b) "La laguna del VIH en las estadísticas nacionales del SIDA", *Medicina Holística* (35): 113-116.

DUESBERG, P.H. (1993c) "Sida adquirido por consumo de drogas y otros factores de riesgo no contagioso" *Medicina Holística* (33-34): 131-228.

DUESBERG, P.H. (1994) "SIDA infeccioso. Llevando la teoría más allá de sus límites" *Medicina Holística* (39): 139-152.

DUESBERG, P.H. (1996a) *Inventing the AIDS Virus.* Washington: Regnery Publishing.

DUESBERG, P.H. (1996b) "El enigma de los virus lentos", *Medicina Holística* (43): 164-165.

DUVERGER, M. (1976) *Sociología de la Política*. Barcelona: Ariel.

EL PAÍS (2006) *Anuario 2006*. Madrid: Ediciones El País.

ELLISON, B. (1994) "La agenda secreta tras el VIH. Inventando la epidemia del SIDA" Medicina Holística (37): 29-38.

ELLISON, B. (1998) "El VIH como un marcador alternativo del uso de drogas: Un nuevo analisis del men´s health study de San Francisco", *Medicina Holística* (49): 138-141.

ELSTER, J. (1990) *Tuercas y tornillos. Una introducción a los conceptos básicos de las ciencias sociales*. Barcelona: Gedisa.

ELSTER. J (1994) *Lógica y sociedad. Contradicciones y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.

EMBID, A. (1992a) "El tratamiento de SIDA con AZT Caro, peligroso e ineficaz", *Medicina Holística* (31): 35-37.

EMBID, A. (1992b) "Las estadísticas no se ponen de acuerdo", *Medicina Holística* (30): 120.

EMBID, A. (1992c) *Estimular las defensas de otra forma: medicina china, fitoterapia, qi jong, oligoelementos, homeopatía*. Madrid: Asociación Medicinas Complementarias.

EMBID, A. (1993a) "El descubridor del virus acusado de perjurio. El instituto nacional de la salud americano implicado", *Medicina Holística* (33-34): 295.

EMBID, A. (1993b) "Entrevista con el profesor Montagnier", *Medicina Holística* (33-34): 35-37.

EMBID, A. (2000) "Invención de la epidemia del SIDA", *Medicina Holística* (59): 131-143.

EMBID, A. (2001) "Lo que los Medios de Comunicación no nos han contado sobre: ¿Qué ha pasado en Sudáfrica? *Medicina Holística* (61): 160-170.

ENGELHARDT, H.T.; CAPLAN, A.L. (eds.) *Scientific controversies. Case studies in the resolution and closure of disputes in science and technology*. New York: Cambridge University Press.

EPSTEIN, S. (1996) *Impure Science: AIDS, activism, and the politics of knowledge.* Berkeley: University of Califonia Press.

ESSEX, M.; KANKI, J. (1988) "Origen del virus del SIDA" *Investigación y Ciencia* (Diciembre).

FARBER, C. (1993) "Simposium internacional del SIDA en Amsterdam. Perspectivas alternativas del SIDA exploradas en Amsterdam", *Medicina Holística* (32): 135-137.

FARBER, C (1994) "¿Sirven para algo los recuentos de CD4?" *Medicina Holística* (38): 129-134.

FARBER, C. (1996) “El nacimiento escandaloso del AZT”, *Medicina Holística* (41): 147-157.

FARBER, C. (1999) "Miedo y asco en Ginebra", *Medicina Holística* (54): 118-121.

FAUCI, A.S. (1993a) "CD4 T-Lymphocytopenia Without HIV Infection- No Camara, No Lights, Just Facts" *NEJM* (328): 429-431.

FAUCI, A.S. (1993b) "Immunopathogenesis of HIV infection" *Journal of Immunodeficiency Syndromes* (6): 655-662.

FERNÁNDEZ-CRUZ, E. (1998) "Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): virología, etiopatogenia y diagnóstico", en ACIPAIS (eds) *Master en Drogodependencias y Sida.* Vol. IV. Málaga: Colegio Oficial de Médicos de Málaga.

FLECK, L. (1994) “Sobre la crisis de la *realidad* “*REIS* (67): 25-261.

FLORES, J. (2002) "Tratamiento alternativo en 200 pacientes VIH-Positivos de distintos países", *Medicina Holística* (68): 147-161.

FORCADES i VILLA, T. (2006) *El crimen de las grandes compañías farmacéuticas.* Barcelona: Cristianisme i Justicia.

FORT, M.; et. al. (comp) (2006) *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privación de un bien público*. Barcelona: Paidós.

FOUCAULT, M. (1996) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* México: Siglo veintiuno.

FRANGIPANE, R. (1997) “Sistematización de la inmunidad en el SIDA” *Revue francaise de MTC* (174): 81-87.

FRIEDLAND, B.A. (1979) *Burrows Textbook of Microbiology.* Philadelphia: W.B. Saunders Co.

FULLER, S. (1997) *Science.* Minneapolis: University of Minnesota.

GAFO, J. (eds) (1989) *El sida. Un reto a la sanidad, la sociedad y la ética*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

GALLO, R. (1987a) "El primer retrovirus humano" *Investigación y Ciencia* (Febrero): 18-29.

GALLO, R. (1987b) "El virus del SIDA" *Investigación y Ciencia* (Marzo): 32-43.

GALLO, R. (1991) *Virus-Hunting AIDS, Cancer, and the Human Retrovirus: A Story of Scientific Discovery.* New York: Basic Books.

GALLO, R.; et. al. (1983) "Isolation of Human T-Cell Leukemia Virus in Acquired Inmune Deficiency Syndrome (AIDS)" *Science* (220): 500-502.

GALLO, R.; MONTAGNIER, L (1988) "El sida hoy" *Investigación y Ciencia* (Dic.): 6-12.

GIERYN, T. (1983) "Boundary-work and the demarcation of science from non-science: strains and interests in proffesional ideologies of scientists", *Americam Journal Review (48):* 781-795.

GIRALDO, R. (1996) "Polémica científica internacional acerca de la causa del SIDA", *Investigación y educación en enfermería* 15 (2): disponible en http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/sida.html.

GIRALDO, R. (1998) "Everyone Reacts Positive on the ELISA Tests for HIV (Todos reaccionamos positivo ante el Test ELISA del VIH)", *Continuum* 95 (5): 8-10.

GIRALDO, R. (2001a) "Las pruebas para diagnosticar la infección por VIH no son adecuadas.", *Medicina Holística* (65): 167-179

GIRALDO, R. (2001b) "Los agentes estresantes inmunológicos son las verdaderas causas del SIDA", *Medicina Holística* (65): 159-166.

GIRALDO, R. (2001c) *Agentes estresantes inmunológicos.* Antioquia (Colombia): Universidad de Antioquia.

GIRALDO, R.; et. al. (2002) "Notas preliminares sobre el encuentro científico de Barcelona", *Medicina*

Holística (68): 164-171.

GIRALDO, R. (2002) “Reunión sobre nutrición y VIH_SIDA de la Comunidad para el desarrollo de Sudáfrica (SADC) *Medicina Holística* (70):325-329.

GIRALDO, R.; et. al. (2003) "Es razonable tratar o prevenir el SIDA con antiretrovirales tóxicos en mujeres embarazadas, bebes, niños o cualquier otra persona? La respuesta es no", *Medicina Holística* (71): 355-395.

GOODELL, R (1987) “The role of the Mass Media in scientific controversy” en

ENGELHARDT, H.T.; CAPLAN, A.L. (ed.) *Scientific controversies. Case studies in the resolution and closure of disputes in science and technology*. New York: Cambridge University Press.

GONZÁLEZ, E. (1994) *Conocimientos y opiniones de los médicos de atención primaria de Madrid sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como base para la planificación de los recursos asistenciales*. Madrid: Universidad Complutense Tesis doctoral Facultad de Medicina.

GONZÁLEZ, M.L.; et. al. (1996) *Ciencia, tecnología y sociedad*. Madrid: Tecnos.

GONZÁLEZ, W.J. (2004) *Análisis de Thomas Kuhn: las revoluciones científicas*. Madrid: Trotta.

GOTTLIEB, M. S.; et. al. (1981) "Pneumocystis pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a New Adquired Cellular immunodeficiency" *N Engl J Med.* (305): 1425.

GOUQIN, L.; et. al. (1997) “Observación clínica: investigación Clínica en MTC y Farmacológica en el tratamiento de las infecciones respiratorias en el SIDA” *Revista italiana di medicina tradizionale cinese*, 67 (1):31-34.

GRMEK, M. (1992) *Historia del SIDA*. Madrid: Siglo veintiuno editores.

HANQUET, E. (1991) *La enfermedad es un invento del hombre.* Valencia: Estudio Bioinformación.

HÄSSIG, A. (1994) "Nuevos pensamientos sobre el SIDA", *Medicina Holística* (35): 123-128.

HAVERKOS, H. W. (1990) "Nitrite inhalant abuse and AIDS-related Kaposi´s sarcoma", *AIDS* (3 (Suppl. I)): S47-S50.

HAVERKOS, H.W. (1988) "Kaposi´s sarcoma and nitrite inhalants", en *Phychological, nuropsychiatric and substance abuse Aspects of AIDS* Editado por T. P. et. al. BRIGDE. New York: Raven Press.

HELER, M. (2004) *Ciencia incierta*. Buenos Aires: Biblos.

HO, D. (1995) "Time to hit HIV, early and Hard", *New England Journal of Medicine* (333): 450-451.

HO, D.; et. al. (1995) "Rapid Turnover of Plasma Virions and CD4 Lymphocites in HIV-1 Infection", *Nature* (373): 123-126.

HODGKINSON, N. (1993) "De como una gigantesca firma de medicamentos financia los grupos de presión del SIDA", *Medicina Holística* (33-34): 241-243.

HODGKINSON, N. (1994a) "Nuevas dudas sobre la infección del SIDA al declararse los test al VIH no validos", *Medicina Holística* (35): 133-135.

HODGKINSON, N. (1994b) "El premio Nobel de quimica ataca la teoria del virus VIH como causa del SIDA", *Medicina Holística* (35):135-137.

HODGKINSON, N. (1995) "Dossier medicina y tercer mundo: III parte. Hay SIDA en el tercer mundo? La plaga que nunca se dio", *Medicina Holística* (40): 65-71.

HUANG WEIPING et. al. (1990) “Observación clínica de 22 casos de infección de VIH tratados con AI TONG” *Journal of tradicional chinese medicine*. 40 (10): 606.

HUANG YAOZHOU; et. al. (2001) “Observación clínica sobre el efecto terapéutico de la tableta JI DE SHENG SHE YAO en 16 casos de SIDA complicado con Herpes Zoster” Journal of TCM. 21 (1): 34-36.

HÜBNER, K. (1981) *Crítica de la razón científica.* Barcelona: Alfa.

INFORME FIPSE (2005): *Discriminación y VIH/SIDA.* Madrid: MSC.

INGROSSO, M. (1997) *Ecologia sociale e salute*. Milano: Franco Angeli.

IRANZO, J.M.; et. al. (coords) (1994) *Sociología de la ciencia y la tecnología*. Madrid: CSIC.

JARA, M. (2007) *Traficantes de salud, Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria.

JASANOFF, S. (1990) *The fifth branch. Science advisors as policymakers.* Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press.

JASANOFF, S.; et. al. (1995) *Handbook of science and technology studie.* London: Sage.

JEKES J.F.; et. al. (1996) "The Study of Causation in Epidemiologic Investigation and Research. Assessment of Risk in Epidemiologic Studies.", en *Epidemiology, Biostatistics Preventive Medicine* Philadelphia: W.B. Saunders Compan.

JIN PEIXIANG; et. al. (1998) “Prevención y tratamiento del SIDA por medio de la aplicación de la doctrina de la enfermedad húmeda”. *Traditional chinese medicinal research.* 11 (6): 5.

JOHNSON, C. (1994) "Conferencia sobre las hipótesis disidentes del SIDA de la mayor organización científica de los EE.UU. la asociación americana para el avance de la ciencia. Una batalla ganada en la guerra del SIDA”, *Medicina Holística (3*8): 107-118.

JOHNSON, C. (1995) "Dossier medicina y tercer mundo: III parte: Hay SIDA en el tercer mundo?: SIDA en Asia y en África", *Medicina Holística* (40): 74-76.

JOHNSON, P. (1996) "El juego de los números", *Medicina Holística* (43): 172.

JÜRGENSON, J. (2002*) Las mentiras lucrativas.* Madrid: Ediciones de la Nueva Medicina.

KOLIADIN, V. (1997) “Hay SIDA sin VIH”. Medicina Holística (46): 133-134.

KUHN, T. (1989) ¿Qué son las revoluciones científicas? Barcelona: Paidós.

KUHN, T. (1971) La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE.

LAMO DE ESPINOSA et. al. (1994) *Sociología del Conocimiento y de la Ciencia*. Madrid: Alianza.

LANKA, S. (1995) "VIH - ¿Realidad o artefacto?", *Medicina Holística* (41): 185-188.

LATOUR, B. (1992) *Ciencia en acción*. Barcelona: Labor.

LATOUR, B. y WOOLGAR, S. (1995) *La vida en el laboratorio*. Madrid: Alianza.

LATOUR, B. (2001) *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia* Barcelona: Gedisa.

LAUDAN, L. (1993) *La ciencia y el relativismo*. Madrid: Alianza.

LAURITSEN, J. (1990) *Poison by prescription - The AZT story.* New York: Asklepios Press.

LAURITSEN, J. (1993a) "SIDA: etiología y tratamiento", *Medicina Holística* (33-34): 247-248.

LAURITSEN, J. (1993b) "Disidentes en la conferencia de SIDA de Berlín", *Medicina Holística* (33).

LAURITSEN, J. (1995) "Revalorando el SIDA. Simposio sobre el VIH en la conferencia de la AAAS", *Medicina Holística* (38): 120-126.

LAURITSEN, J.; et. al. (1986) D*eath rush, poppers and aids.* New York: pagan press.

LAWRENCE, J. (1986) "SIDA y sistema inmunitario" *Investigación y Ciencia* (Febrero).

LEHRMAN, N.S. (1993) “El riesgo del SIDA y las drogas orales” Rethinking AIDS 1 (6).

LEVY, J.A. (1993) "Pathogenesis of human immunodeficiency virus infection", *Microbiological Reviews* (57): 183-289.

LEVY, J.A. (1998) "Overall features of HIV pathogenesis: prognosis for long-term survival", en *HIV and the*

pathogenesis of AIDS ASM Press ed. Washington D.C.

LEVY, J.A.; et. al., (1984) "Isolation of a Lyimphadenopathic retroviruses from San Francisco patients whit AIDS" *Science* (225): 840-842.

LI PING; et. al. (2000) "Estudio inicial sobre el mecanismo de Zhong-yan-II en la actividad antivírica contra el virus de inmunoeficiencia simica" *Journal of Beijing university of TCM*. 23 (1): 25.

LIU ZHANG; et. al. (2000) "Efectos del QIAN_KUN_NIN, una fórmula fitoterapéutica china, en personas VIH-positivas: un estudio piloto. American jorunal of chinese medicine.28 (3-4): 305-312.

LÓPEZ BERNALDO DE QUIRÓS, JC., *"Nuevos paradigmas en la investigación clínica tras la aparición del VIH (1985-1996)",* en *FORO 25 AŃOS DE SIDA. Antirretrovirales: los medicamentos que cambiaron el mundo (1985-2005).* Madrid: Fundación para la Investigación y Prevención del SIDA en España

LU WEIBO; et. al. (1997a) "Informe de 8 pacientes de VIH/SIDA convertidos a seronegativos con medicina tradicional china" *Chinese journal of integrated traditionl and western medicine*. 17 (5): 271.

LU WEIBO; et. al. (1997b) "Progreso del tratamiento de MTC para el SIDA" *Journal of TCM.* 38 (6) 368.

LU WEIBO (1998) "Dificultades en el aumento de la eficacia del VIH/SIDA y sus puntos de ruptura" *Chinese journal of integrated tradicional and western medicine*. 18 (6): 327.

MACINTYRE, R.C.; et. al. (1997) "Medicina complementaria alternativa y VIH/SIDA. PARTE II. Análisis de la literatura seleccionada" *Journal of the association of nurses in aids care*, 8 (2): 25-38).

MADDOX, J. (1992) "Rage and confusion hide role of HIV", *Nature* (357): 189.

MAGGIORE, C. (2000) "Los delegados africanos reevalúan el SIDA - La agencia de información US presenta a Maggiore & Rasnick", *Medicina Holística* (59): 161-164.

MAGGIORE, C. (2001) *¿Qué tal si todo lo que crees a cerca del SIDA fuera falso?* California: American

Foundation for AIDS Alternatives.

MANERO VARGAS, F.J. (1994) "Salud y rentabilidad económica", *Medicina Holística* (36): 139-144.

MARTÍNEZ, J.L. (eds) (2003) *Comités de bioética.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

MAVER, R. (1993a) "La infección por VIH. ¿Es la principal causa de muerte en adultos jóvenes?", *Medicina Holística* (33-34): 109-111.

MAVER, R. (1993b) "Probando las pruebas del SIDA", *Medicina Holística* (33): 107-108.

MAVER, R. (1993c) "SIDA en los EE.UU: Una epidemia creciente?", *Medicina Holística* (33-34): 101-103.

MAVER, R. (1996) "El juego de los números ", *Medicina Holística* (42): 150.

McCORMICK J.B. (1996) *Virus Hunters of the CDC.* Atlanta: Turner Publishing.

McMULLIN, E. (1987) "Scientific controversy and its termination" en ENGELHARDT, H.T.; CAPLAN, A.L. (ed.) *Scientific controversies. Case studies in the resolution and closure of disputes in science and technology*. New York: Cambridge University Press, pp. 49-93.

MEDICINAS COMPLEMENTARIAS (1994) *Repensar el SIDA.* Madrid: Asociación Medicinas Complementarias.

MEMORANDUM FROM A WHO MEETING (1985) "The adquired immunodeficiency syndrome AIDS" *Bull WHO* (63).

MENDILUCE, J.M., (1998) *Tiempo de rebeldes*. Barcelona: Planeta.

MERTON, R.K. (1964) *Teoría y estructura social*. México: FCE.

MERTON, R.K. (1976) *Ambivalencia Sociológica*. Madrid: Espasa Calpe.

MERTON, R.K. (1977) *Sociología de la Ciencia vol.1 y 2*. Madrid: Alianza.

MIR, S. (1993) *Problemas jurídico-penales del SIDA*. Barcelona: Instituto de Criminología de la Universidad de Barcelona.

MOLINA, A.M. (1999) *El "programa fuerte" de la sociología de la ciencia. Un estudio crítico.* Granada: Universidad de Granada.

MONTAGNIER, L. (1986) "Lymphadenopathy Associated Virus: Its role in the pathogenesis of AIDS and related diseases" *Progr. Allergy* (37): 46-64.

MONTAGNIER, L. (1995) *De virus y de hombres: la carrera contra el SIDA.* Madrid: Alianza.

MONTIEL, L. (coord.) (1993) *La salud en el estado de bienestar.* Madrid: Editorial Complutense.

MORIN, E. (1977) *El Método*. (vol. 1) Madrid: Cátedra.

MORIN, E. (1983) *El Método*. (vol. 2) Madrid: Cátedra.

MORIN, E. (1988) *El Método*. (vol. 3) Madrid: Cátedra.

MORIN, E. (1994) *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

MULLIS, K. (1997) "No hay pruebas científicas de que el VIH cause el SIDA", *Medicina Holística* (46): 178.

MULLIS, K.; et. al. (2002) "Otras hipótesis sobre el SIDA" Medicina Holística (66): 151-157.

NÁGERA, R. (1990) *De la Biomedicina a la Sociedad.* Madrid: EUDEMA.

NÁGERA, R. et. al. (1987) *Sida. Un problema de salud pública.* Madrid: Díaz de Santos.

NATHANIEL, S. LEHRMAN M. D., (1996) "Amordazando y destruyendo a los disidentes del SIDA: La ultima fase de la inquisición de McCarthy", *Medicina Holística* (42).

NIU XIALOLING (1998) "Progreso en el tratamiento del SIDA con medicina china en los últimos diez años" *Journal of tradicional chinese medicine*. 13 (5): 64.

NULL, G. (2002) *AIDS a second opinion.* New York: Seven Stories Press.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS) (1998) Hacer frente al SIDA. Informe del Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo. Washington: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS) (2001) "Definición de caso: Síndrome de Inmundeficiencia Adquirida (SIDA)" *Boletín Epidemiológico* 22 (2).

OZSOY M.; et. al. (1999) "¿Cuán eficaces son las terapias complementarias en el tratamiento del VIH y el SIDA? Un estudio sistemático" *Internacional Journal study aids*. 10 (10): 629-635.

PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. (1988) "reappraisal of AIDS - Is the oxidation induced by the risk factors the primary cause?", *Med. Hypotheses* (25): 151-162.

PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. (1993) "Stress oxidativo, VIH y SIDA", *Medicina Holística* (33): 83-88.

PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. (1994) "Pruebas de los anticuerpos frente al VIH en cuestión: Auto-reactividad y otros problemas asociados.", *Medicina Holística* (36): 145-162.

PAPADOPULOS-ELENOPULOS, E.; et. al. (1993) "Is a positive Wester Blot proof of HIV infection?", *Bio/Technology* (11): 696-707.

PAPADOPULOS-ELEOPOLUS, E; TURNER, V. (1995) "Dossier medicina y tercer mundo: III parte. Hay SIDA en el tercer mundo?: SIDA en Africa", *Medicina Holística* (40): 71-74.

PAPADOPULOS-ELENOPULOS, E.; et. al. (1996) "The isolation of VIH: Has it really been achieved? The case against,", *Cintinuum* 4 (3): 1-24.

PELAYO, S.; et. al. (1995) *Problemas del Tratamiento Jurídico del SIDA*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

PHILIP, E; JOHNSON, E. (1995) "VIH y SIDA: Estado actual de la controversia" *Medicina Holística* (40): 59-64.

PHILPOTT, P. (1996) "Nuevos inhibidores de la proteasa", *AIDS* 4 (3).

PHILPOTT, P. (1998) "Será Colombia el primer país en cambiar la política sobre el SIDA?", *Medicina Holística* (51).

PHILPOTT, P. (1999) "Investigación actual sobre el SIDA: Sida Yatrogeno", *Medicina Holística* (53).

PHILPOTT, P. (1999) "Investigación actual sobre el SIDA: Tony Brown", *Medicina Holística* (53).

PHILPOTT, P. (1999) "Investigación actual: El último congreso mundial del SIDA se negó a tomar en cuenta a los disidentes", *Medicina Holística* (57).

PHILPOTT, P. (1999) "Investigación actual: Más dólares en impuestos para los fármacos del SIDA", *Medicina Holística* (57).

PHILPOTT, P. (2000) "Desde Portland una importante revista africana reevalúa el modelo VIH-SIDA", *Medicina Holística* (59).

PHILPOTT, P. (2000) "Investigación actual sobre el SIDA", *Medicina Holística* (62): 167-172.

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA (1996) Investigación española sobre VIH/SIDA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

PJATTS, M. (1996) *SIDA: Aproximaciones éticas* .México: Fondo de Cultura Económica.

PLUMLEY, P.W. (1994) "SIDA: El juego de las grandes cifras", *Medicina Holística* (35): 117-119.

POLLACK, S.; et. al. (1985) "Impaired immune function in hemophilia patients treated exclusively with cryoprecipitate: relation to duration of treatment", *Am.J. Hematol* (20): 1-6.

POPPER, K. (1974) *Conocimiento objetivo*. Madrid: Tecnos.

RASNIK, D. (1998) Ho y col.:"El VIH no infeccioso es patógeno. Reportaje sobre un importante congreso", *Medicina Holística* (52): 141-147.

ROBERTS, J. (2008) *Fear of the invisible*. Bristol: Impact Investigative Media Productions.

RODENAS, P. (2000) *El medico naturista opina*. Barcelona: Océano-ámbar.

ROOT-BERNSTEIN, R. (1992a) "SIDA sin VIH", *Rethinking AIDS* 1 (2).

ROOT-BERNSTEIN, R. (1992b) Rethinking Aids: the tragic cost of Premature Consensus. Free Press.

ROOT-BERNSTEIN, R. (1993a) "La paradoja de las prostitutas", *Medicina Holística* (33): 105-106.

ROOT-BERNSTEIN, R. (1993b) "Reconsiderando el SIDA. El trágico coste de un consenso prematuro", *Medicina Holística* (33): 56.

ROOT-BERNSTEIN, R. (1993c) "SIDA sin VIH", *Medicina Holística* (33): 29.

ROSEMBERG, M.; WIENER, J.M. (1988) "Prostitutes and AIDS: a health department priority", *American Journal of Public Health* (78): 418-423.

ROSS, G. (1994) "Coordinación de las demandas internacionales contra la Wellcome por muerte debida al AZT. Cuando la prevención puede ser peor que la cura", *Medicina Holística* (37): 151-152.

ROTHMAN, K.J., (1987) "Causal Interference in Epidemiology. Multivariate Analysis. Interaction Between Causes. Analysis with Multiple Levels of Exposure.", en *Modern Epidemiology* Boston: Little Brown.

RUIZ, J.I. (2003) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

SÁNCHEZ, I. (1997) “Experiencias clínicas de los niños seropositivos/ SIDA” *Medicina Tradicional.* (128): 13-18.

SÁNCHEZ, I. (1999) “3 años de tratamiento en niños seropositivos-SIDA: confirmando la esperanza de sanación” *Medicina Tradicional* (149): 13-21.

SCHWARZ, M. y M. THOMPSON (1990) *Divided we stand: Redefining politics, technology and social change.* London: Harvester Whaetsheaf.

SELIGMANN, M.; et. al. "AIDS an inmunologic reevaluation" *New England Jounal Od Mecine* (311): 1286-1292.

SELIK, R. M.; et. al., (1900) "Impact of the 1987 revision of the case definition of adquired immune deficiency syndrome in the United States", *AIDS* (3): 73-82.

SEYLE, H., (1982) "History and present status of the stress concept", en *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* Editado por L. Goldberg y S. Beznitz. New York: Free Press.

SHENTON, J. (1993) "SIDA y África", *Medicina Holística* (33).

SHENTON, J. (1994) "La Welcome y las instituciones, demandadas por muerte causada por el ELAZT", *Medicina Holística* (35).

SMITH, M. (2000) "Acupuntura en el tratamiento del VIH. Resumen". *Acupuntura and electrotherapeutics research*. "5 (3-4): 226.

SOKAL, A.; BRICMONT, J. (1999) *Imposturas intelectuales.* Barcelona: Paidós.

SONNABEND, J.A. (1989) "Hechos y especulaciones sobre la causa del SIDA", *AIDS FORUM* 2 (1)

SONNABEND, J.A. (1993) "Hechos y especulaciones sobre la causa del SIDA", *Medicina Holística* (33): 59-72.

STEWART, G. (2001) "Un paradigma bajo presión" Duesberg y Rasnick revisados" Medicina Holística (63): 169-176.

SPARBER A.; et. al. (2000) "Uso de la medicina complementaria por pacientes adultos que participaron en ensayos clínicos de VIH/SIDA". *Journal of alternative and complementary medicine*. 6 (5): 415-422.

SPSTEIN, S. (1996) *Impure Science.* Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

TINDALL, J. (1999) "VIH y SIDA: Medicina Tradicional China. Perspectiva desde un terapeuta" *Compmed*

Bulletin. 1 (10): 6.

TORRES, C. (1994) *Sociología política de la ciencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

UÑA JUÁREZ, O. (1989) *Materiales para una sociología del conocimiento*. San Lorenzo de El Escorial: Ediciones del Anuario Jurídico y Económico Escurialense.

UÑA JUÁREZ, O. (2004) *Diccionario de Sociología.* Madrid: ESIC.

USIETO, R. (1991) *Anomia y marginación social. Poblaciones expuestas al SIDA. Un análisis concreto*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

VEBLEN, T. (1993) "El lugar de la ciencia en la civilización moderna" *REIS* (61): 93.

VILMER, F.; BARRE-SINOUSSI, F.; et. al. (1984) "Isolation of a Lyimphotropic retrovirus from two siblings with haemophilia B, one with AIDS" *Lancet*: 753-757.

WALDRON, S. (1999) "VIH y SIDA. Una opinión" *Compmed Bulletin*. 1 (10): 2.

WALKER, M. (1995) "Medicina Sucia" Medicina Holística (35): 41-43.

WANG JIAN; et. al. (2000) "Investigación clínica sobre el tratamiento de 22 pacientes de VIH/SIDA con la cápsula JIN SHENG BAO" *Chinese journal of Basic medicine in TCM* 6 (7): 33.

WEBER, M. (1967) *EL político y el Científico*. Madrid: Alianza.

WEBER, J.N.; WEISS, R.A. (1988) "Infección por HIV: cuadro celular" *Investigación y Ciencia* (Diciembre): 120-127.

WEISS, S.H.; et. al. (1992) "Idiopathic CD4 + T-Lymphocytopenia" *Lancet* (340): 608-609.

WHO (OMS) (1986) *Weekly Epidemiological Record* 10 (7 de marzo de 1986): 71.

WIDY-WIRSKI, R.; et. al. (1988) "Evaluation of the WHO clinical case definition for AIDS in Uganda", *Journal. American Medical Association.* (260): 3286-3289.

WOOLGAR, S. (1991) *Ciencia: abriendo la caja negra.* Barcelona: Anthropos.

WYNIA MK.; et. al. (1999) "Comunicación entre médico y paciente sobre terapias médicas complementarias y alternativas: estudio de médicos que se ocupan de pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana" *Journal of alternative and complementary medicine*. 5 (5): 447-456.

WYNNE, B. (1995) "Public understanding of science", Editado por S. JASANOFF et. al. London: Sage.

YANG JI-QUN; et. al. (2000) "Idea experimental en el tratamiento del SIDA por medio de MTCH. *Journal of tcm and chinese materia medica of jilin*. 20 (6): 5.

YANG WENXIONG; et. al. (1999) "Estudio preliminar sobre el efecto terapéutico del preparado fitoterapeutico chino XQ-9302 Shanghai Journal of TCM (1):4.

YAOZHOU et. al. (1998) "Observación clínica de 16 casos de SIDA complicado con Herpes Zoster tratado con remedio de veneno de serpiente de Ji Desheng" *Journal of Tradicional chinese medicine*. 39 (12): 716.

YOU SONGXIN; et. al. (1999) "Sobre el tratamiento de MTCH en el SIDA" *Jiangsu journal of TCM* (1): 4.

ZHAO XIAOMEI; et. al. (1999) "Análisis clínico sobre el tratamiento del VIH/SIDA or medio de medicina tradicional china" *Journal of TCM*. 19 (2): 89-92.

ZHOU WENXUE; et. al. (1997) "Experiencia de remisión de los síntomas de SIDA por medio de Acu-Moxibustión. Informe de 36 casos" *Journal of tradicional chinese medicine*. 38 (10): 602.

ZHOU WEXUE; et. al. (2000) "La acupuntura mejora los síntomas de SIDA en 36 casos" Journal of tradicional chinese medicine. 20 (2): 119-21.

ANEXO I

Precauciones para Dentistas

- Deben seguirse las Precauciones Universales y las Buenas Prácticas de Atención Odontológica.
- Debe reducirse el máximo la producción de gotas y salpicaduras.
- La sangre, saliva y fluidos gingivales de cualquier cliente atendido, deben ser considerados como potencialmente infecciosos.
- Además del uso de guantes distintos para el contacto con las mucosas de la boca de cada cliente, deben emplearse máscaras quirúrgicas y de protección de la cara durante los procedimientos dentales en que puedan producirse salpicaduras de sangre, saliva o fluidos gingivales.
- El material debe esterilizares después de usado con cada cliente, ya que pueden quedar restos de sangre o fluidos potencialmente contaminados.
- Debe limpiarse cuidadosamente todo el material que haya sido usado en la cavidad oral de cada cliente, especialmente antes de las maniobras de pulido de materiales intraorales (conviene consultar con los fabricantes, con objeto de conocer las posibilidades de desinfección para cada uno de los materiales empleados).
- El material que no sea esterilizable debe limpiarse con productos germicidas y después lavarse.
- Debe prestarse especial atención a las conducciones de agua y válvulas para el enjuagado del material, así como a los baños de ultrasonido, jeringas, etc.
- Aquellos equipos y superficies difíciles de desinfectar (como luces, cabezas de unidades de rayos X, etc.), suscepctibles de contaminarse, deben ser envueltos con papel de aluminio o plástico transparente u otros materiales capaces de protegerlos y de poder ser eliminados, lo cual debe realizarse después de la atención de cada cliente.

Precauciones para Autopsias y Servicios Mortuorios

- Deben seguirse las Precauciones Universales.
- Quienes lleven a cabo o asistan a la realización de procedimientos post-mortem, deben usar guantes, máscaras, protección ocular, batas y delantales impermeables.
- Todos los instrumentos y superficies potencialmente contaminadas durante los procedimientos post-mortem deben ser descontaminados con germicidas químicos apropiados.
- No se recomienda maquillar los cadáveres de personas infectadas con VIH, sobre todo si el cuerpo está dañado, ni embalsamarlos ya que se desconoce la efectividad de los líquidos de embalsamar contra este virus.

Precauciones para Diálisis

- Deben seguirse las Precauciones Universales.
- Quienes lleven a cabo o asistan a la realización de procedimientos post-morten, deben usar guantes, máscaras, protección ocular, batas y delantales impermeables.
- Todos los instrumentos y superficies potencialmente contaminadas durante los procedimientos post-morten deben ser descontaminadas con germicidas químicos apropiados.
- No se recomienda maquillar los cadáveres de personas infectadas con VIH, sobre todo si el cuerpo está dañado, ni embalsamarlos ya que se desconoce la efectividad de los líquidos de embalsamar contra este virus.

Fuente: BUENO, F.; NAJERA, R. (2001) *Salud pública y SIDA*. Madrid: Doyma. p. 19

ANEXO II

AFGANISTÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 29 863 000
Tasa de crecimiento de la población 4.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 42 Varones 42
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 10

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <100 [<1000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ALBANIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 130 000
Tasa de crecimiento de la población 0.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 72
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 5070
Gasto público en salud por habitante 153

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

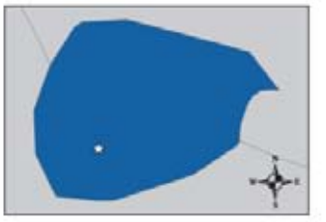
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 7.0%[1] Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



ANDORRA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 67 000
Tasa de crecimiento de la población 0.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 83 Varones 77
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 1683

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ANGOLA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 15 941 000
Tasa de crecimiento de la población 2.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 42 Varones 38
Índice de Desarrollo Humano 160
Índice de Pobreza Humana
Categoría 83
Valor 41.5
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 2030
Gasto público en salud por habitante 41

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 320 000 [200 000 – 450 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.7 [2.3 – 5.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 280 000 [180 000 – 410 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 170 000 [90 000 – 260 000]
Defunciones por SIDA ..... 30 000 [18 000 – 47 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 35 000 [12 000 – 76 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 160 000 [95 000 – 230 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 8 897 303

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 2.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 6.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 73.0% no huérfanos 81.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 35.2% Varones 42.7%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 32.7% Varones 61.4%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 24.3% Varones 46.7%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 55.2% Varones 63.6%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

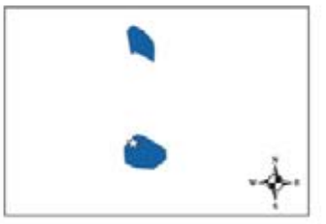
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



ANTIGUA Y BARBUDA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 81 000
Tasa de crecimiento de la población 1.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 75 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano 60
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 10 360
Gasto público en salud por habitante 304

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 50.2%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 359 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 60.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ARABIA SAUDITA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 24 573 000
Tasa de crecimiento de la población 2.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 68
Índice de Desarrollo Humano 77
Índice de Pobreza Humana
Categoría 32
Valor 14.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 14 010
Gasto público en salud por habitante 439

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

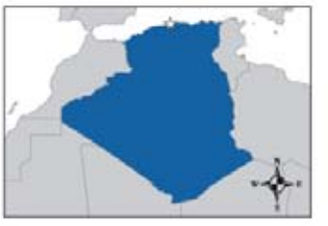
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 14.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



ARGELIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 32 854 000
Tasa de crecimiento de la población 1.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 64
Índice de Desarrollo Humano 103
Índice de Pobreza Humana
Categoría 48
Valor 21.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 15.1%
Ingreso nacional bruto por habitante 2090
Gasto público en salud por habitante 15

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 19 000 [9000 – 59 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 19 000 [8800 – 60 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4100 [1700 – 13 000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 6 740 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 39.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 15.0%[1] Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ARGENTINA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 38 747 000
Tasa de crecimiento de la población 1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 78 Varones 71
Índice de Desarrollo Humano 34
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 14.3%
Ingreso nacional bruto por habitante 12 460
Gasto público en salud por habitante 518

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 130 000 [80 000 – 220 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.6 [0.3 – 1.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 130 000 [78 000 – 220 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 36 000 [19 000 – 64 000]
Defunciones por SIDA ..... 4300 [2600 – 6400]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 87.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 115 164 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 81.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 93.0%[1] Profesionales del sexo ..... 30.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 30.0%[3]

ARMENIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 016 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 65
Índice de Desarrollo Humano 83
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 4270
Gasto público en salud por habitante 61

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 2900 [1800 – 5800]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2900 [1800 – 5800]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 271 437

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 15.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 25.1%[1] Profesionales del sexo ..... 28.9%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 0.7%[3]

AUSTRALIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 20 155 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 83 Varones 78
Índice de Desarrollo Humano 3
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 14[1]
Valor ..... 12.8[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 29 200
Gasto público en salud por habitante 1939

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 16 000 [9700 – 27 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 16 000 [9600 – 27 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión matemoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

AUSTRIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 8 189 000
Tasa de crecimiento de la población 0.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 82 Varones 76
Índice de Desarrollo Humano 17
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –[1]
Valor ..... –[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 31 790
Gasto público en salud por habitante 1560

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 12 000 [7200 – 20 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.2 – 0.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 12 000 [7200 – 20 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2300 [1200 – 4100]
Defunciones por SIDA ..... <100[<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

AZERBAIYÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 8 411 000
Tasa de crecimiento de la población 0.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 68 Varones 63
Índice de Desarrollo Humano 101
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 3830
Gasto público en salud por habitante 33

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 5400 [2600 – 17 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5400 [2600 – 17 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [300 – 2300]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 1.0%[1] Varones ..... –[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BAHREIN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 727 000
Tasa de crecimiento de la población 1.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 75 Varones 73
Índice de Desarrollo Humano 43
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 18 070
Gasto público en salud por habitante 562

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BANGLADESH

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 141 822 000
Tasa de crecimiento de la población 1.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 63 Varones 62
Índice de Desarrollo Humano 139
Índice de Pobreza Humana
Categoría 86
Valor 44.1
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 82.8%
Ingreso nacional bruto por habitante 1980
Gasto público en salud por habitante 21

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 11 000 [6400 – 18 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 11 000 [6400 – 18 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1400 [710 – 2500]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

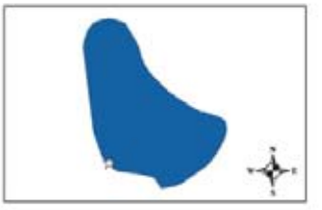
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 1.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 7.0%[1] Profesionales del sexo ..... 71.6%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 77.0%[3]



BARBADOS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 270 000
Tasa de crecimiento de la población 0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 78 Varones 71
Índice de Desarrollo Humano 30
Índice de Pobreza Humana
Categoría 4
Valor 4.5
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 15 060
Gasto público en salud por habitante 729

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 2700 [1500 – 4200]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.5 [0.8 – 2.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2700 [1500 – 4200]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 3 349 169

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... 90.0%[1]
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 95.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 15.9% Varones 26.6%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 25.6% Varones 35.9%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 33.3% Varones 77.8%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BELARÚS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 9 755 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 63
Índice de Desarrollo Humano 67
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 6900
Gasto público en salud por habitante 501

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 20 000 [11 000 – 47 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.2 – 0.8%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 20 000 [11 000 – 48 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5100 [2400 – 13 000]
Defunciones por SIDA ..... [<2000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 6 140 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 5.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 16.4%[1] Profesionales del sexo ..... 8.8%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 7.1%[2]

BÉLGICA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 10 419 000
Tasa de crecimiento de la población 0.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 81 Varones 75
Índice de Desarrollo Humano 9
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 13[1]
Valor ..... 12.4[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 31 360
Gasto público en salud por habitante 1902

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 14 000 [8100 – 22 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.2 – 0.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 14 000 [8100 – 22 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5400 [2800 – 9500]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BELICE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 270 000
Tasa de crecimiento de la población 2.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 65
Índice de Desarrollo Humano 91
Índice de Pobreza Humana
Categoría 38
Valor 16.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 6510
Gasto público en salud por habitante 152

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 3700 [2000 – 5700]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 2.5 [1.4 – 4.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 3600 [2000 – 5600]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1000 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 1 143 166

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 73.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 31.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

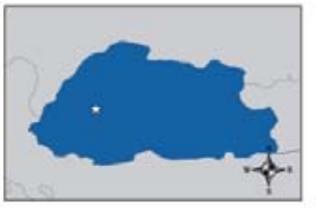
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



BHUTÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 2 163 000
Tasa de crecimiento de la población 2.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 65 Varones 62
Índice de Desarrollo Humano 134
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 49

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<2000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<2000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BOLIVIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 9 182 000
Tasa de crecimiento de la población 2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 66 Varones 63
Índice de Desarrollo Humano 113
Índice de Pobreza Humana
Categoría 30
Valor 13.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 34.4%
Ingreso nacional bruto por habitante 2590
Gasto público en salud por habitante 113

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 7000 [3800 – 17 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 6800 [3600 – 16 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1900 [880 – 4700]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones 18.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 32.0% Varones 70.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 6.0%[1] Varones ..... 15.0%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 20.0% Varones 37.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 37.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BOSNIA Y HERZEGOVINA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 907 000
Tasa de crecimiento de la población 0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 77 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano 68
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 7430
Gasto público en salud por habitante 166

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1% [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BOTSWANA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 765 000
Tasa de crecimiento de la población 0.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 40 Varones 40
Índice de Desarrollo Humano 131
Índice de Pobreza Humana
Categoría 94
Valor 48.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 50.1%
Ingreso nacional bruto por habitante 8920
Gasto público en salud por habitante 218

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 270 000 [260 000 – 350 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 24.1 [23.0 – 32.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 260 000 [250 000 – 330 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 140 000 [130 000 – 190 000]
Defunciones por SIDA ..... 18 000 [17 000 – 25 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 14 000 [6100 – 32 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 120 000 [110 000 – 150 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 165 000 000

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 85.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 92.0% no huérfanos 93.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 40.0% Varones 33.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 75.0% Varones 88.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BRASIL

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 186 405 000
Tasa de crecimiento de la población 1.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 67
Índice de Desarrollo Humano 63
Índice de Pobreza Humana
Categoría 20
Valor 10.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 22.4%
Ingreso nacional bruto por habitante 8020
Gasto público en salud por habitante 270

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 620 000 [370 000 – 1 000 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.5 [0.3 – 1.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 610 000 [370 000 – 1 000 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 220 000 [110 000 – 390 000]
Defunciones por SIDA ..... 14 000 [8300 – 21 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... 57.6%[1]
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

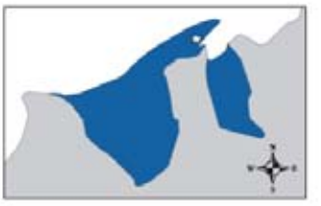
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 385 534 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 83.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



BRUNEI DARUSSALAM

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 374 000
Tasa de crecimiento de la población 2.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 78 Varones 76
Índice de Desarrollo Humano 33
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 545

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BULGARIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 7 726 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 76 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 55
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 7870
Gasto público en salud por habitante 3112

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1% [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

BURKINA FASO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 13 228 000
Tasa de crecimiento de la población 3.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 48 Varones 47
Índice de Desarrollo Humano 175
Índice de Pobreza Humana
Categoría 102
Valor 64.2
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 81.0%
Ingreso nacional bruto por habitante 1220
Gasto público en salud por habitante 32

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 150 000 [120 000 – 190 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 2.0 [1.5 – 2.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 140 000 [100 000 – 160 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 80 000 [49 000 – 110 000]
Defunciones por SIDA ..... 12 000 [8400 – 17 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 17 000 [6100 – 34 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 120 000 [89 000 – 150 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 8 013 260

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 1.1%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 24.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 35.0% no huérfanos 32.0%

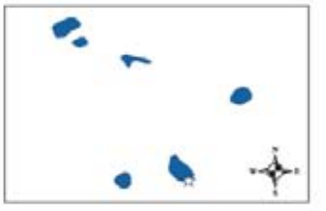
Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 15.0% Varones 23.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 7.3%[1] Varones ..... 4.7%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 54.0% Varones 67.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 42.1%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



CABO VERDE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 507 000
Tasa de crecimiento de la población 2.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 71 Varones 67
Índice de Desarrollo Humano 105
Índice de Pobreza Humana
Categoría 45
Valor 18.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 5650
Gasto público en salud por habitante 135

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CAMBOYA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 14 071 000
Tasa de crecimiento de la población 2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 58 Varones 51
Índice de Desarrollo Humano 130
Índice de Pobreza Humana
Categoría 81
Valor 41.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 77.7%
Ingreso nacional bruto por habitante 2180
Gasto público en salud por habitante 36

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 130 000 [74 000 – 210 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.6 [0.9 – 2.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 130 000 [70 000 – 200 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 59 000 [28 000 – 99 000]
Defunciones por SIDA ..... 16 000 [8500 – 26 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 1 012 000[1]

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 1.4%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 36.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 2.6% Varones 26.3%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 0.2% Varones 0.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 97.0%[2] Profesionales del sexo ..... 60.0%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 17.0%[4]

CAMERÚN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 16 322 000
Tasa de crecimiento de la población 1.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 51 Varones 50
Índice de Desarrollo Humano 148
Índice de Pobreza Humana
Categoría 67
Valor 36.2
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 50.6%
Ingreso nacional bruto por habitante 2090
Gasto público en salud por habitante 19

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 510 000 [460 000 – 560 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 5.4 [4.9 – 5.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 470 000 [430 000 – 510 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 290 000 [260 000 – 310 000]
Defunciones por SIDA ..... 46 000 [36 000 – 55 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 43 000 [17 000 – 82 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 240 000 [200 000 – 290 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 4 400 000[1]

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 4.2%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 22.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 83.0% no huérfanos 85.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 27.0% Varones 34.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 44.0% Varones 91.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 18.0%[2] Varones ..... 11.5%[3]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 46.0% Varones 57.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CANADÁ

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 32 268 000
Tasa de crecimiento de la población 1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 83 Varones 78
Índice de Desarrollo Humano 5
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 9[1]
Valor ..... 11.3[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 30 660
Gasto público en salud por habitante 2090

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 60 000 [48 000 – 72 000][3]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.2 – 0.5%][4]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 59 000 [47 000 – 71 000][5]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 9 600 [7 700 – 12 000][6]
Defunciones por SIDA ..... <1000 [<2000][7]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –[8]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –[9]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CHAD

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 9 749 000
Tasa de crecimiento de la población 3.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 48 Varones 45
Índice de Desarrollo Humano 173
Índice de Pobreza Humana
Categoría 100
Valor 58.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1420
Gasto público en salud por habitante 20

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 180 000 [88 000 – 300 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.5 [1.7 – 6.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 160 000 [81 000 – 270 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 90 000 [40 000 – 160 000]
Defunciones por SIDA ..... 11 000 [5300 – 20 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 16 000 [4700 – 37 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 57 000 [28 000 – 97 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 946 973

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.2%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 17.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 61.0% no huérfanos 57.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 8.0% Varones 21.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 7.0% Varones 76.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 19.0%[1] Varones ..... 11.0%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 17.0% Varones 25.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 5.0%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CHILE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 16 295 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 81 Varones 74
Índice de Desarrollo Humano 37
Índice de Pobreza Humana
Categoría 2
Valor 3.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 9.6%
Ingreso nacional bruto por habitante 10 500
Gasto público en salud por habitante 345

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 28 000 [17 000 – 56 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.2 – 1.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 28 000 [17 000 – 56 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 7600 [4000 – 16 000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 25 240 460

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... No

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 75.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CHINA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 323 345 000
Tasa de crecimiento de la población 0.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano 85
Índice de Pobreza Humana
Categoría 27
Valor 12.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 46.7%
Ingreso nacional bruto por habitante 1100
Gasto público en salud por habitante 101

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 650 000 [390 000 – 1 100 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 650 000 [390 000 – 1 100 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 180 000 [90 000 – 310 000]
Defunciones por SIDA ..... 31 000 [18 000 – 46 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 1.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 99 256 506

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 25.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 45.0%[1] Profesionales del sexo ..... 25.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 8.0%[3]

CHIPRE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 835 000
Tasa de crecimiento de la población 1.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 82 Varones 77
Índice de Desarrollo Humano 29
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 22 330
Gasto público en salud por habitante 561

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

COLOMBIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 45 600 000
Tasa de crecimiento de la población 1.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 77 Varones 68
Índice de Desarrollo Humano 69
Índice de Pobreza Humana
Categoría 8
Valor 7.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 22.6%
Ingreso nacional bruto por habitante 6820
Gasto público en salud por habitante 439

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 160 000 [100 000 – 320 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.6 [0.3 – 2.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 160 000 [100 000 – 320 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 45 000 [24 000 – 95 000]
Defunciones por SIDA ..... 8200 [5200 – 12 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 1.8%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 36 014 343

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 44.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 75.0%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 30.0%[2]

COMORAS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 798 000
Tasa de crecimiento de la población 2.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 67 Varones 62
Índice de Desarrollo Humano 132
Índice de Pobreza Humana
Categoría 57
Valor 31.2
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1840
Gasto público en salud por habitante 14

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <100 [<1000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos 60.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CONGO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 999 000
Tasa de crecimiento de la población 3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 55 Varones 53
Índice de Desarrollo Humano 142
Índice de Pobreza Humana
Categoría 54
Valor 30.1
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 750
Gasto público en salud por habitante 15

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 120 000 [75 000 – 160 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 5.3 [3.3 – 7.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 100 000 [66 000 – 140 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 61 000 [33 000 – 89 000]
Defunciones por SIDA ..... 11 000 [6700 – 17 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 15 000 [5600 – 32 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 110 000 [70 000 – 150 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 4 719 207

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 98.6%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 17.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 64.7% Varones 72.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 9.9% Varones 10.1%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 53.4%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 33.3%[2]

COSTA RICA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 327 000
Tasa de crecimiento de la población 1.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 80 Varones 73
Índice de Desarrollo Humano 47
Índice de Pobreza Humana
Categoría 3
Valor 4.0
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 9.5%
Ingreso nacional bruto por habitante 9530
Gasto público en salud por habitante 486

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 7400 [3600 – 24 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.1 – 3.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 7300 [3500 – 24 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2000 [860 – 6700]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 6 432 314

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... No

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 80.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CÔTE D'IVOIRE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 18 154 000
Tasa de crecimiento de la población 1.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 47 Varones 41
Índice de Desarrollo Humano 163
Índice de Pobreza Humana
Categoría 84
Valor 41.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 38.4%
Ingreso nacional bruto por habitante 1390
Gasto público en salud por habitante 16

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 750 000 [470 000 – 1 000 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 7.1 [4.3 – 9.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 680 000 [420 000 – 920 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 400 000 [220 000 – 600 000]
Defunciones por SIDA ..... 65 000 [39 000 – 96 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 74 000 [28 000 – 160 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 450 000 [280 000 – 630 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 5 829 480

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 4.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 17.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 56.0% no huérfanos 67.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 64.3% Varones 57.9%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 14.5% Varones 13.3%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 71.0%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CROACIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 551 000
Tasa de crecimiento de la población 0.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 79 Varones 72
Índice de Desarrollo Humano 45
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 11 670
Gasto público en salud por habitante 701

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1% [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... 100.0%[1]
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 20.0%[2] Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

CUBA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 11 269 000
Tasa de crecimiento de la población 0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 80 Varones 75
Índice de Desarrollo Humano 52
Índice de Pobreza Humana
Categoría 5
Valor 4.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 218

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 4800 [2300 – 15 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.0 – 0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4700 [2300 – 15 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2600 [1100 – 8500]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 100.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

DJIBOUTI

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 793 000
Tasa de crecimiento de la población 2.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 57 Varones 54
Índice de Desarrollo Humano 150
Índice de Pobreza Humana
Categoría 53
Valor 29.5
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 2270
Gasto público en salud por habitante 48

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 15 000 [3900 – 34 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.1 [0.8 – 6.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 14 000 [3700 – 31 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 8400 [2200 – 19 000]
Defunciones por SIDA ..... 1200 [350 – 2800]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 1200 [260 – 3600]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 5700 [1900 – 12 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 16.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

DOMINICA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 79 000
Tasa de crecimiento de la población 0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 76 Varones 72
Índice de Desarrollo Humano 70
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 5250
Gasto público en salud por habitante 228

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 100.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 19 775[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 36.7%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ECUADOR

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 13 228 000
Tasa de crecimiento de la población 1.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 75 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano 82
Índice de Pobreza Humana
Categoría 22
Valor 10.6
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 40.8%
Ingreso nacional bruto por habitante 3690
Gasto público en salud por habitante 85

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 23 000 [11 000 – 74 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.1 – 3.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 22 000 [11 000 – 71 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 12 000 [5200 – 40 000]
Defunciones por SIDA ..... 1600 [840 – 2900]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 8.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 7.0%[1] Varones ..... –[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 6 756 475

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 42.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 50.0%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 5.0%[4]

EGIPTO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 74 033 000
Tasa de crecimiento de la población 1.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 70 Varones 66
Índice de Desarrollo Humano 119
Índice de Pobreza Humana
Categoría 55
Valor 30.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 43.9%
Ingreso nacional bruto por habitante 4120
Gasto público en salud por habitante 100

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 5300 [2900 – 13 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5200 [2800 – 13 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [430 – 2300]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 7.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 12.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

EL SALVADOR

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 6 881 000
Tasa de crecimiento de la población 1.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 68
Índice de Desarrollo Humano 104
Índice de Pobreza Humana
Categoría 34
Valor 15.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 58.0%
Ingreso nacional bruto por habitante 4980
Gasto público en salud por habitante 174

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 36 000 [22 000 – 72 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.9 [0.5 – 3.8%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 35 000 [22 000 – 71 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 9900 [5300 – 21 000]
Defunciones por SIDA ..... 2500 [1600 – 3700]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 20.8%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 23 704 585

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 59.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 60.0%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 17.0%[2]

EMIRATOS ÁRABES UNIDOS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 496 000
Tasa de crecimiento de la población 6.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 79 Varones 76
Índice de Desarrollo Humano 41
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 21 000
Gasto público en salud por habitante 465

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ERITREA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 401 000
Tasa de crecimiento de la población 4.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 62 Varones 58
Índice de Desarrollo Humano 161
Índice de Pobreza Humana
Categoría 73
Valor 38.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1050
Gasto público en salud por habitante 23

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 59 000 [33 000 – 95 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 2.4 [1.3 – 3.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 53 000 [30 000 – 84 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 31 000 [15 000 – 53 000]
Defunciones por SIDA ..... 5600 [2900 – 9600]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 6600 [2300 – 16 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 36 000 [20 000 – 56 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 5.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 37.0% Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 8.8%[1] Varones ..... –[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones 81.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ESLOVENIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 967 000
Tasa de crecimiento de la población 0%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 81 Varones 73
Índice de Desarrollo Humano 26
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 20 730
Gasto público en salud por habitante 1274

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ESPAÑA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 43 064 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 83 Varones 77
Índice de Desarrollo Humano 21
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 11[1]
Valor ..... 11.6[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 25 070
Gasto público en salud por habitante 1321

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 140 000 [84 000 – 230 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.6 [0.4 – 1.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 140 000 [84 000 – 230 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 32 000 [16 000 – 57 000]
Defunciones por SIDA ..... 2000 [<3000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 298 213 000
Tasa de crecimiento de la población 1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 80 Varones 75
Índice de Desarrollo Humano 10
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 39 710
Gasto público en salud por habitante 2548

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1 200 000 [720 000 – 2 000 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.6 [0.4 – 1.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1 200 000 [720 000 – 2 000 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 300 000 [150 000 – 530 000]
Defunciones por SIDA ..... 16 000 [9600 – 24 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... 70.1%[1]
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ETIOPÍA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 77 431 000
Tasa de crecimiento de la población 2.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 51 Varones 49
Índice de Desarrollo Humano 170
Índice de Pobreza Humana
Categoría 99
Valor 55.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 80.7%
Ingreso nacional bruto por habitante 810
Gasto público en salud por habitante 12

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... [420 000 – 1 300 000][1]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [0.9 – 3.5%][2]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... [380 000 – 1 200 000][3]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... [190 000 – 730 000][4]
Defunciones por SIDA ..... [38 000 – 130 000][5]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... [30 000 – 220 000][6]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... [280 000 – 870 000][7]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 7.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 26.0% no huérfanos 43.0%

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 7.4% Varones 37.9%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 41.5% Varones 40.3%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 14.6% Varones 36.1%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

FEDERACIÓN DE RUSIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 143 202 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 59
Índice de Desarrollo Humano 62
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 9620
Gasto público en salud por habitante 325

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 940 000 [560 000 – 1 600 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.1 [0.7 – 1.8%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 940 000 [560 000 – 1 600 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 210 000 [110 000 – 370 000]
Defunciones por SIDA ..... [22 000 – 56 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 14.6%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 8.2% Varones 17.2%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 33 430 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... No

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 5.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 4.9%[1] Profesionales del sexo ..... 15.6%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 1.0%[3]

FIJI

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 848 000
Tasa de crecimiento de la población 0.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 66
Índice de Desarrollo Humano 92
Índice de Pobreza Humana
Categoría 49
Valor 21.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 5770
Gasto público en salud por habitante 135

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <1000 [320 – 2100]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [320 – 2100]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... 25.0%[1]
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 288 475

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 100.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

FILIPINAS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 83 054 000
Tasa de crecimiento de la población 1.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 65
Índice de Desarrollo Humano 84
Índice de Pobreza Humana
Categoría 35
Valor 16.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 46.4%
Ingreso nacional bruto por habitante 4890
Gasto público en salud por habitante 76

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 12 000 [7300 – 20 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 12 000 [7200 – 20 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 3400 [1800 – 6000]
Defunciones por SIDA ..... <1000 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.4%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 605 600[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 5.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... <0.5%[2] Profesionales del sexo ..... 7.0%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 2.0%[4]

FINLANDIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 5 249 000
Tasa de crecimiento de la población 0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 82 Varones 75
Índice de Desarrollo Humano 13
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 4[1]
Valor ..... 8.2[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 29 560
Gasto público en salud por habitante 1163

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1900 [1100 – 3100]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1900 [1100 – 3200]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

GABÓN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 384 000
Tasa de crecimiento de la población 1.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 59 Varones 55
Índice de Desarrollo Humano 123
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 5600
Gasto público en salud por habitante 170

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 60 000 [40 000 – 87 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 7.9 [5.1 – 11.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 56 000 [37 000 – 81 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 33 000 [18 000 – 52 000]
Defunciones por SIDA ..... 4700 [2800 – 7000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 3900 [1400 – 8900]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 20 000 [13 000 – 29 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 6 709 107

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.7%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 23.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

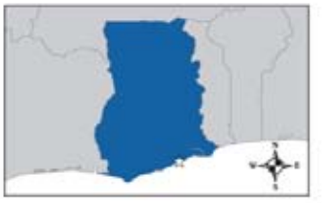
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



GHANA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 22 113 000
Tasa de crecimiento de la población 2.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 58 Varones 56
Índice de Desarrollo Humano 138
Índice de Pobreza Humana
Categoría 62
Valor 35.1
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 78.5%
Ingreso nacional bruto por habitante 2280
Gasto público en salud por habitante 31

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 320 000 [270 000 – 380 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 2.3 [1.9 – 2.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 300 000 [250 000 – 350 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 180 000 [150 000 – 210 000]
Defunciones por SIDA ..... 29 000 [21 000 – 36 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 25 000 [9800 – 48 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 170 000 [130 000 – 210 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 9 267 783

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 1.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 7.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 65.0% no huérfanos 81.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 38.0% Varones 44.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 50.0% Varones 83.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 7.4%[1] Varones ..... 3.9%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 33.0% Varones 52.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 50.0%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

GRANADA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 103 000
Tasa de crecimiento de la población 0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 69 Varones 66
Índice de Desarrollo Humano 66
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 7000
Gasto público en salud por habitante 348

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

GRECIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 11 120 000
Tasa de crecimiento de la población 0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 82 Varones 77
Índice de Desarrollo Humano 24
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 22 000
Gasto público en salud por habitante 1025

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 9300 [5600 – 15 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 9300 [5600 – 15 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2000 [1000 – 3500]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

GUATEMALA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 12 599 000
Tasa de crecimiento de la población 2.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 71 Varones 65
Índice de Desarrollo Humano 117
Índice de Pobreza Humana
Categoría 51
Valor 22.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 37.4%
Ingreso nacional bruto por habitante 4140
Gasto público en salud por habitante 93

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 61 000 [37 000 – 100 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.9 [0.5 – 2.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 59 000 [35 000 – 97 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 16 000 [8300 – 29 000]
Defunciones por SIDA ..... 2700 [1600 – 4000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 11 187 481[1]

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 43.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 7.0%[2] Varones ..... 15.0%[3]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 75.0%[4]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 10.0%[5]

GUINEA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 9 402 000
Tasa de crecimiento de la población 2.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 55 Varones 52
Índice de Desarrollo Humano 156
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 2130
Gasto público en salud por habitante 16

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 85 000 [69 000 – 100 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.5 [1.2 – 1.8%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 78 000 [62 000 – 91 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 53 000 [42 000 – 61 000]
Defunciones por SIDA ..... 7100 [4700 – 9900]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 7000 [2400 – 16 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 28 000 [18 000 – 43 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 271 052

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.4%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 9.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 38.0% no huérfanos 33.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 17.6% Varones 15.7%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 27.0% Varones 42.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 50.0%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

GUINEA ECUATORIAL

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 504 000
Tasa de crecimiento de la población 2.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 44 Varones 42
Índice de Desarrollo Humano 121
Índice de Pobreza Humana
Categoría 71
Valor 38.1
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 7400
Gasto público en salud por habitante 121

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 8900 [7300 – 11 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.2 [2.6 – 3.8%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 8000 [6600 – 9400]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4700 [3900 – 5600]
Defunciones por SIDA ..... <1000 [<2000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 4600 [3500 – 5900]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 85.0% no huérfanos 89.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

GUINEA-BISSAU

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 586 000
Tasa de crecimiento de la población 3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 48 Varones 45
Índice de Desarrollo Humano 172
Índice de Pobreza Humana
Categoría 93
Valor 48.2
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 690
Gasto público en salud por habitante 21

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 32 000 [18 000 – 50 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.8 [2.1 – 6.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 29 000 [16 000 – 45 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 17 000 [8100 – 29 000]
Defunciones por SIDA ..... 2700 [1400 – 4400]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 3200 [1100 – 7500]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 11 000 [6000 – 16 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 2 065 487[1]

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 19.5%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 1.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 51.0% no huérfanos 50.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

GUYANA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 751 000
Tasa de crecimiento de la población 0.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 64 Varones 62
Índice de Desarrollo Humano 107
Índice de Pobreza Humana
Categoría 31
Valor 14.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 4110
Gasto público en salud por habitante 233

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 12 000 [4700 – 23 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 2.4 [1.0 – 4.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 11 000 [4400 – 22 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 6600 [2300 – 14 000]
Defunciones por SIDA ..... 1200 [440 – 2300]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... <1000 [160 – 2000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 840 665

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 17.6%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 50.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

HAITÍ

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 8 528 000
Tasa de crecimiento de la población 1.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 56 Varones 53
Índice de Desarrollo Humano 153
Índice de Pobreza Humana
Categoría 70
Valor 38.0
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1680
Gasto público en salud por habitante 32

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 190 000 [120 000 – 270 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.8 [2.2 – 5.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 180 000 [100 000 – 250 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 96 000 [50 000 – 150 000]
Defunciones por SIDA ..... 16 000 [9500 – 24 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 17 000 [5800 – 36 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 115 609

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 20.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

HONDURAS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 7 205 000
Tasa de crecimiento de la población 2.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 70 Varones 65
Índice de Desarrollo Humano 116
Índice de Pobreza Humana
Categoría 39
Valor 16.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 44.0%
Ingreso nacional bruto por habitante 2710
Gasto público en salud por habitante 104

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 63 000 [35 000 – 99 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.5 [0.8 – 2.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 61 000 [33 000 – 95 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 16 000 [7500 – 27 000]
Defunciones por SIDA ..... 3700 [2000 – 6200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 2400 [790 – 5600]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 6 214 056[1]

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 3.4%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 35.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 13.0%[2] Varones ..... 19.0%[3]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

HUNGRÍA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 10 098 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 77 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 35
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 15 620
Gasto público en salud por habitante 919

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 3200 [1900 – 5300]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 3200 [1900 – 5300]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

IRÁN (REPÚBLICA ISLÁMICA DEL)

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 69 515 000
Tasa de crecimiento de la población 0.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 68
Índice de Desarrollo Humano 99
Índice de Pobreza Humana
Categoría 36
Valor 16.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 7.3%
Ingreso nacional bruto por habitante 7550
Gasto público en salud por habitante 235

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 66 000 [36 000 – 160 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 66 000 [35 000 – 160 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 11 000 [5200 – 28 000]
Defunciones por SIDA ..... 1600 [920 – 2700]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 14 000 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 9.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 11.4%[1] Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

IRAQ

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 28 807 000
Tasa de crecimiento de la población 2.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 61 Varones 51
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 33

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

IRLANDA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 148 000
Tasa de crecimiento de la población 1.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 81 Varones 75
Índice de Desarrollo Humano 8
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 16[1]
Valor ..... 15.2[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 33 170
Gasto público en salud por habitante 1968

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 5000 [3000 – 8300]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5000 [3000 – 8300]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1800 [920 – 3200]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ISLANDIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 295 000
Tasa de crecimiento de la población 0.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 83 Varones 79
Índice de Desarrollo Humano 2
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –[1]
Valor ..... –[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 32 360
Gasto público en salud por habitante 2598

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

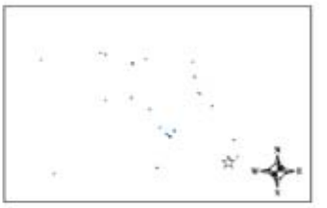
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



ISLAS MARSHALL

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 62 000
Tasa de crecimiento de la población 3.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 64 Varones 60
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 461

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ISLAS SALOMÓN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 478 000
Tasa de crecimiento de la población 2.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 70 Varones 66
Índice de Desarrollo Humano 128
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1760
Gasto público en salud por habitante 81

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ISRAEL

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 6 725 000
Tasa de crecimiento de la población 2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 82 Varones 78
Índice de Desarrollo Humano 23
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 23 510
Gasto público en salud por habitante 1303

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 4000 [2200 – 9800]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ITALIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 58 093 000
Tasa de crecimiento de la población 0.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 84 Varones 78
Índice de Desarrollo Humano 18
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 18[1]
Valor ..... 29.9[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 27 860
Gasto público en salud por habitante 1703

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 150 000 [90 000 – 250 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.5 [0.3 – 0.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 150 000 [90 000 – 250 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 50 000 [26 000 – 88 000]
Defunciones por SIDA ..... 3000 [<4000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

JAMAHIRIYA ÁRABE LIBIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 5 853 000
Tasa de crecimiento de la población 2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 75 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano 58
Índice de Pobreza Humana
Categoría 33
Valor 15.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 206

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 35.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

JORDANIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 5 703 000
Tasa de crecimiento de la población 2.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 73 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 90
Índice de Pobreza Humana
Categoría 11
Valor 8.1
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 7.4%
Ingreso nacional bruto por habitante 4640
Gasto público en salud por habitante 199

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

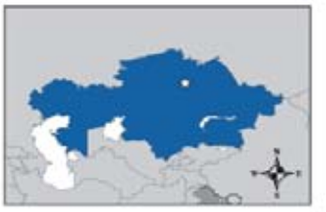
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 45.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



KAZAJSTÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 14 825 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 67 Varones 56
Índice de Desarrollo Humano 80
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 6980
Gasto público en salud por habitante 180

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 12 000 [11 000 – 77 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 3.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 12 000 [11 000 – 76 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 6800 [5600 – 43 000]
Defunciones por SIDA ..... <1000 [<2000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 9.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 15.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 8.0%[1] Profesionales del sexo ..... 31.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 1.0%[3]

KENYA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 34 256 000
Tasa de crecimiento de la población 2.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 50 Varones 51
Índice de Desarrollo Humano 154
Índice de Pobreza Humana
Categoría 63
Valor 35.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 58.3%
Ingreso nacional bruto por habitante 1050
Gasto público en salud por habitante 25

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1 300 000 [1 100 000 – 1 500 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 6.1 [5.2 – 7.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1 200 000 [990 000 – 1 300 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 740 000 [640 000 – 840 000]
Defunciones por SIDA ..... 140 000 [110 000 – 170 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 150 000 [55 000 – 290 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 1 100 000 [890 000 – 1 300 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 33 245 670[1]

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 9.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 19.7%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 88.0% no huérfanos 92.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 34.0% Varones 47.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 30.0% Varones 84.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 14.5%[2] Varones ..... 30.9%[3]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 25.0% Varones 47.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... No

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 17.0%[4]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 2.0%[5]

KIRGUISTÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 5 264 000
Tasa de crecimiento de la población 1.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 67 Varones 59
Índice de Desarrollo Humano 109
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1840
Gasto público en salud por habitante 66

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 4000 [1900 – 13 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 1.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4000 [1900 – 13 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [290 – 2200]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

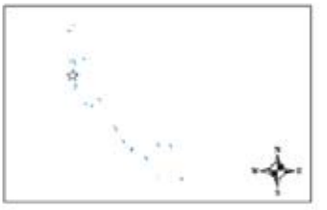
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 217 440[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 12.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 8.4%[2] Profesionales del sexo ..... 75.3%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 79.2%[4]



KIRIBATI

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 99 000
Tasa de crecimiento de la población 2.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 67 Varones 63
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 233

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

KUWAIT

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 2 687 000
Tasa de crecimiento de la población 3.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 78 Varones 76
Índice de Desarrollo Humano 44
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 19 510
Gasto público en salud por habitante 440

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

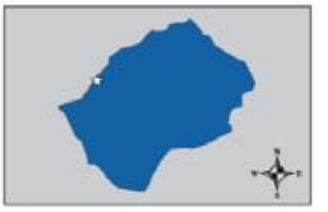
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



LESOTHO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 795 000
Tasa de crecimiento de la población 0.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 44 Varones 39
Índice de Desarrollo Humano 149
Índice de Pobreza Humana
Categoría 91
Valor 47.6
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 56.1%
Ingreso nacional bruto por habitante 3210
Gasto público en salud por habitante 84

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 270 000 [250 000 – 290 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 23.2 [21.9 – 24.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 250 000 [240 000 – 270 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 150 000 [140 000 – 160 000]
Defunciones por SIDA ..... 23 000 [20 000 – 27 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 18 000 [6900 – 34 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 97 000 [88 000 – 110 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 1 357 875

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 5.1%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 14.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 79.0% no huérfanos 91.0%

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 43.3% Varones 89.5%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 14.4% Varones 27.5%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 50.0% Varones 48.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

LETONIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 2 307 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 76 Varones 66
Índice de Desarrollo Humano 48
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 11 850
Gasto público en salud por habitante 348

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 10 000 [6100 – 17 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.8 [0.5 – 1.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 10 000 [6100 – 17 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2200 [1100 – 3900]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 58.6%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 980 110

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 31.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 7.9%[1] Profesionales del sexo ..... 17.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 2.0%[3]

LÍBANO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 577 000
Tasa de crecimiento de la población 1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 68
Índice de Desarrollo Humano 81
Índice de Pobreza Humana
Categoría 18
Valor 9.6
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 5380
Gasto público en salud por habitante 214

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 2900 [1400 – 9200]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2900 [1400 – 9300]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [270 – 2100]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 36.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

LIBERIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 283 000
Tasa de crecimiento de la población 1.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 44 Varones 39
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 10

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [2.0 – 5.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 104 733

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 3.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

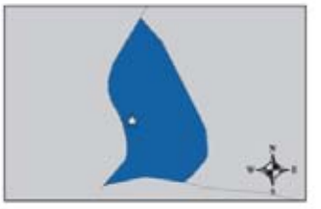
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



LIECHTENSTEIN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 35 000
Tasa de crecimiento de la población 1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... – Varones ..... –
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante ..... –

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

LITUANIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 431 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 78 Varones 66
Índice de Desarrollo Humano 39
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 12 610
Gasto público en salud por habitante 573

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 3300 [1600 – 10 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 3300 [1600 – 11 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 838 150

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 64.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

LUXEMBURGO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 465 000
Tasa de crecimiento de la población 1.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 81 Varones 76
Índice de Desarrollo Humano 4
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 8[1]
Valor ..... 11.1[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 61 220
Gasto público en salud por habitante 3341

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <1000 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MADAGASCAR

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 18 606 000
Tasa de crecimiento de la población 2.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 59 Varones 55
Índice de Desarrollo Humano 146
Índice de Pobreza Humana
Categoría 63
Valor 35.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 85.1%
Ingreso nacional bruto por habitante 830
Gasto público en salud por habitante 15

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 49 000 [16 000 – 110 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.5 [0.2 – 1.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 47 000 [16 000 – 110 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 13 000 [4000 – 33 000]
Defunciones por SIDA ..... 2900 [1100 – 6500]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 1600 [470 – 4900]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 13 000 [5000 – 24 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 61.0% no huérfanos 80.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 19.0% Varones 16.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 31.0% Varones 72.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 16.0%[1] Varones ..... 7.7%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 5.0% Varones 12.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 187 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MALASIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 25 347 000
Tasa de crecimiento de la población 1.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 61
Índice de Pobreza Humana
Categoría 16
Valor 8.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 9.3%
Ingreso nacional bruto por habitante 9630
Gasto público en salud por habitante 218

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 69 000 [33 000 – 220 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.5 [0.2 – 1.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 67 000 [32 000 – 220 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 17 000 [7300 – 57 000]
Defunciones por SIDA ..... 4000 [2100 – 7200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 6.1%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 27.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 4.0%[1] Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 10.0%[2]

MALAWI

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 12 884 000
Tasa de crecimiento de la población 2.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 42 Varones 41
Índice de Desarrollo Humano 165
Índice de Pobreza Humana
Categoría 85
Valor 43.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 76.1%
Ingreso nacional bruto por habitante 620
Gasto público en salud por habitante 16

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 940 000 [480 000 – 1 400 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 14.1 [6.9 – 21.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 850 000 [440 000 – 1 300 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 500 000 [220 000 – 800 000]
Defunciones por SIDA ..... 78 000 [38 000 – 120 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 91 000 [28 000 – 190 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 550 000 [310 000 – 780 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 8 704 000

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... 2.3%[1]
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 20.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 81.0% no huérfanos 87.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 23.5% Varones 36.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 13.9% Varones 62.1%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 35.0% Varones 47.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MALDIVAS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 329 000
Tasa de crecimiento de la población 2.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 68 Varones 66
Índice de Desarrollo Humano 96
Índice de Pobreza Humana
Categoría 37
Valor 16.6
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 324

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MALÍ

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 13 518 000
Tasa de crecimiento de la población 3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 47 Varones 44
Índice de Desarrollo Humano 174
Índice de Pobreza Humana
Categoría 101
Valor 60.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 90.6%
Ingreso nacional bruto por habitante 980
Gasto público en salud por habitante 22

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 130 000 [96 000 – 160 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.7 [1.3 – 2.1%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 110 000 [86 000 – 140 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 66 000 [51 000 – 81 000]
Defunciones por SIDA ..... 11 000 [7400 – 16 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 16 000 [6000 – 32 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 94 000 [70 000 – 120 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 3 500 000

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.8%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 32.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 39.0% no huérfanos 37.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 9.0% Varones 15.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 18.0% Varones 85.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 26.0%[1] Varones ..... 10.6%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 14.0% Varones 30.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

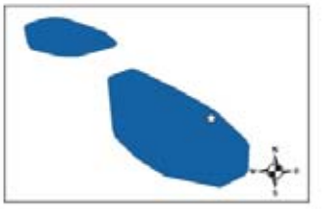
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 45.3%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



MALTA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 402 000
Tasa de crecimiento de la población 0.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 81 Varones 76
Índice de Desarrollo Humano 32
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 18 720
Gasto público en salud por habitante 1150

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MARRUECOS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 31 478 000
Tasa de crecimiento de la población 1.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 73 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 124
Índice de Pobreza Humana
Categoría 61
Valor 34.5
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 14.3%
Ingreso nacional bruto por habitante 4100
Gasto público en salud por habitante 72

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 19 000 [12 000 – 38 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 19 000 [12 000 – 38 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4000 [2100 – 8400]
Defunciones por SIDA ..... 1300 [850 – 2000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 12.0% Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

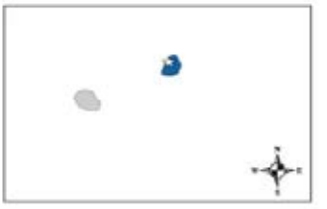
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 1 544 444

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 48.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



MAURICIO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 245 000
Tasa de crecimiento de la población 1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 75 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 65
Índice de Pobreza Humana
Categoría 24
Valor 11.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 11 870
Gasto público en salud por habitante 261

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 4100 [1900 – 13 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.6 [0.3 – 1.8%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4100 [1900 – 13 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [310 – 2400]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 128 341

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MAURITANIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 069 000
Tasa de crecimiento de la población 3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 60 Varones 55
Índice de Desarrollo Humano 152
Índice de Pobreza Humana
Categoría 79
Valor 40.5
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 63.1%
Ingreso nacional bruto por habitante 2050
Gasto público en salud por habitante 46

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 12 000 [7300 – 23 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.7 [0.4 – 2.8%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 11 000 [6600 – 21 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 6300 [3300 – 13 000]
Defunciones por SIDA ..... <1000 [<2000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 1100 [320 – 2600]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 6900 [3900 – 10 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 13.2%[1] Varones ..... 2.1%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 40.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MÉXICO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 107 029 000
Tasa de crecimiento de la población 1.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 77 Varones 72
Índice de Desarrollo Humano 53
Índice de Pobreza Humana
Categoría 13
Valor 8.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 26.3%
Ingreso nacional bruto por habitante 9590
Gasto público en salud por habitante 270

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 180 000 [99 000 – 440 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.2 – 0.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 180 000 [97 000 – 440 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 42 000 [17 000 – 91 000]
Defunciones por SIDA ..... 6200 [3800 – 11 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 2.1%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 196 833 282

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 71.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MICRONESIA (ESTADOS FEDERADOS DE)

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 110 000
Tasa de crecimiento de la población 0.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 71 Varones 68
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 238

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 15 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MÓNACO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 35 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 85 Varones 78
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 3403

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para provenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MONGOLIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 2 646 000
Tasa de crecimiento de la población 1.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 69 Varones 61
Índice de Desarrollo Humano 114
Índice de Pobreza Humana
Categoría 44
Valor 18.5
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 74.9%
Ingreso nacional bruto por habitante 2020
Gasto público en salud por habitante 90

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<2000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<2000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <100 [<200]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 5.0% Varones 3.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 79.2% Varones 93.5%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 0.1% Varones 3.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 42.1% Varones 58.5%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 172 867[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 58.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 68.1%[3]

MOZAMBIQUE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 19 792 000
Tasa de crecimiento de la población 2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 46 Varones 44
Índice de Desarrollo Humano 168
Índice de Pobreza Humana
Categoría 96
Valor 49.1
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 78.4%
Ingreso nacional bruto por habitante 1160
Gasto público en salud por habitante 28

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1 800 000 [1 400 000 – 2 200 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 16.1 [12.5 – 20.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1 600 000 [1 300 000 – 2 000 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 960 000 [590 000 – 1 300 000]
Defunciones por SIDA ..... 140 000 [100 000 – 200 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 140 000 [57 000 – 310 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 510 000 [390 000 – 670 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 2 564 600

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 3.4%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 9.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 63.0% no huérfanos 78.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 20.0% Varones 33.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 37.0% Varones 84.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 27.7%[1] Varones ..... –[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 29.0% Varones 33.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... <0.5%[3] Profesionales del sexo ..... 5.0%[4]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

MYANMAR

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 50 519 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 63 Varones 56
Índice de Desarrollo Humano 129
Índice de Pobreza Humana
Categoría 50
Valor 21.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 10

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 360 000 [200 000 – 570 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.3 [0.7 – 2.0%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 350 000 [200 000 – 550 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 110 000 [53 000 – 190 000]
Defunciones por SIDA ..... 37 000 [20 000 – 62 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 7.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

NAMIBIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 2 031 000
Tasa de crecimiento de la población 1.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 55 Varones 52
Índice de Desarrollo Humano 125
Índice de Pobreza Humana
Categoría 60
Valor 33.0
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 55.8%
Ingreso nacional bruto por habitante 6960
Gasto público en salud por habitante 252

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 230 000 [110 000 – 360 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 19.6 [8.6 – 31.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 210 000 [99 000 – 340 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 130 000 [54 000 – 220 000]
Defunciones por SIDA ..... 17 000 [7800 – 27 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 17 000 [5800 – 40 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 85 000 [42 000 – 120 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 38 558 000[1]

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 25.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 35.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 83.0% no huérfanos 90.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

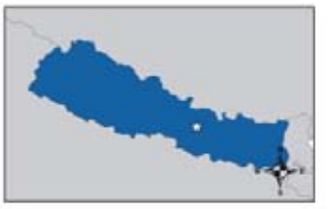
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



NEPAL

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 27 133 000
Tasa de crecimiento de la población 2.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 61 Varones 61
Índice de Desarrollo Humano 136
Índice de Pobreza Humana
Categoría 74
Valor 38.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 82.5%
Ingreso nacional bruto por habitante 1470
Gasto público en salud por habitante 18

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 75 000 [41 000 – 180 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.5 [0.3 – 1.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 74 000 [40 000 – 180 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 16 000 [7500 – 40 000]
Defunciones por SIDA ..... 5100 [2800 – 8400]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.9%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 9.0%[1] Varones ..... 20.0%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 82 000[3]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 1.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... <0.5%[3] Profesionales del sexo ..... 35.2%[4]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 5.4%[5]

NICARAGUA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 5 487 000
Tasa de crecimiento de la población 2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 71 Varones 67
Índice de Desarrollo Humano 112
Índice de Pobreza Humana
Categoría 40
Valor 17.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 79.9%
Ingreso nacional bruto por habitante 3300
Gasto público en salud por habitante 101

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 7300 [3900 – 18 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 7200 [3900 – 17 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1700 [780 – 4200]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 10.0% Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 11.0%[1] Varones ..... –[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 17.0% Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 3 260 503

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 16.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

NÍGER

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 13 957 000
Tasa de crecimiento de la población 3.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 41 Varones 42
Índice de Desarrollo Humano 177
Índice de Pobreza Humana
Categoría 103
Valor 64.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 85.3%
Ingreso nacional bruto por habitante 830
Gasto público en salud por habitante 16

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 79 000 [39 000 – 130 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.1 [0.5 – 1.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 71 000 [35 000 – 120 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 42 000 [17 000 – 75 000]
Defunciones por SIDA ..... 7600 [3400 – 13 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 8900 [2900 – 23 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 46 000 [20 000 – 85 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 5.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos 45%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 92.0%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

NIGERIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 131 530 000
Tasa de crecimiento de la población 2.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 46 Varones 45
Índice de Desarrollo Humano 158
Índice de Pobreza Humana
Categoría 75
Valor 38.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 90.8%
Ingreso nacional bruto por habitante 930
Gasto público en salud por habitante 13

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 2 900 000 [1 700 000 – 4 200 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.9 [2.3 – 5.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2 600 000 [1 600 000 – 3 800 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1 600 000 [810 000 – 2 400 000]
Defunciones por SIDA ..... 220 000 [120 000 – 330 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 240 000 [81 000 – 550 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 930 000 [510 000 – 1 300 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 6 522 851

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.2%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 7.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 18.0% Varones 21.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 29.0% Varones 78.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 20.3%[1] Varones ..... 7.9%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 24.0% Varones 46.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

NORUEGA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 620 000
Tasa de crecimiento de la población 0.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 82 Varones 77
Índice de Desarrollo Humano 1
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 2[1]
Valor ..... 7.0[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 38 550
Gasto público en salud por habitante 3189

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 2500 [1500 – 4100]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2500 [1500 – 4200]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

NUEVA ZELANDIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 028 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 82 Varones 77
Índice de Desarrollo Humano 19
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –[1]
Valor ..... –[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 22 130
Gasto público en salud por habitante 1483

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1400 [840 – 2300]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1% [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1400 [840 – 2300]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

OMÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 2 567 000
Tasa de crecimiento de la población 1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 77 Varones 71
Índice de Desarrollo Humano 71
Índice de Pobreza Humana
Categoría 46
Valor 21.1
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 13 250
Gasto público en salud por habitante 348

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

PAÍSES BAJOS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 16 299 000
Tasa de crecimiento de la población 0.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 81 Varones 77
Índice de Desarrollo Humano 12
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 3[1]
Valor ..... 8.2[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 31 220
Gasto público en salud por habitante 1863

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 18 000 [11 000 – 29 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 17 000 [10 000 – 29 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5900 [3000 – 10 000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

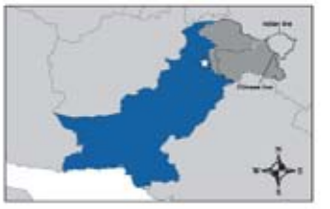
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



PAKISTÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 157 935 000
Tasa de crecimiento de la población 2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 63 Varones 62
Índice de Desarrollo Humano 135
Índice de Pobreza Humana
Categoría 68
Valor 37.1
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 65.5%
Ingreso nacional bruto por habitante 2160
Gasto público en salud por habitante 13

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 85 000 [46 000 – 210 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 84 000 [45 000 – 210 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 14 000 [6600 – 36 000]
Defunciones por SIDA ..... 3000 [1700 – 4900]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 2 408 277

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 2.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 28.4%[1] Profesionales del sexo ..... 11.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 22.0%[3]

PALAU

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 20 000
Tasa de crecimiento de la población 0.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 70 Varones 67
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 691

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 48 377

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 33.3%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

PANAMÁ

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 232 000
Tasa de crecimiento de la población 1.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 78 Varones 73
Índice de Desarrollo Humano 56
Índice de Pobreza Humana
Categoría 9
Valor 7.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 17.6%
Ingreso nacional bruto por habitante 6870
Gasto público en salud por habitante 368

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 17 000 [11 000 – 34 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.9 [0.5 – 3.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 17 000 [10 000 – 33 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4300 [2300 – 9200]
Defunciones por SIDA ..... <1000 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 9 729 957

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 97.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 48.0%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 43.8%[2]

PAPUA NUEVA GUINEA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 5 887 000
Tasa de crecimiento de la población 2.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 61 Varones 58
Índice de Desarrollo Humano 137
Índice de Pobreza Humana
Categoría 70
Valor 40.5
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 2300
Gasto público en salud por habitante 118

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 60 000 [32 000 – 140 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.8 [0.9 – 4.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 57 000 [31 000 – 140 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 34 000 [16 000 – 85 000]
Defunciones por SIDA ..... 3300 [1800 – 5400]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 15.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

PARAGUAY

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 6 158 000
Tasa de crecimiento de la población 2.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano 88
Índice de Pobreza Humana
Categoría 17
Valor 9.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 33.2%
Ingreso nacional bruto por habitante 4870
Gasto público en salud por habitante 95

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 13 000 [6200 – 41 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.4 [0.2 – 4.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 13 000 [6000 – 41 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 3500 [1500 – 12 000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 2.1%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 721 802[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 29.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 10.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 50.0%[3]

PERÚ

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 27 968 000
Tasa de crecimiento de la población 1.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 73 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 79
Índice de Pobreza Humana
Categoría 26
Valor 12.0
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 37.7%
Ingreso nacional bruto por habitante 5370
Gasto público en salud por habitante 112

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 93 000 [56 000 – 150 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.6 [0.3 – 1.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 91 000 [55 000 – 150 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 26 000 [13 000 – 45 000]
Defunciones por SIDA ..... 5600 [3400 – 8500]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 3.5%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 4 272 035

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 52.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 20.0%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 22.6%[2]

POLONIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 38 530 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 79 Varones 71
Índice de Desarrollo Humano 36
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 12 640
Gasto público en salud por habitante 521

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 25 000 [15 000 – 41 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 25 000 [15 000 – 42 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 7500 [3800 – 13 000]
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 100.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

PORTUGAL

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 10 495 000
Tasa de crecimiento de la población 0.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 81 Varones 74
Índice de Desarrollo Humano 27
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 19 250
Gasto público en salud por habitante 1294

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 32 000 [19 000 – 53 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.4 [0.3 – 0.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 32 000 [19 000 – 53 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1300 [670 – 2300]
Defunciones por SIDA ..... <1000 [<2000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA CHECA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 10 220 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 79 Varones 73
Índice de Desarrollo Humano 31
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 18 400
Gasto público en salud por habitante 1172

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1500 [900 – 2500]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1500 [900 – 2500]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<1000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 31.0% Varones 55.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 1 386 555

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 60.0%[1] Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 57 549 000
Tasa de crecimiento de la población 2.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 47 Varones 42
Índice de Desarrollo Humano 167
Índice de Pobreza Humana
Categoría 82
Valor 41.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 680
Gasto público en salud por habitante 3

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1 000 000 [560 000 – 1 500 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.2 [1.8 – 4.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 890 000 [500 000 – 1 300 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 520 000 [250 000 – 850 000]
Defunciones por SIDA ..... 90 000 [47 000 – 150 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 120 000 [40 000 – 270 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 680 000 [380 000 – 1 000 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 3 621 653

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 4.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 50.0% no huérfanos 70.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 5 924 000
Tasa de crecimiento de la población 2.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 60 Varones 58
Índice de Desarrollo Humano 133
Índice de Pobreza Humana
Categoría 72
Valor 38.2
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 73.2%
Ingreso nacional bruto por habitante 1850
Gasto público en salud por habitante 22

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 3700 [1800 – 12 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 3600 [1700 – 12 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [260 – 2000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 2.5%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 26 090

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 49.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 70.7%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA POPULAR DEMOCRÁTICA DE COREA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 22 488 000
Tasa de crecimiento de la población 0.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 68 Varones 65
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 68

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA CENTROAFRICANA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 038 000
Tasa de crecimiento de la población 1.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 41 Varones 40
Índice de Desarrollo Humano 171
Índice de Pobreza Humana
Categoría 92
Valor 47.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 84.0%
Ingreso nacional bruto por habitante 1110
Gasto público en salud por habitante 18

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 250 000 [110 000 – 390 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 10.7 [4.5 – 17.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 230 000 [100 000 – 350 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 130 000 [53 000 – 220 000]
Defunciones por SIDA ..... 24 000 [10 000 – 39 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 24 000 [7200 – 61 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 140 000 [62 000 – 200 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 742 927

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... 16.4%[1]
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 3.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 49.0% no huérfanos 54.0%

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 9.9% Varones 9.6%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 60.6% Varones 83.2%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA DOMINICANA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 8 895 000
Tasa de crecimiento de la población 1.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 70 Varones 64
Índice de Desarrollo Humano 95
Índice de Pobreza Humana
Categoría 25
Valor 11.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... <2%
Ingreso nacional bruto por habitante 6750
Gasto público en salud por habitante 111

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 66 000 [56 000 – 77 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.1 [0.9 – 1.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 62 000 [53 000 – 73 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 31 000 [27 000 – 37 000]
Defunciones por SIDA ..... 6700 [5100 – 8200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 3600 [1300 – 8000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión matemoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 17.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 29.0% Varones 83.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 13.0%[1] Varones ..... 18.0%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 29.0% Varones 52.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 30.0%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 10.0%[4]

REPÚBLICA ÁRABE SIRIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 19 043 000
Tasa de crecimiento de la población 2.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano 106
Índice de Pobreza Humana
Categoría 29
Valor 13.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 3550
Gasto público en salud por habitante 56

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 9.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 38 329 000
Tasa de crecimiento de la población 2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 49 Varones 47
Índice de Desarrollo Humano 164
Índice de Pobreza Humana
Categoría 65
Valor 35.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 59.7%
Ingreso nacional bruto por habitante 660
Gasto público en salud por habitante 16

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1 400 000 [1 300 000 – 1 600 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 6.5 [5.8 – 7.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1 300 000 [1 200 000 – 1 400 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 710 000 [640 000 – 780 000]
Defunciones por SIDA ..... 140 000 [110 000 – 180 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 110 000 [43 000 – 210 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 1 100 000 [910 000 – 1 200 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 45 000 000

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 7.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 73.0% no huérfanos 90.0%

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 44.0% Varones 49.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 36.0% Varones 81.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 10.1%[1] Varones ..... 10.7%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 42.0% Varones 47.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE TIMOR-LESTE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 947 000
Tasa de crecimiento de la población 5.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 66 Varones 61
Índice de Desarrollo Humano 140
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 95

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA DE COREA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 47 817 000
Tasa de crecimiento de la población 0.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 80 Varones 73
Índice de Desarrollo Humano 28
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... <2.0%
Ingreso nacional bruto por habitante 20 400
Gasto público en salud por habitante 531

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 13 000 [7900 – 25 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 13 000 [7800 – 25 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 7400 [3900 – 16 000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

REPÚBLICA DE MOLDOVA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 206 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 71 Varones 64
Índice de Desarrollo Humano 115
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1930
Gasto público en salud por habitante 96

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 29 000 [15 000 – 69 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.1 [0.6 – 2.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 28 000 [15 000 – 69 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 16 000 [7400 – 40 000]
Defunciones por SIDA ..... 1400 [810 – 2400]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 23.5% Varones 34.1%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 44.0% Varones 63.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 360 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 39.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 22.4%[1] Profesionales del sexo ..... 14.1%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 90.0%[3]

RUMANIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 21 711 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 76 Varones 68
Índice de Desarrollo Humano 64
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 8190
Gasto público en salud por habitante 340

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 7000 [3400 – 22 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1% [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... 0.2%[1]
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

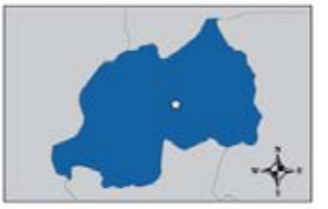
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 42 654 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... 100.0%[2]
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 9.3%[3] Profesionales del sexo ..... 3.6%[4]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 3.1%[5]



RWANDA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 9 038 000
Tasa de crecimiento de la población 2.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 47 Varones 44
Índice de Desarrollo Humano 159
Índice de Pobreza Humana
Categoría 69
Valor 37.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 83.7%
Ingreso nacional bruto por habitante 1300
Gasto público en salud por habitante 14

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 190 000 [180 000 – 210 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.1 [2.9 – 3.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 160 000 [160 000 – 170 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 91 000 [86 000 – 95 000]
Defunciones por SIDA ..... 21 000 [13 000 – 26 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 27 000 [11 000 – 53 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 210 000 [170 000 – 260 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 1 705 474

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 9.4%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 39.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 64.0% no huérfanos 80.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 28.0% Varones 41.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SAINT KITTS Y NEVIS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 43 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 72 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 49
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 11 190
Gasto público en salud por habitante 427

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

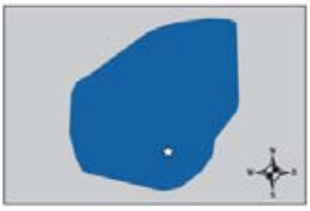
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 347 500[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



SAN MARINO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 28 000
Tasa de crecimiento de la población 0.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 84 Varones 79
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 2467

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SANTA LUCÍA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 161 000
Tasa de crecimiento de la población 0.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 77 Varones 71
Índice de Desarrollo Humano 76
Índice de Pobreza Humana
Categoría 12
Valor 8.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 5560
Gasto público en salud por habitante 200

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 20.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

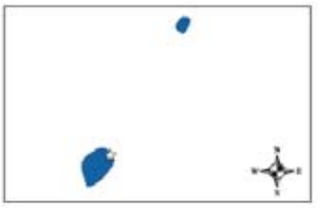
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 2 164 444

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 80.6%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



SANTO TOMÉ Y PRÍNCIPE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 157 000
Tasa de crecimiento de la población 2.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 60 Varones 57
Índice de Desarrollo Humano 126
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 78

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos 81.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 119 000
Tasa de crecimiento de la población 0.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 73 Varones 66
Índice de Desarrollo Humano 87
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 6250
Gasto público en salud por habitante 259

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 61.6%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 37.0% Varones 63.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 461 914[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 100.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SENEGAL

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 11 658 000
Tasa de crecimiento de la población 2.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 57 Varones 54
Índice de Desarrollo Humano 157
Índice de Pobreza Humana
Categoría 87
Valor 44.2
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 67.8%
Ingreso nacional bruto por habitante 1720
Gasto público en salud por habitante 24

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 61 000 [29 000 – 100 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.9 [0.4 – 1.5%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 56 000 [26 000 – 92 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 33 000 [14 000 – 58 000]
Defunciones por SIDA ..... 5200 [2500 – 8600]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 5000 [1700 – 12 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 25 000 [14 000 – 39 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 11 921 236

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 1.4%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 47.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 40.0% no huérfanos 54.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 34.0% Varones 54.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SERBIA Y MONTENEGRO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 10 503 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -0.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 75 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 282

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 10 000 [6000 – 17 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 10 000 [6000 – 17 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2000 [1000 – 3500]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 6 697 551[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SEYCHELLES

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 81 000
Tasa de crecimiento de la población 0.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 78 Varones 67
Índice de Desarrollo Humano 51
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 15 590
Gasto público en salud por habitante 439

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... 97.7%[1]
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SIERRA LEONA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 5 525 000
Tasa de crecimiento de la población 4.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 40 Varones 37
Índice de Desarrollo Humano 176
Índice de Pobreza Humana
Categoría 98
Valor 54.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 74.5%
Ingreso nacional bruto por habitante 790
Gasto público en salud por habitante 20

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 48 000 [27 000 – 73 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.6 [0.9 – 2.4%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 43 000 [25 000 – 66 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 26 000 [15 000 – 39 000]
Defunciones por SIDA ..... 4600 [2600 – 7500]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 5200 [1800 – 12 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 31 000 [19 000 – 49 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 2.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 35.0% no huérfanos 50.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

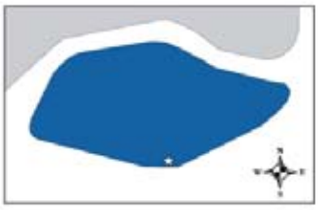
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



SINGAPUR

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 326 000
Tasa de crecimiento de la población 1.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 82 Varones 77
Índice de Desarrollo Humano 25
Índice de Pobreza Humana
Categoría 6
Valor 6.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 26 590
Gasto público en salud por habitante 417

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 5500 [3100 – 14 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.3 [0.2 – 0.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5500 [3000 – 14 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1500 [700 – 3700]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SOMALIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 8 228 000
Tasa de crecimiento de la población 3.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 45 Varones 43
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante ..... –

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 44 000 [23 000 – 81 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.9 [0.5 – 1.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 40 000 [21 000 – 72 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 23 000 [11 000 – 45 000]
Defunciones por SIDA ..... 4100 [2000 – 8000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 4500 [1500 – 13 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 23 000 [11 000 – 45 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 3.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 1.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 14.0% no huérfanos 21.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 7.9% Varones 12.5%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... No
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SRI LANKA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 20 743 000
Tasa de crecimiento de la población 0.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 75 Varones 68
Índice de Desarrollo Humano 93
Índice de Pobreza Humana
Categoría 42
Valor 18.0
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 50.7%
Ingreso nacional bruto por habitante 4000
Gasto público en salud por habitante 55

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 5000 [3000 – 8300]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5000 [3000 – 8 300]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <1000 [<1000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 2 950 000

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 6.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SUDÁFRICA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 47 432 000
Tasa de crecimiento de la población 0.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 49 Varones 47
Índice de Desarrollo Humano 120
Índice de Pobreza Humana
Categoría 56
Valor 30.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 34.1%
Ingreso nacional bruto por habitante 10 960
Gasto público en salud por habitante 258

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 5 500 000 [4 900 000 – 6 100 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 18.8 [16.8 – 20.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5 300 000 [4 800 000 – 5 800 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 3 100 000 [2 800 000 – 3 400 000]
Defunciones por SIDA ..... 320 000 [270 000 – 380 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 240 000 [93 000 – 500 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 1 200 000 [970 000 – 1 400 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 446 461 994[1]

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 14.6%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 21.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SUDÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 36 233 000
Tasa de crecimiento de la población 1.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 60 Varones 56
Índice de Desarrollo Humano 141
Índice de Pobreza Humana
Categoría 59
Valor 32.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1870
Gasto público en salud por habitante 23

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 350 000 [170 000 – 580 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.6 [0.8 – 2.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 320 000 [160 000 – 530 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 180 000 [80 000 – 320 000]
Defunciones por SIDA ..... 34 000 [18 000 – 58 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 30 000 [12 000 – 74 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 0.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 1.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SUECIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 9 041 000
Tasa de crecimiento de la población 0.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 83 Varones 78
Índice de Desarrollo Humano 6
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 1[1]
Valor ..... 6.5[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 29 770
Gasto público en salud por habitante 2305

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 8000 [4800 – 13 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 8000 [4800 – 13 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 2500 [1300 – 4400]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

SUIZA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 7 252 000
Tasa de crecimiento de la población 0.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 83 Varones 78
Índice de Desarrollo Humano 7
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... 7[1]
Valor ..... 11.0[2]
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 35 370
Gasto público en salud por habitante 2209

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 17 000 [9900 – 27 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.4 [0.3 – 0.8%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 16 000 [9900 – 27 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5900 [3000 – 10 000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

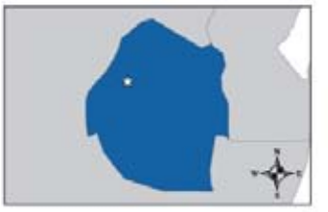
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



SWAZILANDIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 032 000
Tasa de crecimiento de la población 0.2%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 39 Varones 36
Índice de Desarrollo Humano 147
Índice de Pobreza Humana
Categoría 97
Valor 52.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 4970
Gasto público en salud por habitante 185

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 220 000 [150 000 – 290 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 33.4 [21.2 – 45.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 210 000 [140 000 – 270 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 120 000 [70 000 – 180 000]
Defunciones por SIDA ..... 16 000 [10 000 – 23 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 15 000 [5500 – 32 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 63 000 [45 000 – 77 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 3 960 517

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 11.9%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 31.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 79.0% no huérfanos 87.0%

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

TAILANDIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 64 233 000
Tasa de crecimiento de la población 0.9%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 73 Varones 67
Índice de Desarrollo Humano 73
Índice de Pobreza Humana
Categoría 28
Valor 12.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 32.5%
Ingreso nacional bruto por habitante 8020
Gasto público en salud por habitante 160

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 580 000 [330 000 – 920 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.4 [0.7 – 2.1%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 560 000 [320 000 – 900 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 220 000 [100 000 – 370 000]
Defunciones por SIDA ..... 21 000 [14 000 – 42 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 16 000 [5400 – 38 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 92 821 968[1]

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 30.6%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 60.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 6.6% Varones 10.9%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

TAYIKISTÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 6 507 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 64 Varones 62
Índice de Desarrollo Humano 122
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1150
Gasto público en salud por habitante 15

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 4900 [2400 – 16 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 1.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4900 [2300 – 16 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<2000]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 330 891[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 16.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

TOGO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 6 145 000
Tasa de crecimiento de la población 2.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 56 Varones 52
Índice de Desarrollo Humano 143
Índice de Pobreza Humana
Categoría 76
Valor 39.5
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1690
Gasto público en salud por habitante 15

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 110 000 [65 000 – 160 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 3.2 [1.9 – 4.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 100 000 [60 000 – 150 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 61 000 [31 000 – 95 000]
Defunciones por SIDA ..... 9100 [5000 – 14 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 9700 [3700 – 22 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 88 000 [51 000 – 130 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 587 123[1]

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 1.8%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 27.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 74.0% no huérfanos 78.0%

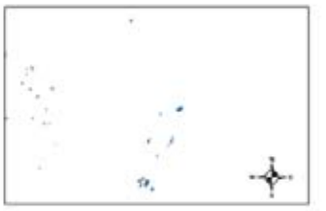
Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 30.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



TONGA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 102 000
Tasa de crecimiento de la población 0.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 70 Varones 71
Índice de Desarrollo Humano 54
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 7220
Gasto público en salud por habitante 255

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

TRINIDAD Y TABAGO

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 1 305 000
Tasa de crecimiento de la población 0.3%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 73 Varones 67
Índice de Desarrollo Humano 57
Índice de Pobreza Humana
Categoría 15
Valor 8.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 39.0%
Ingreso nacional bruto por habitante 11 180
Gasto público en salud por habitante 201

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 27 000 [15 000 – 42 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 2.6 [1.4 – 4.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 26 000 [15 000 – 41 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 15 000 [6900 – 24 000]
Defunciones por SIDA ..... 1900 [990 – 3100]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... <1000 [<2000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 5 887 676

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... 71.4%[1]
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 38.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

TÚNEZ

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 10 102 000
Tasa de crecimiento de la población 1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 70
Índice de Desarrollo Humano 89
Índice de Pobreza Humana
Categoría 43
Valor 18.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 6.6%
Ingreso nacional bruto por habitante 7310
Gasto público en salud por habitante 187

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 8700 [4700 – 21 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.1 [0.1 – 0.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 8600 [4600 – 21 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1900 [860 – 4700]
Defunciones por SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 34.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 2.0%[1] Profesionales del sexo ..... 20.0%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 5.0%[3]

TURKMENISTÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 4 833 000
Tasa de crecimiento de la población 1.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 65 Varones 56
Índice de Desarrollo Humano 97
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 6910
Gasto público en salud por habitante 149

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... <0.1 [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... <500 [<1000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

TURQUÍA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 73 193 000
Tasa de crecimiento de la población 1.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 73 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 93
Índice de Pobreza Humana
Categoría 19
Valor 9.7
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 10.3%
Ingreso nacional bruto por habitante 7680
Gasto público en salud por habitante 378

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... <2000 [<5000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

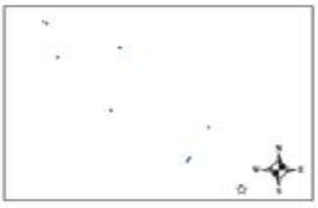
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 3 030 802[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 9.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 13.8%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



TUVALU

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 10 000
Tasa de crecimiento de la población 0.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 62 Varones 61
Índice de Desarrollo Humano ..... –
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante ..... –
Gasto público en salud por habitante 62

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... –
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

UCRANIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 46 481 000
Tasa de crecimiento de la población ..... -1.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 73 Varones 62
Índice de Desarrollo Humano 78
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 6250
Gasto público en salud por habitante 201

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 410 000 [250 000 – 680 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 1.4 [0.8 – 4.3%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 410 000 [250 000 – 680 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 200 000 [100 000 – 350 000]
Defunciones por SIDA ..... 22 000 [13 000 – 33 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 31.8%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 65.1% Varones 73.2%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 3 935 259

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... No

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 7.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 38.4%[1] Profesionales del sexo ..... 33.7%[2]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 5.0%[3]

UGANDA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 28 816 000
Tasa de crecimiento de la población 3.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 51 Varones 48
Índice de Desarrollo Humano 144
Índice de Pobreza Humana
Categoría 66
Valor 36.0
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1520
Gasto público en salud por habitante 23

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1 000 000 [850 000 – 1 200 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 6.7 [5.7 – 7.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 900 000 [780 000 – 1 000 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 520 000 [450 000 – 590 000]
Defunciones por SIDA ..... 91 000 [54 000 – 130 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 110 000 [39 000 – 200 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 1 000 000 [870 000 – 1 300 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 18 778 886

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 12.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 56.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 88.0% no huérfanos 93.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 26.0% Varones 74.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 12.2%[1] Varones ..... 16.3%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 53.0% Varones 55.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 10.0%[3]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

URUGUAY

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 3 463 000
Tasa de crecimiento de la población 0.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 79 Varones 71
Índice de Desarrollo Humano 46
Índice de Pobreza Humana
Categoría 1
Valor 3.6
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 9.5%
Ingreso nacional bruto por habitante 9070
Gasto público en salud por habitante 224

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 9600 [4600 – 30 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.5 [0.2 – 6.1%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 9500 [4500 – 31 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 5300 [2200 – 17 000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 19.3%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

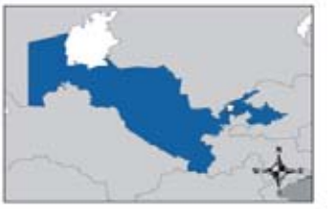
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 3 811 000[1]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 69.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



UZBEKISTÁN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 26 593 000
Tasa de crecimiento de la población 1.5%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 69 Varones 63
Índice de Desarrollo Humano 111
Índice de Pobreza Humana
Categoría ..... –
Valor ..... –
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 1860
Gasto público en salud por habitante 68

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 31 000 [15 000 – 99 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.2 [0.1 – 0.7%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 31 000 [15 000 – 100 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 4100 [1700 – 13 000]
Defunciones por SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 8.0% Varones 7.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 1.0% Varones 45.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones 50.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 26 749 000
Tasa de crecimiento de la población 1.8%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 78 Varones 72
Índice de Desarrollo Humano 75
Índice de Pobreza Humana
Categoría 14
Valor 8.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 32.0%
Ingreso nacional bruto por habitante 5760
Gasto público en salud por habitante 102

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 110 000 [54 000 – 350 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.7 [0.3 – 8.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 110 000 [52 000 – 350 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 31 000 [13 000 – 100 000]
Defunciones por SIDA ..... 6100 [3100 – 11 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS
Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 4.2%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 28 244 688

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas
- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 84.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 30.0%[1]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... 1.0%[2]

VIET NAM

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 84 238 000
Tasa de crecimiento de la población 1.4%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 74 Varones 69
Índice de Desarrollo Humano 109
Índice de Pobreza Humana
Categoría 47
Valor 21.2
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día ..... –
Ingreso nacional bruto por habitante 2700
Gasto público en salud por habitante 46

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 260 000 [150 000 – 430 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 0.5 [0.3 – 0.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 250 000 [150 000 – 420 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 84 000 [43 000 – 150 000]
Defunciones por SIDA ..... 13 000 [7800 – 20 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 42.0% Varones 50.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 0.7% Varones 21.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 0.5%[1] Varones ..... 0.3%[2]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones 68.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

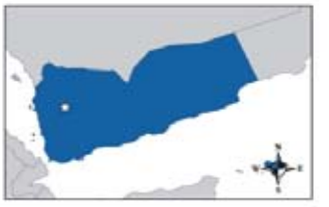
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 5 590 000[3]

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 12.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... 69.1%[4] Profesionales del sexo ..... 81.0%[5]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



YEMEN

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 20 975 000
Tasa de crecimiento de la población 3.1%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 61 Varones 57
Índice de Desarrollo Humano 151
Índice de Pobreza Humana
Categoría 77
Valor 40.3
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 45.2%
Ingreso nacional bruto por habitante 820
Gasto público en salud por habitante 37

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... –
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... [<0.2%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... –
Defunciones por SIDA ..... –

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... –
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... –

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... – no huérfanos ..... –

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... – Varones ..... –
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... – Varones ..... –

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 0.0%
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

ZAMBIA

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 11 668 000
Tasa de crecimiento de la población 1.7%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 40 Varones 40
Índice de Desarrollo Humano 166
Índice de Pobreza Humana
Categoría 90
Valor 46.4
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 87.4%
Ingreso nacional bruto por habitante 890
Gasto público en salud por habitante 26

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1 100 000 [1 100 000 – 1 200 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 17.0 [15.9 – 18.1%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1 000 000 [950 000 – 1 100 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 570 000 [540 000 – 610 000]
Defunciones por SIDA ..... 98 000 [77 000 – 120 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 130 000 [53 000 – 250 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 710 000 [630 000 – 830 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 32 000 000[1]

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 4.0%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 27.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 73.0% no huérfanos 78.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 31.0% Varones 33.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 30.0% Varones 86.0%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 17.5%[2] Varones ..... –[3]
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 35.0% Varones 40.0%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

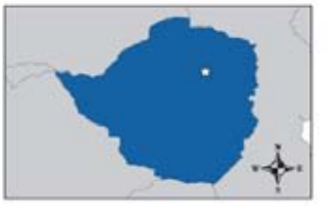
Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... Sí
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... Sí

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... –
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –



ZIMBABWE

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada 13 010 000
Tasa de crecimiento de la población 0.6%
Esperanza de vida al nacer
Mujeres ..... 34 Varones 37
Índice de Desarrollo Humano 145
Índice de Pobreza Humana
Categoría 89
Valor 45.9
Porcentaje de personas que viven con menos de US$ 2 al día 83.0%
Ingreso nacional bruto por habitante 2180
Gasto público en salud por habitante 47

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH ..... 1 700 000 [1 100 000 – 2 200 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años ..... 20.1 [13.3 – 27.6%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH ..... 1 500 000 [1 000 000 – 2 000 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH ..... 890 000 [520 000 – 1 300 000]
Defunciones por SIDA ..... 180 000 [120 000 – 250 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH ..... 160 000 [54 000 – 340 000]
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA ..... 1 100 000 [780 000 – 1 300 000]

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... US$ 12 052 578

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión maternoinfantil 4.4%
- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica 8.0%
- Asistencia escolar entre huérfanos ..... 90.0% no huérfanos 92.0%

Conocimientos y comportamiento

- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH
  Mujeres ..... 54.1% Varones 56.3%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses
  Mujeres ..... 23.3% Varones 78.6%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
  Mujeres ..... 8.1% Varones 8.5%
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional
  Mujeres ..... 42.6% Varones 56.5%

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA ..... –

Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

- Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas ..... –
- Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas ..... –

Programas nacionales

- Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica ..... –
- Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención
  Consumidores de drogas intravenosas ..... – Profesionales del sexo ..... 40.0%[a]
  Varones que tienen relaciones sexuales con varones ..... –

NOTAS

Estas cifras son preliminares y están sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

Albania

1 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

Argelia

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Argentina

1 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Armenia

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Australia

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Austria

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Azerbaiyán

1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Bangladesh

1 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a

Camboya

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

4 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Camerún

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Canadá

1 Estas estimaciones son preliminares. Las estimaciones finales relativas a 2005 estarán disponibles a mediados de 2006.

2 Estas estimaciones son preliminares. Las estimaciones finales relativas a 2005 estarán disponibles a mediados de 2006.

3 Estas estimaciones son preliminares. Las estimaciones finales relativas a 2005 estarán disponibles a mediados de 2006.

4 Estas estimaciones son preliminares. Las estimaciones finales relativas a 2005 estarán disponibles a mediados de 2006.

5 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

6 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

República Centroafricana

1 Datos de 2004.

7 Estas estimaciones son preliminares. Las estimaciones finales relativas a 2005 estarán disponibles a mediados de 2006.

8 Estas estimaciones son preliminares. Las estimaciones finales relativas a 2005 estarán disponibles a mediados de 2006.

9 Estas estimaciones son preliminares. Las estimaciones finales relativas a 2005 estarán disponibles a mediados de 2006.

Chad

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

China

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Colombia

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Congo

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Côte d'Ivoire

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Croacia

1 Datos sometidos a revisión en el momento de imprimir el presente informe.

2 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

República Checa

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Dinamarca

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Dominica

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

República Dominicana

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

4 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Ecuador

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

4 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

El Salvador

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Eritrea

1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Etiopía

1 A comienzos de 2006 en Etiopía se obtuvieron nuevos datos importantes procedentes de una encuesta nacional de base comunitaria. En el momento en que e envió a imprenta el informe, dichos datos sólo habían sido analizados de forma parcial. Como consecuencia, las estimaciones relativas a Etiopía que aparecen en el informe deben considerarse preliminares. El ONUSIDA y la OMS realizarán nuevas estimaciones basadas en un análisis exhaustivo de todos los datos y procederán a publicarlas en sus respectivas páginas web con la mayor celeridad posible.

2 A comienzos de 2006 en Etiopía se obtuvieron nuevos datos importantes procedentes de una encuesta nacional de base comunitaria. En el momento en que e envió a imprenta el informe, dichos datos sólo habían sido analizados de forma parcial. Como consecuencia, las estimaciones relativas a Etiopía que aparecen en el informe deben considerarse preliminares. El ONUSIDA y la OMS realizarán nuevas estimaciones basadas en un análisis exhaustivo de todos los datos y procederán a publicarlas en sus respectivas páginas web con la mayor celeridad posible.

3 A comienzos de 2006 en Etiopía se obtuvieron nuevos datos importantes procedentes de una encuesta nacional de base comunitaria. En el momento en que e envió a imprenta el informe, dichos datos sólo habían sido analizados de forma parcial. Como consecuencia, las estimaciones relativas a Etiopía que aparecen en el informe deben considerarse preliminares. El ONUSIDA y la OMS realizarán nuevas estimaciones basadas en un análisis exhaustivo de todos los datos y procederán a publicarlas en sus respectivas páginas web con la mayor celeridad posible.

4 A comienzos de 2006 en Etiopía se obtuvieron nuevos datos importantes procedentes de una encuesta nacional de base comunitaria. En el momento en que e envió a imprenta el informe, dichos datos sólo habían sido analizados de forma parcial. Como consecuencia, las estimaciones relativas a Etiopía que aparecen en el informe deben considerarse preliminares. El ONUSIDA y la OMS realizarán nuevas estimaciones basadas en un análisis exhaustivo de todos los datos y procederán a publicarlas en sus respectivas páginas web con la mayor celeridad posible.

5 A comienzos de 2006 en Etiopía se obtuvieron nuevos datos importantes procedentes de una encuesta nacional de base comunitaria. En el momento en que e envió a imprenta el informe, dichos datos sólo habían sido analizados de forma parcial. Como consecuencia, las estimaciones relativas a Etiopía que aparecen en el informe deben considerarse preliminares. El ONUSIDA y la OMS realizarán nuevas estimaciones basadas en un análisis exhaustivo de todos los datos y procederán a publicarlas en sus respectivas páginas web con la mayor celeridad posible.

6 A comienzos de 2006 en Etiopía se obtuvieron nuevos datos importantes procedentes de una encuesta nacional de base comunitaria. En el momento en que e envió a imprenta el informe, dichos datos sólo habían sido analizados de forma parcial. Como consecuencia, las estimaciones relativas a Etiopía que aparecen en el informe deben considerarse preliminares. El ONUSIDA y la OMS realizarán nuevas estimaciones basadas en un análisis exhaustivo de todos los datos y procederán a publicarlas en sus respectivas páginas web con la mayor celeridad posible.

7 A comienzos de 2006 en Etiopía se obtuvieron nuevos datos importantes procedentes de una encuesta nacional de base comunitaria. En el momento en que e envió a imprenta el informe, dichos datos sólo habían sido analizados de forma parcial. Como consecuencia, las estimaciones relativas a Etiopía que aparecen en el informe deben considerarse preliminares. El ONUSIDA y la OMS realizarán nuevas estimaciones basadas en un análisis exhaustivo de todos los datos y procederán a publicarlas en sus respectivas páginas web con la mayor celeridad posible.

Fiji

1 Datos de 2004.

Finlandia

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Francia

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Georgia

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Alemania

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Ghana

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Guatemala

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

4 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

5 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Guinea

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Guinea-Bissau

1 Los informes del país incluían estimaciones combinadas de diversos años. Es necesario seguir trabajando para desglosar la información por años.

Honduras

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Islandia

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

India

1 Se está trabajando para poder realizar una estimación más precisa sobre la mortalidad por SIDA en la India. Un análisis que utiliza la prevalencia de años anteriores registrados en adultos y estimaciones de variables basadas en las publicaciones internacionales parece indicar que la mortalidad por SIDA se sitúa dentro de estos márgenes.

2 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

4 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

5 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Indonesia

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual para profesionales del sexo femeninas.

Irán (República Islámica del)

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Irlanda

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Italia

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Jamaica

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Japón

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Kazajstán

1 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Kenya

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

4 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

5 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Kirguistán

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

4 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

República Democrática Popular Lao

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Letonia

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Luxemburgo

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Madagascar

1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Malawi

1 Datos de 2004.

Malasia

1 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Malí

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Mauritania

1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Mongolia

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Mozambique

1 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

4 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Namibia

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

Nepal

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños. Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

4 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

5 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Países Bajos

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Nueva Zelandia

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Nicaragua

1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Níger

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Nigeria

1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Noruega

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Pakistán

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual para profesionales del sexo femeninas.

Panamá

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Paraguay

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Perú

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Filipinas

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

4 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

República de Moldova

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Rumania

1 Datos sometidos a revisión en el momento de imprimir el presente informe.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

4 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

5 Datos de 2003.

Federación de Rusia

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Saint Kitts y Nevis

1 Los informes del país incluían estimaciones combinadas de diversos años. Es necesario seguir trabajando para desglosar la información por años.

San Vicente y las Granadinas

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

Serbia y Montenegro

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

Seychelles

1 Datos de 2004.

Sudáfrica

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

España

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Suecia

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Suiza

1 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

2 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

Tayikistán

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

Tailandia

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

Togo

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Trinidad y Tabago

1 Datos de 2004.

Túnez

1 Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que están recibiendo servicios de reducción de daños.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Turquía

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Uganda

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Ucrania

1 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

1 Estas estimaciones preliminares específicas sobre 2005 se basan en las estimaciones oficiales del Reino Unido para 2004; las estimaciones oficiales relativas a 2005 se publicarán a finales de 2006, cuando se haya analizado la totalidad de los datos de vigilancia pertinentes.

2 Estas estimaciones preliminares específicas sobre 2005 se basan en las estimaciones oficiales del Reino Unido para 2004; las estimaciones oficiales relativas a 2005 se publicarán a finales de 2006, cuando se haya analizado la totalidad de los datos de vigilancia pertinentes.

3 Estas estimaciones preliminares específicas sobre 2005 se basan en las estimaciones oficiales del Reino Unido para 2004; las estimaciones oficiales relativas a 2005 se publicarán a finales de 2006, cuando se haya analizado la totalidad de los datos de vigilancia pertinentes.

4 Estas estimaciones preliminares específicas sobre 2005 se basan en las estimaciones oficiales del Reino Unido para 2004; las estimaciones oficiales relativas a 2005 se publicarán a finales de 2006, cuando se haya analizado la totalidad de los datos de vigilancia pertinentes.

5 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

6 Países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Europa Oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

7 Estas estimaciones preliminares específicas sobre 2005 se basan en las estimaciones oficiales del Reino Unido para 2004; las estimaciones oficiales relativas a 2005 se publicarán a finales de 2006, cuando se haya analizado la totalidad de los datos de vigilancia pertinentes.

8 Estas estimaciones preliminares específicas sobre 2005 se basan en las estimaciones oficiales del Reino Unido para 2004; las estimaciones oficiales relativas a 2005 se publicarán a finales de 2006, cuando se haya analizado la totalidad de los datos de vigilancia pertinentes.

9 Estas estimaciones preliminares específicas sobre 2005 se basan en las estimaciones oficiales del Reino Unido para 2004; las estimaciones oficiales relativas a 2005 se publicarán a finales de 2006, cuando se haya analizado la totalidad de los datos de vigilancia pertinentes.

República Unida de Tanzanía

1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Estados Unidos de América

1 Datos de 2003.

Uruguay

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

Venezuela

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

2 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

Viet Nam

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

3 Porcentaje de los grupos de población más expuestos que se benefician de por lo menos una de las siguientes intervenciones: programas de extensión que incluyen la educación inter pares; exposición a los medios de comunicación orientados a ellos; detección y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

4 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

5 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Zambia

1 Se trata de cifras preliminares y sometidas a revisión bien por la necesidad de asegurar que sean exhaustivas e incluyan exclusivamente fondos públicos nacionales, o bien porque no se empleó tiempo suficiente en las aclaraciones, existen diferencias en el periodo de referencia o los países las consideraron estimaciones parciales.

2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

3 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.

Zimbabwe

1 Porcentaje estimado de profesionales del sexo o varones que tienen relaciones sexuales con varones atendidos por servicios de extensión.

ANEXO III

Córdoba, 6 Mayo 2001

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
REGISTRE GENERAL
11 MAIG 2001
B- 3246 -E

SR. **PERE RÓDENAS.**

Presidente Sección Colegial de Médicos Naturistas.
Col.legi Oficial de Metges de Barcelona.
Pg. Bonanova, 47.
08017 Barcelona
Catalunya.

Estimado compañero.

Me encontraba en su ciudad ayer sábado, asistiendo a un congreso de arteriosclerosis e investigación clínica, cuando, por pura casualidad, tuve la ocasión de escucharle en la presentación de su nuevo libro. Hasta esa fecha no había oído nada sobre usted, pero la oferta de mi buen amigo Pablo de ir a la feria en el Palau St. Jordi y aprovechar para asistir a la presentación me pareció la más oportuna manera de acabar mi estancia en vuestra seductora ciudad. Y le prometo que no me arrepentí, puesto que nada de lo que había escuchado tras cuatro días de congreso me impactó tanto como uno solo de los temas de los que esa tarde se habló.

Si mis oídos no me engañaron, llegó usted a "insinuar" que el origen del SIDA no es el HIV, que no es producto de una enfermedad infecciosa. Me imagino que usted no es el promotor de dicha teoría, de hecho comentó que procede de ciertos científicos, alguno de ellos de renombre como un experto galardonado con el Nobel. No es tema de mi especialidad (tampoco de la suya, que yo sepa), pero como miembro de la comunidad médica aquellas afirmaciones me han indignado sobremanera. No se equivoque conmigo, Sr. Ródenas, le explicaré el motivo de mi enfado: por lo que he podido indagar a raíz de la charla de ayer, sé que es usted un médico de cierto prestigio, y, además de poseer una larga experiencia clínica y docente, preside una sección de toda una institución como es el Col.legi Oficial de Metges de Barna. Por todo ello, me imagino que es consciente de la responsabilidad no sólo de sus actos sino también de sus palabras (no me considero nadie para recordárselo y siento incluso vergüenza al hacerlo). Una de tantas cosas que no enseñan en la facultad es a conocer las responsabilidades que para con la comunidad todo médico debe asumir como parte indispensable de su labor. Entiendo que una de ellas es ser cauto y meticuloso a la hora de lanzar mensajes relativas a temas sanitarios a la población. Tanto el Sr Eneko Landaburu como usted violaron esta responsabilidad en tanto que dieron por cierta una teoría no infecciosa del SIDA. Si lo que ustedes pretendían era plantar en los asistentes la semilla de la duda respecto a lo que ustedes llaman la "postura oficial" sobre el origen del SIDA, lamento decirles que en mi opinión lo que únicamente consiguieron sembrar fue la confusión (precisamente uno de los mayores enemigos de la salud). Se me ocurren otros obscuros objetivos detrás de tan temerosa actitud, pero confío en que no sean verdaderos.

Mire usted, Sr. Ródenas: yo no pongo en duda que exista una corriente de "científicos disidentes" (término que empleó el Sr Landaburu en la conversación que mantuve con él tras la charla) que sostengan una hipótesis que difiere de la "explicación oficial". Es más, es de lógica pensar que debe haber "algo más", puesto que después de todas las investigaciones que se han llevado a cabo y de las enormes sumas de capital que se han empleado en ellas, siguen existiendo aspectos que incluso contradicen las teorías que hasta ahora se han manejado. Desconozco la profundidad y coherencia de los resultados de los trabajos de estos grupos disidentes y por ello no estoy autorizado a hablar al respecto, pero sí que creo poder arriesgarme a decir que ni siquiera un experto en el tema está en disposición de salirse del terreno de la pura especulación. Y puesto que se trata de una HIPÓTESIS más sobre la causa final de esta enfermedad y como toda hipótesis requiere de una serie de rigurosas comprobaciones, no creo que tenga usted ninguna autoridad para lanzar ese tipo de AFIRMACIONES al público. Sí, Sr Ródenas, yo le oí a usted y al Sr. Landaburu afirmar textualmente que el origen del SIDA no es infeccioso, y, como yo, toda la audiencia les escuchó atentamente. Me decepcionó terriblemente de mi mismo el no reaccionar a tal acto terrorista de irresponsabilidad científica. No me sirve siquiera de excusa el haberme quedado tan consternado al oírles. No fui capaz siquiera de dirigirme a usted tras la presentación, aunque sí lo hice con Eneko, comprobando que no sólo comparte la teoría sino que su desconocimiento sobre ella me hace dudar ampliamente de la seriedad del evento.

Me fui del palau triste y preocupado. Triste porque quizá muchos de los asistentes volvieron a casa relajados y redimidos de toda culpa, pensando que todo ha sido una amarga pesadilla que ahora cesa al descubrirse que tanta alarma era sólo obra de una farsa introducida por unos Estados traicioneros que servilmente se han puesto a los pies de la industria farmacéutica. Y preocupado porque he visto cómo sólo dos personas, para más Inri de sus niveles, puede acabar en dos minutos con muchos años de incansable esfuerzo de tantísimos profesionales, entregados a la ardua labor de concienciar de que el SIDA es un problema real que requiere tomar ciertas precauciones a esas mismas personas a las que ustedes condenaron ayer injustamente a la más ignorante confusión.

No me podrá acusar usted, lo lamento, de guardar antipatía a los compañeros que humildemente se dedican a la Medicina Naturista. No creo, además albergar ningún tipo de prejuicio hacia su concepto de la salud, puesto que, aunque mi formación naturista sigue siendo pobre, siempre me he sentido receptivo y atraído por las medicinas que no comparten la misma senda que la mal llamada "oficial". Tampoco me motiva ninguna animadversión de índole personal, puesto que no tenía el gusto de haber sabido nunca anteriormente nada acerca de ustedes; es más, siento un profundo respeto tanto hacia personas como Eneko que son capaces de renunciar al privilegio de haber nacido en una sociedad llena de comodidades para intentar hacerle a los demás la vida un poco más saludable, como hacia otros como usted que luchan porque los ciudadanos puedan encontrar respuestas allá donde no la encuentran. Además, excepto por la desafortunada intervención, he de reconocer que el resto de la charla fue de mi agrado y estoy convencido de que a muchas de las personas que allí se congregaron vuestros consejos les serán de mucha utilidad. Pero no quiero ni debo pasar por alto sucesos como éstos, ni aunque usted fuese el mismísimo premio Nobel que citó. Ni mi conciencia personal ni mi deber como médico me lo permiten.

No voy a robarle más tiempo, Sr Ródenas. No ha sido mi intención molestarle con esta carta, así que si por el tono de mis palabras le he dado en algún momento la impresión de que obro con malicia espero sepa perdonarme puesto que no pretendo ni insultarle ni polemizar gratuitamente con usted. Deseo igualmente encuentre algún motivo para contestarme si lo ve oportuno.

integral
centre mèdic i de salut

Barcelona, 22 de Marzo de 2001.

Apreciado compañero Enrique:

Acabo de recibir y leer tu meditada carta. En primer lugar quiero decirte que no me ha molestado en absoluto, y por supuesto no reconozco en ella ningún malicia ni interés turbio, sino todo lo contrario. Creo que está escrita por alguien que tiene vocación de ayuda y un gran sentido de la responsabilidad. Por este mismo motivo, que creo compartimos, es por el que me atrevo a hablar y escribir sobre temas que pueden ser "delicados", pero de los que dependen directa e indirectamente la salud y la vida de muchas personas. Puedo equivocarme, pero, como tu bien sabes, todo lo que digo no es gratuito, sino que está documentado a pesar de las dificultades que uno encuentra para conocer otras opiniones. Es ésta otra cosa que no entiendo del supuesto libre foro de la ciencia: que todas las opiniones deberían ser divulgadas y escuchadas para alcanzar un verdadero debate científico. Me rebela la manipulación de la información según intereses lejanos al paciente. ¿Por qué la hipótesis oficial se potencia y mantiene sin escuchar a la hipótesis disidente que es ocultada y silenciada? Quizás deberíamos preguntar a la industria farmacéutica o a reaccionarios como la tuya.

Creo que lo único que te puedo sugerir es que te documentes sobre el tema y antes de emitir un juicio ojeas a los dos partes. Como primer acercamiento a la otra realidad, y en mi propia defensa, te envío fotocopias de los tres capítulos de mi libro que hablan sobre el SIDA. La revista "Medicinas Complementarias" que edita Sépalo Emilio también puede serte de gran utilidad.

Espero pongas tu energía y sentido de la responsabilidad en alcanzar y defender "tu propio criterio", en ésta y otras cuestiones, lejos de malpensar prejuicios o información unidireccional que recibas.

Recibe un cordial y afectuoso saludo y quedo a tu disposición para seguir intercambiando opiniones si tú lo crees oportuno.

PEDRO RODENAS.

Pça. Urquinaona, 2, 3r. 2a. • Tel. 93 318 30 50 / 301 78 37

Córdoba, 10-junio-2001

Dr Pere Ródenas.
Centre Mèdic i de Salut
Pça Urquinaona, 2; 3º 2ª
08010, Barna, Catalunya.

Querido compañero:

Intentaré vencer al calor y a la modorra de la hora de la habitual siesta para dirigirme a ti con la atención que tu y el tema se merecen. He seguido tu consejo y me he documentado sobre el tema, aunque he de reconocer que en un principio me costó más de lo que pensaba. Después de hacer una búsqueda más o menos intensiva por Internet, toda la información que he recabado, incluyendo los correos y material que tanto tu como Eneko me habéis enviado, se puede guardar en una pequeña carpeta. Y no es sólo por que hay poco editado sobre las hipótesis alternativas, sino porque aún se hace ardua la tarea de realizar una búsqueda por Internet (cómo defines la búsqueda, ¿por "hipótesis no infecciosa" del SIDA?, ¿"hipótesis disidente"?, no es posible…). Así que recurrí al truco de comenzar buscando por los nombres que citas en los capítulos del libro que me mandaste. Sobre P. Duesberg y SIDA o HIV, por ejemplo, hay tan sólo 26 artículos, contando editoriales y cartas al director, y es del autor del que más he podido encontrar (no en vano es uno de los padres de la hipótesis alternativa). A partir de esta estrategia he conseguido hacerme con suficiente material. La cuestión se complica cuando además casi toda la información se limita simplemente a opiniones basadas en estadísticas y contraestadísticas (todo el mundo sabe que lo que se puede desprender de la presentación de números y porcentajes es totalmente manipulable) presentadas en cartas al editor. No he encontrado muchos artículos originales ni resultados de experimentos o estudios, si los hay… Así, las tesis de Duesberg y seguidores se basan en estadísticas y especulaciones, muy originales y ocurrentes en algunos casos, por cierto. Me ha resultado muy curioso, por ejemplo, que para explicar los casos de SIDA entre la población homosexual haya lanzado la hipótesis de que se deben al uso de unos "nitratos inhalados afrodisiacos" que promueven un estado de estrés oxidativo. No presenta, eso sí, datos de ningún estudio que demuestre que los poppers causen un estado similar al descrito en los casos de SIDA. Y dudo mucho que todos los homosexuales del mundo que han presentado cuadros de inmunodepresión o de infecciones oportunistas en los últimos veinte años hayan usado de forma continuada éste ni ninguna otra droga. Es una teoría que no se sostiene por sí sola.

Pero no todo van a ser críticas negativas: a lo largo de esta carta voy a exponerte cuál es "mi propio criterio" sobre esta cuestión, "lejos de cualquier prejuicio o información unidireccional que reciba" de uno y otro lado, tal como me recomendaste. (Por cierto, no entiendo cómo me puedes aconsejar que me mantenga alejado de posturas unidireccionales mientras tu me proporcionas sólo la visión desde el lado en el que te encuentras, y además me pides que me libere de mis prejuicios dando por hecho que los tengo, sin que conozcas apenas nada sobre mí … no entiendo tales contradicciones, pero acepto los consejos aunque sólo sea por el respeto que por descontado te tengo).

He podido encontrar muchas contradicciones entre los principios de la hipótesis no infecciosa del SIDA, aunque también teorías que, por su lógica, debieran ser escuchadas. Por supuesto. La arrogancia con la que ciertos científicos y autoridades sanitarias manejan éste y otros temas y el desprecio con el que se dirigen a los que les manifiestan abiertamente tu discrepancia, son condenables. Y lo peor es que por culpa de su orgullo intolerable el debate científico pierde entonces su propia esencia. Y también coincido plenamente contigo en que ciertas áreas de poder ejercen una presión asfixiante, y a veces miro con cierto asco y rabia cómo suceden diariamente actos que envilecen y desacreditan nuestra profesión. Valga por ejemplo las continuas *curiosas* y *agasajos* con las que los delegados de las multinacionales farmacéuticas compran el criterio de muchos médicos a un precio que, en definitiva, al final pagamos todos directa o indirectamente a través de los impuestos o incluso con nuestra salud. Pero no me parece que la salida a esta situación sea la de culpar a médicos y compañías farmacéuticas de montar complots para lucrarse a costa de la enfermedad de sus semejantes. (Por esto, desprecio de igual manera la actitud que pude encontrar en el stand de la "Liga para la libertad de la vacunación" en la feria en la que acudí a la presentación de tu libro, en el que llegué a escuchar textualmente que "las vacunas son un invento de las multinacionales para ganar dinero"; sacado fuera de contexto, esta afirmación deja de tener cierta verosimilitud para convertirse en una pataleta sin sentido).

Sin más dilación, voy a enumerarte algunas preguntas que me han surgido al estudiar el tema y otros comentarios anexos:

– He encontrado, como ya te dije, escasa información, entre las revistas del ámbito de la medicina convencional: algún Lancet, British Medical Journal, Nature, Science y poco más (revistas, por cierto, mucho más dadas a tomar riesgos que por ejemplo la injustamente afamada New England Journal y sin embargo de gran credibilidad). El resto procede de publicaciones de muy dudosa rigurosidad y por ello se descalifican por sí solos. Además, toda la producción científica al respecto deriva en su mayoría de autores mitad externamente-marginados y mitad auto-excluidos, como P. Duesberg, Strohman, Rasnick y Muller. No todos ellos están de acuerdo entre sí, incluso se contradicen. En cambio, las publicaciones de la hipótesis oficial son infinitamente superiores en número. Son ellos Vs todos los demás. Me cuesta creer que haya tanta gente equivocada…

– Por cada argumento esgrimido por los seguidores de la hipótesis de los disidentes, existe otro que la desmiente, y viceversa. Por cada dato, de nuevo, un contradato. Por ejemplo, en lo concerniente a que el virus HIV no puede ser la causa del llamado SIDA por no cumplir los criterios de Koch, he encontrado dos cosas: hay, como mínimo, un editorial, que yo haya encontrado, que se atreve a decir que sí los cumple (HIV causes AIDS: Koch´s postulates fulfilled. Curr Opin Inmunol 1996; 8: 613-8); además, en otra editorial (Lancet 1992; 339: 1547), el Dr Evans, epidemiólogo del Yale University School of Medicine, afirma que incluso "el mismo Koch reconocía que sus postulados tienen limitaciones (…) y que algunos casos, como la fiebre tifoidea, la difteria, la lepra y el cólera, no cumplen los postulados, especialmente el tercero" (aún con la tecnología actualmente disponible, para determinados microorganismos no se han diseñado medios de cultivo donde puedan crecer, y algunos de estos agentes infecciosos no reproducen siempre la enfermedad cuando se inoculan a animales de experimentación) sin que nadie, que yo sepa (quizá haya grupos disidentes también en estos campos)

se cuestione que la causa de todos ellos sea infecciosa. Por lo que se desprende de estos últimos datos, podría darse el caso de que el HIV produjese la enfermedad (dejando a un lado la idea de que se trata de un "virus inocente") sin que cumpliese los postulados de Koch, ¿no es cierto? Además, a mi se me ocurre que por ejemplo no se haya podido aislar ni "ver" el HIV aún por no disponer de la tecnología adecuada. ¿Podría darse también esta posibilidad?

8 – La siguiente, más bien que una pregunta es un reto: ¿te atreverías tu, no consumidor de droga inmunodepresora ni "de divertimento" (término usado por Duesberg) ni afrodisiaca alguna, no desnutrido, ni hemofílico en tratamiento con AZT o factor VIII no purificado, y dado que las tasas de transmisión sexual son tan bajas como tu mismo has divulgado, a mantener una relación sexual sin condón con una persona con SIDA o siquiera que haya dado positivo a los test "poco fiables, inespecíficos y no validados" del HIV? Me imagino que tu respuesta es negativa. La duda y el miedo son humanamente poderosas, ¿verdad?. Pero cualquiera que haya leído en tu libro o en cualquier publicación las conclusiones a las que han llegado los seguidores de la hipótesis disidente, se puede sentir liberados de toda preocupación si en las condiciones que he citado mantiene dicha relación. ¿Crees que es justo condenado a esa irresponsable despreocupación?

9 – ¿Dónde están las pruebas experimentales y clínicas de que las circunstancias antes citadas producen un cuadro similar al que se ha utilizado como definición del SIDA? ¿Y cumplen además las pruebas, en el caso de que las haya, criterios certeros de causalidad? No he ahondado mucho al respecto, pero, salvo en el caso de la zidovudina y la malnutrición, no he sabido encontrar las pruebas que fundamentan la teoría no infecciosa. Si todos los argumentos se resumen a opiniones de expertos y datos epidemiológicos, resulta que el grado de evidencia al respecto es el más bajo de todos, o sea, no tienen apenas valor.

10 – ¿Te crees, de veras, que tal cúmulo de causas sea responsable de las enfermedades incluidas en el término SIDA? ¿No te parece más lógico pensar que la inmunodepresión adquirida que hace a las personas catalogadas como enfermas de SIDA más propensas a padecer dichas enfermedades, tiene un origen, en vez de múltiples, que explique esa constelación de condiciones y estados patológicos con rasgos comunes?

11 – Y es más: si comparáramos el número de pacientes afectos de inmunodepresión adquirida que la hipótesis infecciosa no logra explicar con los que se escapan de la disidente, ¿quién ganaría? Yo creo tenerlo claro. (Por cierto, no estaría mal esta comparación como hipótesis para un estudio epidemiológico, ¿verdad?)

12 – Profundizo aún más; responde con total sinceridad: ¿adoptas la hipótesis no infecciosa por su coherencia interna o más bien por su carácter disidente? (disidente viene del latín *dissidens*, "el que se asienta lejos o discrepa") A veces sucede, a mi me pasa constantemente, que el "sentarse lejos" de la posición ortodoxa, por tratarse de una postura rebelde y contestataria, nos hace sentir seres especiales, incluso hasta el punto de hacernos perder la noción de la posición que en realidad ocupamos. La idea revolucionaria ejerce en muchas ocasiones un poder de seducción difícil de resistir. Pero, no nos

engañemos, si esa actitud se perpetúa sin aportar nada sustancial, sin que añada algo nuevo, no tiene mucho más sentido que el de sentirnos "diferentes" de los demás. Señores, si de lo que se trata es de construir nuevos modelos de sociedad en los que todos los humanos tengan cabida partiendo de los mismos derechos, no creo ver otra salida que construir ese modelo desde el **suelo** (del latín *solum*, base, fondo) y no apoyándonos en la **pared** (etimológicamente *emparedado*) del viejo edificio contiguo al cual pretendemos superar. Actualmente, se puede observar que predomina más la segunda actitud, la de "lo alternativo", que avanza siempre espalda con espalda del orden actual de la sociedad y que en definitiva no logra otra cosa que la creación de una élite que se desmarca, que disiente, que "se sienta lejos" hasta de sus congéneres. Sin embargo, si las raíces las hincáramos en el suelo y a partir de ahí edificáramos una sociedad sobriamente justa estaríamos posiblemente en el camino correcto. Pero, ¡ah, amigo!, para ello habría que conseguir el compromiso de todos, y tiene el precio de mucho sacrificio y dedicación. Y tanto la palabra *compromiso* como *sacrificio* nos asusta.

13 – El término SIDA ha sido bombardeado por todos los que disentís de la hipótesis. Yo, en cambio, creo que debería conservarse, pero englobando no sólo a la consecuencia de la destrucción inmunitaria "supuestamente" llevada a cabo por el HIV, si no también a la producida por todas las sustancias y condiciones que, de forma adquirida, producen un estado crónico de inmunodeficiencia que predispone a ciertas enfermedades que en una persona inmunocompetente no se darían.

14 – Actitudes como algunas de las que ha hecho gala el gobierno sudafricano, por ejemplo, analizando en profundidad su situación interna y eligiendo su propia política sanitaria al dar prioridad a desarrollar un plan ambicioso de infraestructura sanitaria en vez de poner el parche-trampa del AZT, me parecen dignas de ser imitadas. Ese sería un ejemplo de "construcción independiente" al cual deberíamos aspirar. Me sorprende la madurez que ha demostrado Sudáfrica en este sentido. Aquí tendríamos que tomar también buena nota de lo que allí está sucediendo.

15 – Otra cosa que debería estar bien claro, es que, y ahí coincido de nuevo plenamente contigo, el futuro del tratamiento de esta enfermedad, cualquiera que sea su nombre y origen, debería de encaminarse más hacia el individuo, tratando al enfermo de forma específica, y sobre todo volver a insistir en la prevención, no sólo con el uso de condones, sino potenciando actitudes globalmente más saludables.

16 – No se sostiene ni entiende que critiques que la hipótesis infectiva del SIDA se dé por válida sin que existan datos que demuestren la causalidad del virus, mientras que por otro lado afirmes en público que no existe relación causal entre HIV y SIDA sin que haya evidencias que avalen esa posibilidad. En ese sentido, mantengo, a pesar de, y sobre todo después de, haberme documentado sobre el tema, mi crítica hacia ti y hacia Eneko por haber cometido la torpeza de haber dado por verdadera una hipótesis no probada. Lo siento …

Aún pensando así, estoy de acuerdo contigo con que no hay que tragarse todo lo que te meten en la boca, y que incluso tragada la mentira hay que currárselo para mantener intacto el reflejo de la náusea y el vómito. El filtro es necesario para desarrollar y "defender tu propio criterio", tal y como tu me respondías en tu
17 carta. Pero, digo yo, ¿no podríais haberos conformado simplemente con hacer público vuestra postura

contraria a la oficial, para así sembrar entre los lectores una duda fomentadora de un espíritu crítico? En cierta manera eso lo habéis conseguido conmigo, lo cual es algo que os tengo que agradecer (aquí en Córdoba no hay muchas ocasiones en las que mantener debates así, y sino pregúntaselo a Pablo Espejo …) Pero yo, al contrario de lo que creo haber interpretado que llegaste a insinuarme, tengo la capacidad de poder elegir mis propias ideas, de poder convocar mi propia "indaba" con el fin de extraer la mejor conclusión, al margen de influencias de uno y otro lado. No se puede decir lo mismo, creo humildemente y sin afán de sentirme superior a nadie, de algunas de las personas que os han escuchado o leído alguna vez. Es por ello que en la anterior carta te hacía llegar mi contrariedad al haber sido testigo de un acto de seria irresponsabilidad y os pedía más cautela y rigurosidad. Te pondré un ejemplo relacionado con el tema en el que trabajo que es la arteriosclerosis: todo el mundo sabe que el vino, elemento esencial en la alimentación tradicional de los pueblos mediterráneos, tiene multitud de sustancias cuyos beneficios incluyen desde bajar las cifras de presión arterial hasta mejorar síntomas derivados de la demencia. Pero es de justicia decir que también ha sido y es responsable de muchísimas muertes por hepatopatías y accidentes de tráfico, por no hablar de la lacra social que supone el abuso y dependencia alcohólicas. Hace no mucho hice una revisión bibliográfica sobre el tema, y no encontré ni una sola publicación que tras la enumeración de esos efectos positivos sobre la salud añada la coletilla de que no hay datos fiables para recomendar el consumo a personas con el fin de aumentar la supervivencia o reducir el riesgo coronario o tal o cual. No añadir dicha objeción lleva a la persona profana a la sanidad al peligroso error de pensar que "si el vino es tan bueno, habrá que beberse diariamente un litro, ¿no, doctor?" (esto es verídico, alguna que otra persona, basándose en lo que han difundido los medios, me ha llegado a preguntar si esto es o no cierto). Lo que hasta ahora conocemos es que a partir de dos o tres copas de vino al día, como ya sabrás, los posibles beneficios quedan obscurecidos por los problemas que el alcohol ocasiona, pero esto último no trasciende, por que además a todos nos pasa que hacemos caso de lo placentero antes que de lo ingrato. Y ahí, precisamente, creo que está también nuestra labor, matizando, instruyendo, añadiendo claridad a nuestros mensajes y sustrayendo la duda, la ignorancia y el miedo de la mente de los pacientes. Trabajemos en ello, compañero, pongamos nuestro empeño en construir, desde una base sólida, un mundo más justo y saludable.

Voy a despedirme ya. Ha sido una carta larga, intensa, realizada con el único propósito de obligarte a que reflexiones sobre lo que te he escrito, punto por punto, puesto que todo lo que en esta carta te he hecho llegar está, como ya habrás averiguado, meticulosamente estudiado para conseguir remover tus neuronas. Y espero que no veas en ninguna palabra ningún resto de arrogancia o desprecio hacia tu postura, por que no las hay. Agradezco mucho que respondieras a mi carta anterior, y espero que hagas con ésta lo mismo. A ver si vienes algún día por aquí por Córdoba, ciudad espléndida, aunque no desde luego en este tiempo… Sólo me queda decirte que fue una suerte conocerte y agradecerte sinceramente haber comenzado esta feroz, pero sana, discusión vía postal. Hasta pronto, compañero.