

PRIORIDADES GLOBALES PARA EL LOGRO DE LA SALUD SEXUAL: UN ANÁLISIS DE LAS METAS DEL MILENIO Y LAS NECESIDADES GLOBALES DE LA SALUD SEXUAL.

LA DECLARACIÓN «SALUD SEXUAL PARA EL MILENIO»

Dr. Eusebio Rubio-Aurioles, PhD

Asociación Mundial para la Salud Sexual
eusebio@amssac.org

CONFERENCIA MAGISTRAL DICTADA POR EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD SEXUAL EN EL IV CONGRESO CUBANO DE EDUCACIÓN, ORIENTACIÓN Y TERAPIA SEXUAL, CELEBRADO EN EL PALACIO DE CONVENCIONES, CUBA.

Es para mí un honor y para la Asociación Mundial, antes de Sexología, ahora para la Salud Sexual, estar aquí junto a ustedes. Presidir esta Asociación es una enorme responsabilidad y el mensaje que vengo a transmitirles es producto del esfuerzo de un gran número de profesionales organizados en torno a la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS).¹

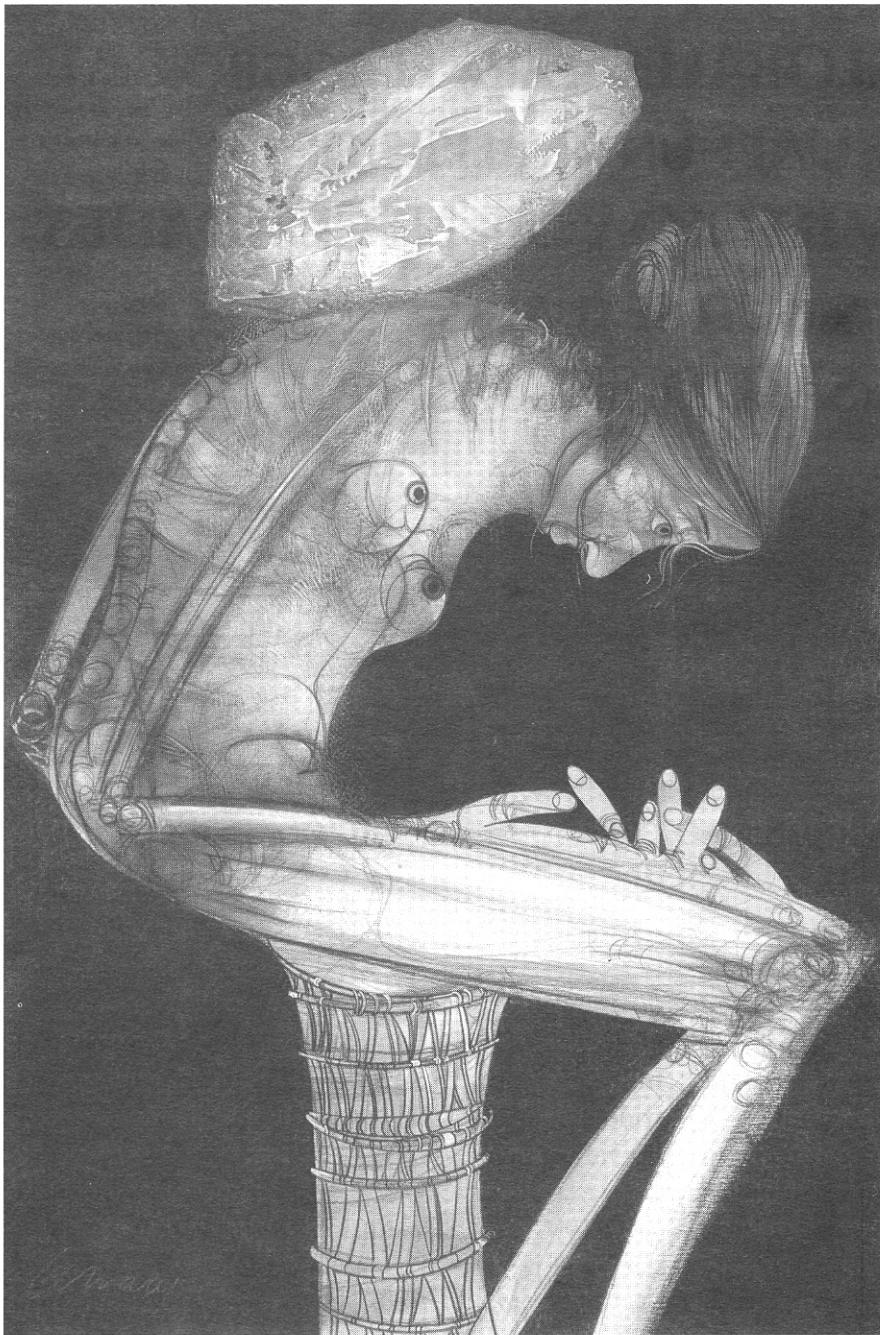
El propósito de esta conferencia es mostrar lo que en la visión de la WAS son las prioridades para el logro de la salud sexual a nivel global. Este tema puede resultar complejo debido a que la priorización de metas no necesariamente tiene el mismo orden o la misma aplicabilidad en cada una de las regiones del planeta. Es objetivo de esta conferencia poder presentar en conjunto la síntesis de este trabajo.

El análisis de las metas de desarrollo del milenio de Naciones Unidas se ha venido realizando desde hace tiempo por un grupo de expertos que conforman la Asociación y un número importante de expertos externos a la Asociación que han participa-

do en el proceso para que la salud sexual se logre en el planeta. La Declaración «Salud sexual para el milenio» representa un paso más en el camino recorrido por la WAS, y los antecedentes de este desarrollo vale la pena mencionarlos:

- la Declaración de Derechos Sexuales (Valencia 1997, aprobada en Hong Kong, 1999),
- el reporte *Promoción de la salud sexual, recomendaciones para la acción* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2000,
- el tema del congreso de 2003 de la WAS en La Habana: «Sexualidad y desarrollo humano. Del discurso a la acción»,
- las definiciones de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas en *Definiendo la salud sexual* en 2006.

El primero de éstos es la Declaración de Derechos Sexuales que la Asociación produjo en la reunión de Valencia, de ahí la enorme trascendencia que tienen los temas de los congresos mundiales. El tema del Congreso Mundial de Valencia en 1997



«Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción»; en este texto² se reúnen una serie de recomendaciones para promover la salud sexual en la región de las Américas. Todo este proceso culminó con la definición de trabajo de la OMS publicada en el año 2006.

El Congreso Mundial de Sexología celebrado en La Habana, Cuba, en el año 2003 aportó significativamente a todo este trabajo que hace años no se veía con la claridad que hoy vemos. El logro de una sexualidad plena (léase el logro de una salud sexual) está vinculado a los procesos de desarrollo humano tanto a nivel individual como colectivo.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS (ODM)³

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

medio ambiente.

- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

De estos objetivos hay tres que explícitamente se relacionan con la salud sexual:

- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades.

A partir de estos objetivos de las Naciones Unidas surge la necesidad de expresar las priorida-

fue precisamente «Derechos humanos y sexualidad», y el desarrollo de la Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial, entonces de Sexología, ocurrió en 1997, aprobándose dos años después en Hong Kong.

La participación de la WAS fue incrementándose en procesos de redefinición de planteamientos y es así que en el año 2000 la OPS, en conjunto con la WAS y la OMS, convocan a una consulta regional para reevaluar las estrategias de promoción de la salud sexual, siendo el fruto de dicha reunión, efectuada en Antigua Guatemala, Guatemala, el documento

des en salud sexual en el marco de las Metas de Desarrollo del Milenio. Hemos de reconocer que en el mundo la explicitación de los derechos sexuales es un proceso que aún no se ha podido lograr completamente.

Durante la organización del XVII Congreso de Sexología en Montreal se planteó la formación, a partir de la propuesta del Comité Organizador, de una fuerza de trabajo que se reunió en varias ocasiones y que tuvo una reunión de articulación en la que no sólo participó la WAS, sino otras organizaciones y asociaciones (Santo Domingo, enero de 2005) para desarrollar la declaración. Este trabajo se tradujo en planteamientos durante el congreso, y lo que se presentará a continuación es el resultado de la labor de un grupo numeroso de profesionales que se organizaron en mesas de trabajo, desarrollando documentos básicos y haciendo una formulación final de la Declaración de Montreal en el año 2005.

Ahí no se detuvo el proceso. Después que se obtuvo la Declaración de Montreal, se realizaron precisiones, se desarrolló un documento técnico con el apoyo de la Ford Foundation y se efectuó una consulta de expertos en Oaxaca, México, en el año 2006. Este trabajo culminó con la elaboración de la declaración final y su aprobación en la Asamblea de Sydney de 2007.

El documento técnico que acompañará a la declaración, está listo pero aún no está publicado. Podemos adelantar que la OPS realizó la traducción al español del manual, de manera que tendremos dentro de poco la sistematización de los aspectos que más adelante se presentarán.

Como introducción de la declaración de la WAS «Salud sexual para el milenio», quisiéramos precisar que:

- la promoción de *la salud sexual es central para alcanzar el bienestar y el logro del desarrollo sustentable* y, más específicamente, para la instrumentación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- los individuos y las comunidades que experimentan el bienestar, *se encuentran en una mejor posición para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social*. Eso es una afirmación que de alguna manera vincula el bienestar sexual con otras activi-

dades que tienen que ver, de alguna manera, con el desarrollo económico;

- al cultivar la responsabilidad individual y social y las interacciones sociales equitativas, la promoción de *la salud sexual fomenta la calidad de vida y la realización de la paz*;
- por ende, instamos a todos los gobiernos, las agencias internacionales, al sector privado, las instituciones académicas y la sociedad entera, y muy particularmente a las organizaciones miembros de la WAS a concentrarse en las ocho prioridades contenidas en la Declaración.

DECLARACIÓN DE LA WAS «SALUD SEXUAL PARA EL MILENIO»⁴

Es esencial que los planes de acción internacionales, regionales, nacionales y locales para el desarrollo sustentable prioricen acciones en salud sexual, asignen recursos suficientes y aborden las barreras sistémicas, estructurales y comunitarias que afectan la salud sexual y atiendan el progreso de estos planes y programas.

PRIORIDADES GLOBALES PARA EL LOGRO DE LA SALUD SEXUAL

1. Reconocer, promover, asegurar y proteger los derechos sexuales para todos.

Ésta es la prioridad que después de mucha polémica —ya que es un tema en el que no existe consenso ni siquiera entre los expertos—, se consideró que debía ser la meta número uno. El que se ubique como la primera prioridad, es una forma de reconocer que en el mundo todavía no es suficiente el reconocimiento, la promoción, el aseguramiento y la protección de los derechos sexuales.

Los derechos sexuales se articulan con los derechos humanos básicos y, por tanto, son inalienables y universales. La salud sexual es un componente integral del derecho al gozo del mayor estándar alcanzable de salud. La salud sexual no puede ser obtenida o mantenida sin los derechos sexuales para todos.

El tema de los derechos sexuales es complejo; se reconoce que la salud sexual es el concepto de salud aplicado a lo sexual, pero esta aplicación no es sencilla: *hay problemas ideológicos al respecto y la razón es ésta.*



El concepto de «salud» de la OMS tiene, como eje que lo articula, el bienestar; este concepto requiere de una definición ideológica, de manera que lo que está bien «es lo que a mí me parece que está bien», y lo bueno está absolutamente determinado por la ideología.

Lo que sucede es que más o menos estamos de acuerdo con los conceptos de «sexualidad», pero con los conceptos de «bienestar» no vamos a estar de acuerdo si nos planteamos la ideología de lo que «otro decide qué sea bienestar». Tenemos un marco realmente universal de lo que es lo mínimo que se necesita para el desarrollo, para el bienestar del ser humano, y es el marco de los derechos humanos que, traducido a sexualidad, se llama el marco de los derechos sexuales.

Respecto a los derechos humanos, existe acuerdo internacional pero no sucede lo mismo cuando hablamos de derechos sexuales; ése es el gran reto para los siguientes años. Hay expresiones, como las de la Asociación Mundial para la Salud Sexual y algunas otras, muy coincidentes, pero hace falta un esfuerzo mayor para que esto sea reconocido a nivel de tratados internacionales. La definición de «salud sexual» como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Este concepto incluye que la salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación o violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

Los retos sobre derechos sexuales a los que nos enfrentamos en la actualidad, están relacionados con que aún no hay acuerdo internacional sobre el tema. En muchos países el término «derechos sexuales» tiene oposición intensa; no es el caso de Latinoamérica, pero en otros casos así ocurre, y existen luchas ideológicas por librar: el reconocimiento a la diversidad y el reconocimiento del valor del placer.

2. *Avanzar hacia la equidad de género.*

La salud sexual requiere respeto y equidad de género. Las inequidades relacionadas con el

género y los desequilibrios de poder impiden las interacciones humanas constructivas y armoniosas y, por ende, la consecución de la salud sexual. Es una aspiración antigua, en la que han existido avances, pero en la que aún no se logra el nivel de equidad satisfactoria.

3. *Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionada con la sexualidad.*

La salud sexual no puede alcanzarse en tanto las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales. En este caso, la discriminación claramente identificada como una forma violenta de relacionarse, y mientras haya niveles de discriminación, la salud sexual no estará presente.

4. *Proveer acceso universal a la información y educación de la sexualidad integral.*

Es una meta también antigua, en la que ha habido avances, pero que a nivel global todavía estamos lejos de lograr. Paradójicamente, en algunos países latinoamericanos existe cierto adelanto en comparación con lo que sucede en otras naciones más desarrolladas. Valdría la pena comentar que existe un problema de traducción, porque en inglés dice: “*Provide universal access to comprehensive sexuality education and information*” [Proporcionar acceso universal a una completa educación e información sobre la sexualidad], pero no es exactamente el acceso universal a cualquier tipo de información, sino a una información científicamente documentada.

El logro de la salud sexual requiere que todas las personas, incluso los jóvenes, tengan pleno acceso a una educación integral de la sexualidad y a información y atención a su salud sexual durante todo el ciclo vital.

5. *Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan la importancia medular de la salud sexual.*

Este aspecto de repente podría parecer extraño: referirse a una meta de salud sexual respecto a los programas de salud reproductiva. En este caso se estaría haciendo referencia a la falta de equilibrio e integralidad en los avances en el mundo. Hay una tendencia identificada por los expertos de que existen muchos programas de salud reproductiva, y ése es uno de los incuestionables avances después del Cairo. Pero los expertos de la WAS señalan que, a

pesar de que hay esta atención a la salud reproductiva, muy frecuentemente se hace olvidándose de que ésta no puede ser contemplada si se olvida la sexualidad o, para ser más precisos, si se olvidan de la dimensión placentera de la vida sexual. Y en eso sí hay problemas importantes en el mundo. Hay muchos programas que olvidan que esta vivencia reproductiva ocurre literalmente en un mar de placer cuando está bien, o en un mar de displacer cuando está mal, y es precisamente en este punto donde hay que poner atención.

La reproducción es una de las dimensiones críticas de la sexualidad humana y puede contribuir al fortalecimiento de las relaciones y la realización personal cuando ha sido deseada y planeada. La salud sexual es un concepto más integral que la salud reproductiva. Los actuales programas de salud reproductiva deben ampliarse para contemplar integralmente las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual.

6. Detener y revertir la propagación del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual.

La propagación del VIH es un azote que todavía no se ha logrado detener. En algunas áreas del mundo se ha contenido el incremento, pero la epidemia sigue. Si bien el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones que se transmiten sexualmente son un fenómeno biológico o bacteriológico, lo que sí queda absolutamente claro es que detener la transmisión a través del contacto sexual requiere de un abordaje integral del fenómeno, lo cual tiene idealmente que ser desde la óptica de la salud sexual.

El acceso universal a la prevención, consejería y prueba de detección voluntaria, la atención y tratamiento integral de los pacientes infectados con el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, es igualmente esencial para la salud sexual. Deben adop-

tarse e incrementarse de inmediato los programas que aseguren el acceso universal a estos servicios.

7. Identificar, abordar y tratar inquietudes, padecimientos y disfunciones sexuales.

La meta siguiente tiene que ver tradicionalmente con el trabajo de terapia y orientación sexual y no ha sido reconocida en muchas áreas; ése es uno de los espacios donde el retraso es más notable. Existe un cuestionamiento sobre la importancia de atender los problemas sexuales como las disfunciones sexuales o las parafilias en el mundo.

Hay que identificar y tratar inquietudes, padecimientos y disfunciones sexuales, puesto que la plenitud sexual tiene la capacidad de elevar la calidad de vida. Resulta crítico reconocer, prevenir



RS
SSSSSSSS

y tratar las inquietudes, los padecimientos y las preocupaciones sexuales.

8. *Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente del bienestar.*

Esta prioridad reconoce el placer sexual no como un lujo, que es la manera de entender este fenómeno por muchas de las personas responsables de los programas de salud pública. Interpretarlo como una especie de agregado, de lujo, de «cosa» en la que no vale la pena invertir recursos, es una concepción errónea. La salud sexual es más que la ausencia de enfermedad. El placer y la satisfacción sexual son componentes integrales del bienestar y requieren de su reconocimiento y promoción universales.

EXPLICITACIÓN DE PRIORIDADES

A continuación nos detendremos en algunas de estas prioridades.

Correspondiente a la *prioridad número 3* («Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad»), se muestra la relación entre el nivel de desarrollo de los países y los índices reportados de algunos indicadores de violencia.

TABLA 1. PORCENTAJE DE MUJERES AGREDIDAS ALGUNA VEZ: INTENTO O CONSUMACIÓN DE COITO FORZADO POR PARTE DE SU PAREJA

País	Porcentaje
Zimbabue	25
Brasil	10,1
Nicaragua	21,7
Perú	22,5
Tailandia	29,9
México	23
Canadá	8
Estados Unidos	7,7
Finlandia	5,9
Japón	6,2
Suecia	7,5

Fuente: *World Report on Violence and Health*, WHO, 2002; y lista de países por nivel de ingresos del Banco Mundial, en <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>

El llamado de atención aquí es que el grado de relación entre el nivel económico y la violencia es muy intenso: a menor grado económico, mayor presencia de violencia sexual, y viceversa. Creemos que esto no es casual.

Sin embargo, la tabla 2 resulta muy interesante al respecto, pues demuestra que existen otros factores, al margen del desarrollo económico, que se relacionan con los indicadores de violencia. Aquí —y lo vemos particularmente con Perú, que tiene un índice excesivamente alto— esta relación se rompe. En ocasiones el desarrollo económico por sí sólo no garantiza la existencia de la equidad necesaria.

TABLA 2. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE DECLARARON QUE HABÍAN TENIDO UNA INICIACIÓN SEXUAL FORZADA

País	Porcentaje
Ghana	21
Mozambique	18,8
Tanzania	29,1
Camerún	37,3
Perú	40
Estados Unidos	9,1
Nueva Zelanda	7

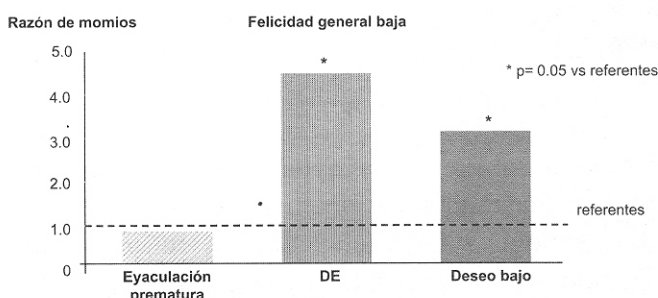
Fuente: *World Report on Violence and Health*, WHO, 2002; y lista de países por nivel de ingresos del Banco Mundial, en <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>

La *prioridad número cinco* es asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan la importancia medular de la salud sexual. En la primera gráfica del Anexo, sobre la tasa de uso de anticonceptivos, se cumple la relación entre el nivel de desarrollo de los países y el uso de anticonceptivos.

Sobre la *prioridad número 6* («Detener y revertir la propagación del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual»), en la segunda gráfica del Anexo se muestra la proporción estimada de la población adulta con VIH. Volvemos a ver lo mismo, pues aquí el nivel de desarrollo económico, por sí solo, no explica la proporción de casos con VIH. Es importante tener en cuenta otros factores: la presencia del virus y la existencia de la epidemia como tal.

La disfunción sexual tiene un impacto negativo en la calidad de vida, y ésta sería nuestra *prioridad número 7* («Identificar, abordar y tratar inquietudes, padecimientos y disfunciones sexuales»). Hay algunos reportes (gráfica 1) acerca de la trascendencia de las disfunciones sexuales en la calidad de vida de las personas (específicamente el impacto del deseo sexual y de la disfunción eréctil), donde hay una felicidad general baja.

GRÁFICA 1. LA DISFUNCIÓN SEXUAL TIENE UN IMPACTO NEGATIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA



Fuente: E. O. Laumann *et al.*, *J Am Med Assoc*, no. 281, 1999, pp. 537-544.

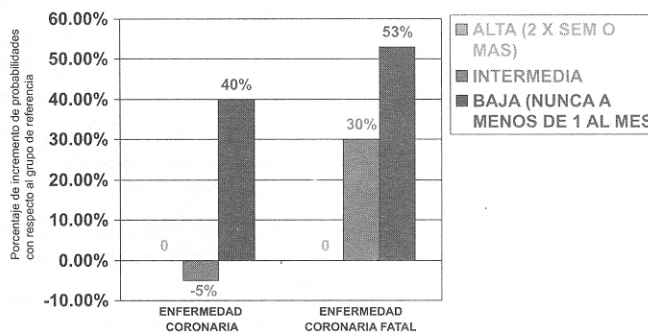
La última secuencia de datos que se mostrarán, pertenecen a la prioridad número 8 («Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente del bienestar»). Les voy a presentar dos análisis de un estudio epidemiológico que hicieron en Inglaterra y que muestran la relación entre actividad sexual y enfermedad coronaria e isquemia cerebral y la relación entre actividad sexual y riesgo de muerte. Ésta es una investigación muy interesante, porque lo que midió fueron coitos y orgasmos. Sobre todo cuando le presente lo referente a los orgasmos, espero quede bastante claro que hay un valor intrínseco en el placer experimentado durante los orgasmos.

El siguiente es un estudio (S. Ebrahim *et al.*: «Sexual intercourse and risk of ischaemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study», *J Epidemiol Community Health*, no. 56, 2002, pp. 99-102) de la relación entre actividad sexual y enfermedad coronaria e isquemia cerebral:

- 914 hombres (45-59 años de edad) fueron seguidos durante veinte años;
- se estudió la relación entre frecuencia de actividad sexual y el riesgo de isquemia cerebral y de enfermedad coronaria;
- no se encontró modificación de riesgo para la isquemia cerebral, pero sí para la enfermedad coronaria.

Y fíjense que está en relación con las personas que tienen alta actividad sexual —y no es tanta, porque se habla de dos coitos a la semana o más. La gráfica 2 muestra el incremento de riesgo de enfermedad coronaria en aquellos sujetos con baja frecuencia de actividad coital.

GRÁFICA 2. INCREMENTO DE RIESGO* DE ENFERMEDAD CORONARIA DE ACUERDO CON LA FRECUENCIA COITAL EN RELACIÓN CON LA CATEGORÍA DE DOS O MÁS POR SEMANA



* Los cálculos están ajustados para edad, presión arterial, ser fumador, nivel de colesterol, fibrinógeno, clase social, IMC y presencia de isquemia definida por electrocardiograma.

Fuente: S. Ebrahim *et al.*: «Sexual intercourse and risk of ischaemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study», *J Epidemiol Community Health*, no. 56, 2002, pp. 99-102.

Se analiza a continuación otra investigación (G. Davey Smith, S. Frankel y J. Yarnell: «Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort study», *BMJ*, no. 315, 1997, pp. 1 641-1 644) sobre la relación entre el riesgo de morir y la actividad sexual:

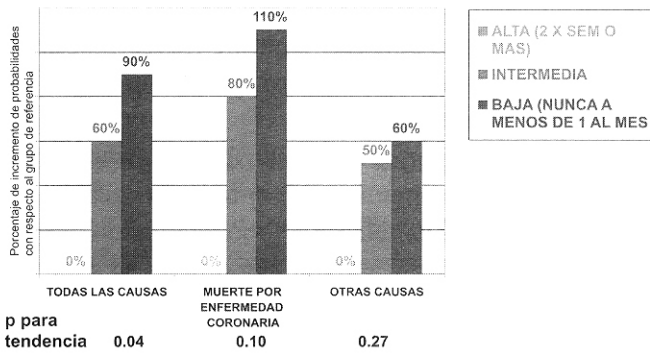
- 918 hombres de 45 a 59 años al momento de su entrada al estudio, seguidos durante diez años;
- se estudió la relación entre la frecuencia de orgasmos y la ocurrencia de muerte;
- el grupo con alta frecuencia orgásmica resultó con un riesgo 50 % menor que el grupo con frecuencia orgásmica baja.

En general, la función reproductiva del orgasmo se limita a dos, tres o cuatro ocasiones en la mayoría de los casos del mundo en desarrollo o desarrollado. El resto de los orgasmos son vividos exclusivamente desde su función placentera. La importancia de esas experiencias placenteras no se ha visto con claridad; un ejemplo nos la da el anterior estudio.

Se clasificaron de acuerdo con la frecuencia reportada de orgasmos:

- alta: dos o más a la semana,
- intermedia,
- baja: menos de una vez al mes.

GRÁFICA 3. INCREMENTO DE RIESGO* DE MUERTE Y FRECUENCIA ORGÁSMICA EN RELACIÓN CON LA CATEGORÍA DE DOS O MÁS VECES POR SEMANA



* Los cálculos están ajustados para edad, presión arterial, ser fumador, nivel de colesterol, clase social, enfermedad coronaria al inicio del estudio para el caso de las muertes por enfermedad coronaria.

Fuente: G. Davey Smith, S. Frankel y S. Yarnell: «Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort study», *BMJ*, no. 315, 1997, pp. 1 641-1 644.

De verdad se trata de estar bien cuando uno tiene placer sexual, y estas evidencias tienen relativamente poco tiempo. Estas realidades parecen

NOTAS

- 1 WAS: siglas en inglés de World Association for Sexual Health.
- 2 Disponible en la página web de la Organización Panamericana de la Salud (http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/Al/salud_sexual.pdf).
- 3 Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Disponible en URL: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/goals.html>

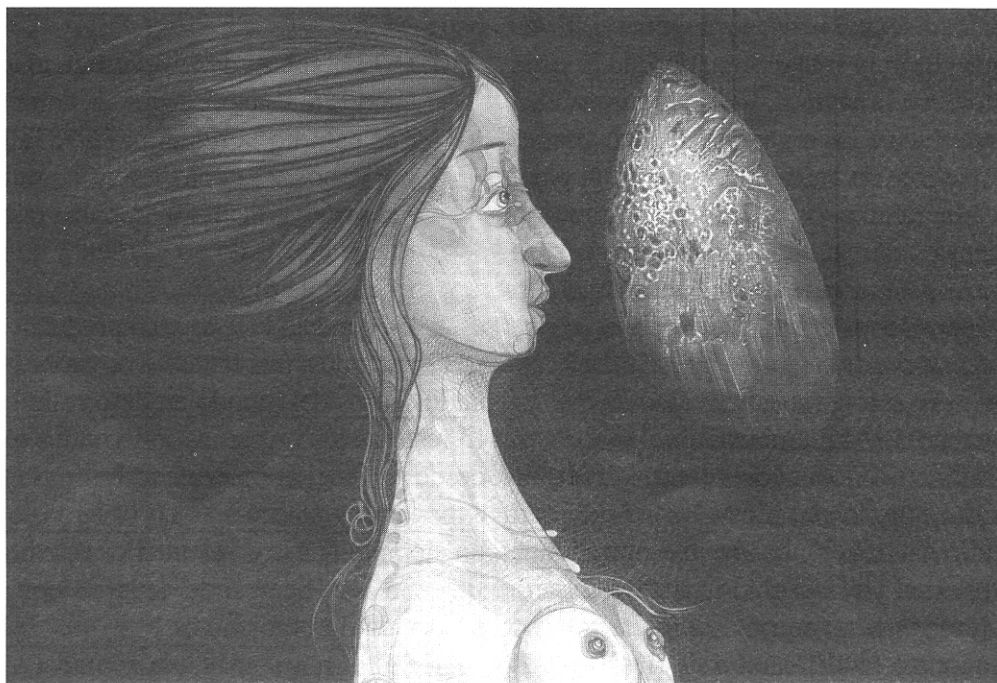
que son las que necesitan las personas y los responsables de programas de salud pública para poder ver el placer sexual no como un lujo, sino como una necesidad.

Para concluir quiero cerrar con las siguientes ideas:

- los objetivos del milenio demandan atención específica a la salud sexual;
- la salud sexual se relaciona con el desarrollo individual, familiar, comunitario y nacional;
- es imperativo un enfoque integral y de salud pública para que los niveles de salud sexual se hagan óptimos.

Y termino con dos invitaciones, una al congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, en Guayaquil, Ecuador, en este año, y la otra al Congreso Mundial en Gotenburgo, Suecia, en junio de 2009.

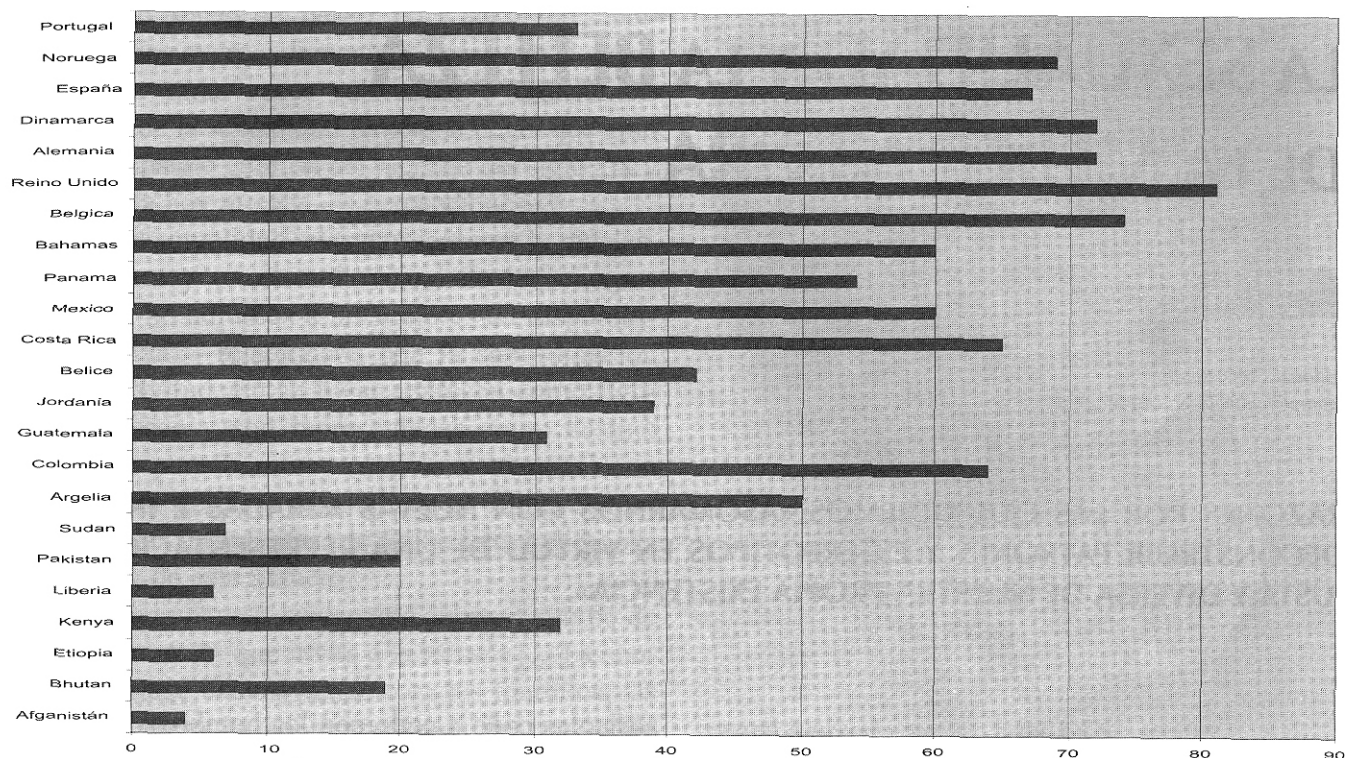
- 4 Aprobada por la WAS en Asamblea General, 17 de abril de 2007, Sydney, Australia. Disponible en URL: http://www.worldsexology.org/newsletter/WAS_NEWSLETTER_OCT_2007.pdf



Muchacha conversando con una piedra (fragmento) (2001)
Técnica mixta sobre cartulina, 100 x 70 cm

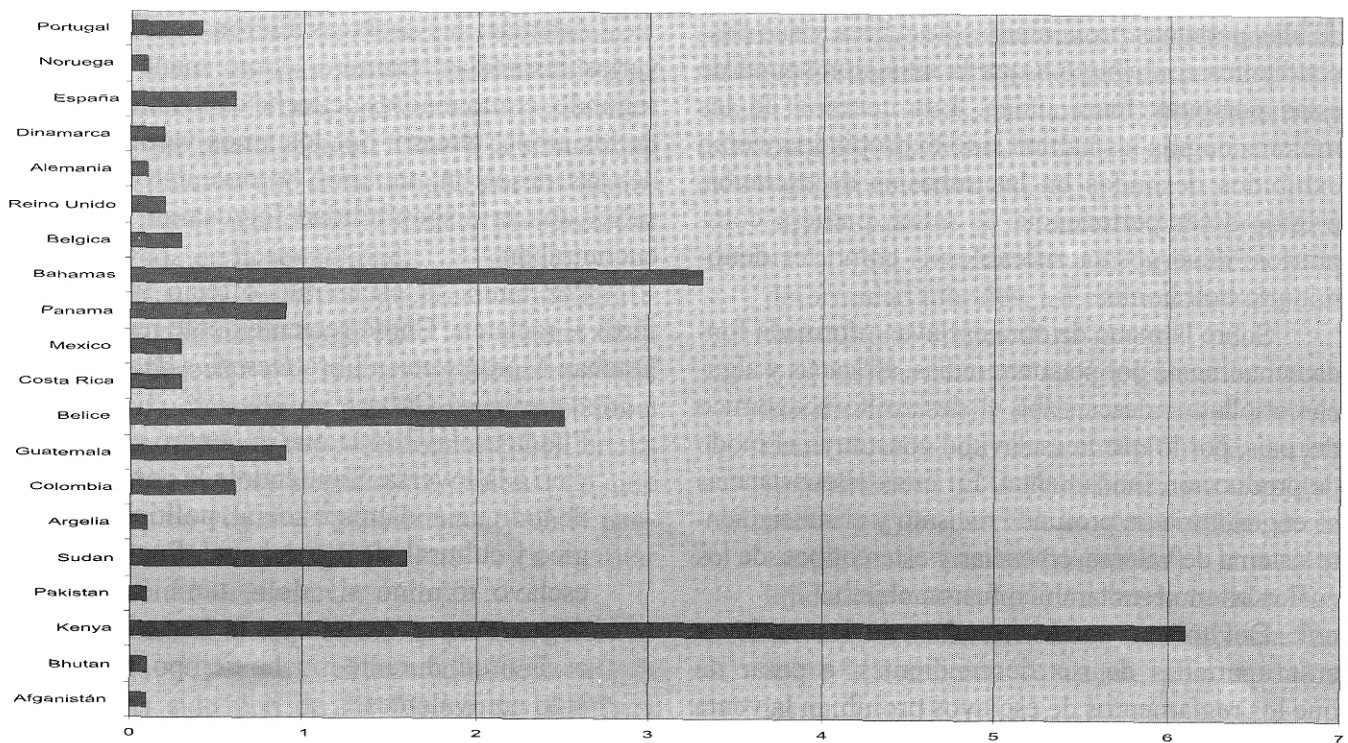
ANEXO

TASA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS



Fuente: OMS: *Informe mundial de salud 2005*; y lista de países por nivel de ingresos del Banco Mundial, en <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>

PROPORCIÓN ESTIMADA DE LA POBLACIÓN ADULTA (15-49 AÑOS) CON VIH EN 2005



Fuente: UNAIDS/WHO: *2006 Report on the global AIDS epidemic*, May 2006.