

VIEJOS ESTIGMAS Y NUEVOS RIESGOS EPIDEMIOLÓGICOS. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL VIH/SIDA A ESCALA INTERNACIONAL

Carmen Gil de Arriba
Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio (PTU)
Universidad de Cantabria
carmen.gil@unican.es

Viejos estigmas y nuevos riesgos epidemiológicos. Incidencia y prevalencia del VIH/SIDA a escala internacional (Resumen)

Transcurrido ya más de un cuarto de siglo desde la detección de los primeros casos de VIH/SIDA, la situación actual es bien distinta a la situación de partida, de mediados de los años 80'. No obstante, el que la enfermedad siga apareciendo como un estigma en el sentido de Goffman (1963) hace que buena parte de la responsabilidad siga recayendo sobre las personas y de los países que la padecen, a la vez que se minimizan las causas más complejas de discriminación y de desigualdad, relacionadas con procesos históricos y económicos y con situaciones de poder, de dominación y de opresión a escala internacional.

Palabras clave: estigma, discriminación, desigualdad, enfermedades infecciosas, epidemias, VIH/SIDA, Tercer Mundo, subdesarrollo.

Old stigmas and new epidemiological risks. Incidence and prevalence of HIV & AIDS around the world (Abstract)

More than a quarter of a century passed since the detection of the first cases of HIV & AIDS, the current situation is quite distinct to the original one in the mid 1980s. However, the fact is that this disease is still conceived as a stigma in a Goffman's sense, which means that a great part of responsibility falls on infected people as well as the countries suffering the pandemic effects. Such a view understates a set of more complex causes as discrimination and inequality, related to historical and economical processes or situations of domination and oppression given at an international scale.

Key words: stigma, discrimination, inequality, infectious diseases, epidemics, HIV/AIDS, Third World, underdevelopment.

Enfermedades infecciosas y estigmas asociados

En los años 60' del pasado siglo, Erving Goffman utiliza y desarrolla el concepto sociológico y antropológico de estigma en relación con las categorías o atributos que definen socialmente a las personas y que configuran su identidad social[1]. Según Goffman, los estigmas pueden ser agrupados en tres grandes grupos: físicos o corporales[2], de carácter o personalidad y finalmente, de tipo tribal, es decir asociados con la herencia familiar, la religión, la nación, el sexo o la clase social de los individuos. Cualquiera de estos estigmas contribuye a la discriminación y al descrédito de la persona que lo padece o a la que se le atribuye. Así pues, la estigmatización equivale al rechazo social.

Por su parte, la enfermedad y en particular determinadas enfermedades infecciosas contagiosas o transmisibles, puede ser consideradas como un estigma. Así, según Weiss y Ramakrishna (2001):

“El estigma es un proceso social, o una experiencia personal conexas, caracterizados por la exclusión, condena o devaluación, que resulta de un juicio social adverso, sobre una persona o un grupo. El juicio se basa en un perdurable rasgo de identidad, atribuible a un problema de salud o a un estado relacionado con la salud, y este juicio es, fundamentalmente, médicamente injustificado”[3].

Las enfermedades infecciosas siguen representando hoy en día una de las principales causas de muerte en el mundo, incluso en los países desarrollados. En concreto, se calcula que son responsables de casi un tercio de todas las muertes[4] y de aproximadamente el 43 por ciento de los fallecimientos en los países en vías de desarrollo. Además, en los últimos años han surgido nuevas patologías infecciosas además del VIH/SIDA (fiebres hemorrágicas provocadas por virus *Ebola* y *Marburg*, encefalopatía espongiforme bovina y la subsiguiente enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, gripe aviaria y SARS[5]) o han reaparecido otras que se pensaban ya erradicadas (tuberculosis, cólera, dengue, poliomielitis, carbúnculo).

Las causas del mantenimiento o de la expansión las enfermedades infecciosas son diversas, aunque muchas de ellas no son estrictamente microbióticas o biomédicas, sino que tienen un marcado carácter social y están relacionadas entre sí: la evolución demográfica, las limitaciones en las políticas de salud pública y la disminución o insuficiencia de los servicios sanitarios básicos, el desigual acceso a los medicamentos[6], la pobreza, la malnutrición, las guerras, la devastación o los cambios en los ecosistemas.

La condición de estigma hace que las causas, el control o el tratamiento de una enfermedad no se aborden desde un punto de vista científico o racional, sino desde otros puntos de vista vinculados a la superstición, las creencias, los prejuicios o la superstición. Así, la enfermedad en tanto que estigma aparece a menudo asociada, en el imaginario social, a una interpretación metafórica del mal y de la trasgresión, como anomalía o monstruosidad o incluso como castigo por el vicio y la degradación, lo que hace del enfermo el principal responsable de su dolencia. Además, al instalarse la idea de que una enfermedad no puede ser curada o paliada, o mientras se desconozcan sus causas médicas o los medios de prevención, su carácter de estigma perdura y se acrecienta. En este sentido, puede decirse que el estigma se basa en el miedo ante algo que se desconoce. Este desconocimiento genera a su vez toda una serie de interpretaciones erróneas.

El estigma influye sobre todos los aspectos sociales del afectado: las relaciones con otras personas, incluida su familia y sus condiciones laborales. No obstante, en ocasiones, la situación de estigmatizado, inclusive la del enfermo, no es apreciable a simple vista (carece de síntomas aparentes), sino que depende de cómo se difunda o maneje la información. De esta forma, la enfermedad considerada como vergonzante o infamante tiende a ser ocultada por la persona que la padece, para tratar de evitar el rechazo social que genera. Es lo que Goffman llama "encubrimiento".

Históricamente, han existido numerosas enfermedades con carácter de estigma como la lepra y la peste, de las que existen referencias en la Biblia, o ya en época más reciente, la sífilis, la tuberculosis y el cáncer. En la actualidad, algunas enfermedades, en particular las asociadas, al menos en su origen, a comportamientos sobre los que recaen determinados juicios morales, siguen teniendo la condición de estigma. El ejemplo más evidente de todo ello es el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). En el caso del VIH/SIDA, esta vinculación de carácter simbólico se ha visto reforzada por el hecho de que inicialmente la enfermedad afectó mayoritariamente a determinados grupos de población que fueron definidos como “grupos de riesgo”, añadiendo un nuevo estigma a colectivos previamente marcados por la exclusión: drogodependientes, homosexuales y prostitutas. Así, en un principio se emplearon denominaciones como la de “cáncer gay”. No obstante, como ha sido estadísticamente probado, la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales esporádicas sin protección entre personas de distinto sexo (hombre-mujer) ha ido en incremento, ya que al no considerarse grupos de riesgo, no ha existido tampoco la percepción de peligro potencial de transmisión. Asimismo, con respecto al SIDA, ha habido distintas versiones especulativas sobre el origen de la enfermedad: caribeño (haitiano), africano o transmitido a través de primates, lo cual ha contribuido a la estigmatización de determinados países, regiones mundiales o continentes[7].

La condición de estigmatizados que, desde un principio, ha recaído sobre los enfermos de SIDA o los afectados por el VIH ha ido también evolucionando: primero el estigma aparecía como una responsabilidad

individual (personas que mantenía prácticas homosexuales, toxicómanos por vía intravenosa, “trabajadores/as sexuales” -del inglés *sex workers*- ...); sin embargo, a medida que la incidencia de casos confirmados ha ido avanzando la responsabilidad ha pasado a ser colectiva, como problema de salud pública a escala mundial, con diferentes vías de transmisión (sexual, por transfusión sanguínea, por consumo de estupefacientes inyectables, perinatal). De esta manera, hoy en día los grupos más vulnerables de cara a contraer el virus son las personas con escasos recursos económicos que viven en países subdesarrollados y el rasgo más característico de los estigmatizados por el VIH/SIDA es su condición de pobres.

De los primeros casos de VIH/SIDA a la situación actual: más de un cuarto de siglo de evolución de la pandemia

Los enfermos de SIDA son aquellas personas afectadas por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que debilita su sistema inmunológico, haciéndoles perder la protección contra las infecciones y llevándoles a contraer enfermedades y cánceres que pueden llegar a ser mortales. Todo este proceso de destrucción del sistema inmunológico dura varios meses o años, a lo largo de los cuales las personas infectadas presentan pocos o ningún síntoma. Por lo tanto, el período de incubación que separa la infección de la declaración de la enfermedad puede resultar considerablemente largo. El VIH se transmite a través de los fluidos corporales (sangre, semen, fluidos vaginales o leche materna)[8].

Habitualmente, se señala a Michael Gottlieb como uno de los pioneros en realizar, en 1981, una descripción de los primeros enfermos de SIDA. Los datos aparecen en un informe referido a varios casos de neumonía con severas deficiencias del sistema inmunológico, registrados en Los Angeles. El informe fue enviado por el doctor Gottlieb a los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), organismos de vigilancia epidemiológica dependientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y apareció publicado en su boletín de junio de 1981, *Morbidity and Mortality Weekly Report*.

Un año más tarde, en septiembre de 1982, los CDC de los Estados Unidos comenzaron a utilizar la expresión de “Acquired Immunodeficiency Síndrome” (AIDS) que en español y en francés daría lugar al acrónimo SIDA. Este año se contabilizaron 750 casos de afectados por el VIH en Estados Unidos. En 1983, la cifra aumentó a los 3.086 casos registrados oficialmente, más de la mitad localizados en Nueva York.

La nueva enfermedad adquirió pronto los rasgos de pandemia al extenderse por todos los continentes, si bien con grandes diferencias en cuanto a incidencia[9]. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1984, se alcanzaron los 12.174 casos de población afectada por el VIH, contabilizados en todo el mundo. Sin embargo, es a partir del año siguiente, 1985, cuando las bases de datos de la OMS recogen los primeros datos a escala internacional, referidos principalmente a países occidentales desarrollados. De acuerdo con dichas fuentes, en 1985 en Europa, la cifra más alta de afectados por el VIH se registró en Suiza donde se contabilizaron 1.963 casos, si bien el número acumulado de enfermos que habían desarrollado la enfermedad del SIDA en dicho país fue de tan sólo 120. En el Reino Unido, se verificaron 1.918 casos acumulados de VIH, con 247 enfermos de SIDA. En Bélgica, los casos de VIH contabilizados fueron 742 y los de enfermos de SIDA 69. Por su parte, en Francia, se llegó a la cifra de 584 enfermos de SIDA y en España se registraron 178[10].

En 1986, se reconocieron 55.146 casos de afectados en todo el mundo y en seguida, el continente africano comenzó a liderar los casos de la epidemia, superando al resto de continentes.

Transcurrido ya más de un cuarto de siglo desde la publicación de Gottlieb sobre los primeros casos de VIH/SIDA, la situación actual con respecto a esta pandemia es bien distinta a la situación inicial, de mediados de los años 80' y su reparto transnacional resulta cada vez más dispar.

Así, en la actualidad y a nivel mundial, existe un mayor porcentaje de mujeres afectadas por el VIH/SIDA que de hombres y la principal vía de transmisión son las relaciones sexuales entre personas de distinto sexo (contactos heterosexuales)[11]. En este sentido, como señala Bernardo Robles (2005), las personas que mantienen relaciones con las del otro sexo establecen vínculos de reproducción con sus parejas y ello incrementa las posibilidades de expansión de la enfermedad dentro de los núcleos familiares (de padres/madres a hijos), proceso de difusión de la enfermedad que ha sido bastante habitual en los países del Tercer Mundo, donde el VIH/SIDA afecta a un volumen importante de población infantil.

Además, en los países occidentales, donde los tratamientos antirretrovirales (ARVs) han mejorado considerablemente y se han generalizado, la percepción de la población ha ido variando de manera notable y la enfermedad, de ser considerada como mortal, ha pasando ser contemplada como crónica y más o menos controlada[12].

Según datos de la OMS, a finales del año 2000, de los 36 millones de personas portadoras del VIH en todo el planeta, tan sólo en torno 1,5 millones vivían en Europa occidental y Norte América. De hecho, en conjunto, los países occidentales, incluyendo Japón, Australia y Nueva Zelanda, concentraban menos del 5 por ciento mundial de seropositivos. Hoy en día, fuentes como ONUSIDA, la agencia de Naciones Unidas para el SIDA, consideran que la cifra acumulada de afectados ha ido en aumento, ya que más de 40 millones de personas viven en todo el mundo con VIH/SIDA[13], sin embargo la distribución geográfica y las consecuencias de la enfermedad cada vez resultan más desiguales entre países y continentes.

De esta manera, puede decirse que en la actualidad los mayores estragos causados por el VIH/SIDA incumben a mujeres y niños (huérfanos o afectados por la enfermedad al nacer)[14] de países pobres, esencialmente del continente africano y más en concreto del África subsahariana, donde el SIDA ha llegado a superar, por su nivel de importancia, a otras viejas plagas, como el paludismo (Buj 2000)[15] y a convertirse en la principal causa de muerte entre los adultos de menos de 45 años.

Por lo tanto, a escala internacional, la estigmatización asociada a la enfermedad, como elemento de interpretación social subjetivo, se halla vinculada, cada vez más con el mantenimiento o la consolidación de marcadas situaciones de pobreza, de injusticia social, de violencia política y de desigualdad socioeconómica y de género.

Dicho de otra manera, las posibilidades de verse afectado por el virus de la inmunodeficiencia o de desarrollar SIDA y el grado de estigmatización que ello conlleva tienden a diferir, cada vez más fuertemente, dependiendo del país de origen, del grupo social e incluso del sexo de las personas. Entre otras muchas cosas, esto es una prueba evidente de cómo la Declaración Universal de Derechos Humanos se sigue incumpliendo, sesenta años después de su proclamación por la Asamblea General de Naciones Unidas[16].

Distintos expertos internacionales reconocen al VIH/SIDA como un problema de salud pública a escala mundial. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) lo considera, desde mediados de los años 90', como un obstáculo para el progreso del desarrollo humano[17], ya que los efectos de la enfermedad vienen repercutiendo, desde hace más de una década en distintos países, en el retroceso de los diferentes indicadores utilizados para medir el nivel de desarrollo humano alcanzado. Desde este punto de vista, en numerosos países africanos, el VIH/SIDA es uno de los causantes principales de bajadas significativas en la esperanza de vida, como veremos con más detalle más adelante.

Además, la epidemia ha dado lugar a nuevas categorías de grupos vulnerables y subsiguientemente estigmatizados: huérfanos, mujeres y ancianos.

Desde este punto de vista, a pesar de la abundancia de informes avalados por organismos internacionales y de trabajos de investigación elaborados desde instituciones científicas sobre el VIH/SIDA, el que la enfermedad siga apareciendo como un estigma en el sentido de Goffman hace que, para la mentalidad colectiva, buena parte de la responsabilidad siga recayendo sobre las personas y los países que la padecen, a la par que se difuminan y descontextualizan causas más complejas de discriminación y de desigualdad, vinculadas a procesos históricos y económicos y a situaciones de poder, de dominación y de opresión a escala internacional. Veamos a continuación algunas de estas circunstancias.

Los principales focos internacionales de incidencia y prevalencia del VIH/SIDA y el desigual estado de salud de la población mundial

Tratar de elaborar una distribución geográfica del SIDA a escala mundial resulta bastante complejo, como ya señalaran Peter Gould y Joseph Kabel (1990), entre otras razones porque los datos disponibles son muchas veces estimaciones o cálculos aproximados que, en determinadas partes del planeta, no coinciden exactamente con una realidad diversa y dispar, no sólo a escala continental, sino también de países y regiones. Por lo tanto, no tratamos aquí de hacer una “geografía mundial del SIDA”, pretensión excesiva

para una comunicación como ésta, sino de resaltar algunos elementos significativos de la pandemia desde el punto de vista de su distribución espacial y poblacional, con el fin de tratar de entender mejor en qué consiste esta creciente vinculación entre VIH/SIDA y situaciones sociales, políticas y económicas de exclusión y sometimiento.

A mediados de la década actual, es decir con datos de 2005, los más recientes publicados a escala internacional y que permiten la comparación entre estados y continentes, la totalidad de países en los que la prevalencia[18] del VIH/SIDA entre su población adulta llega a ser superior al 10 por ciento pertenecen al continente africano (cuadro 1 y figuras 1 y 2).

Especialmente llamativo resulta el caso del pequeño estado africano de Swazilandia, antiguo protectorado británico y actual estado independiente con poco más de un millón de habitantes, inserto espacialmente dentro de Sudáfrica, donde un tercio de su población con edades entre 15 y 49 años (el 33,4 por ciento) se halla afectado por el VIH[19]. Así, para dicho año de 2005, la OMS establece que el SIDA provocó en Swazilandia 1.550 fallecimientos por cada 100.000 habitantes[20] (mientras que, por ejemplo, en Estados Unidos o en España la cifra fue de 5 defunciones por cada 100.000). En tales circunstancias, la esperanza de vida en este país africano, calculada para el período 2005-2010, no llega ni siquiera a los 40 años. Una situación bastante similar es la de su vecino Lesotho, también enclavado dentro del estado de Sudáfrica, con un 23,2 por ciento de afectados entre su población adulta[21].

Cuadro 1. Países en los que la prevalencia del VIH/SIDA entre su población adulta, en 2005, es superior al 10 por ciento

País	Continente	Prevalencia del VIH/SIDA en 2005 por ciento 15-49 años	Prevalencia del VIH/SIDA en 2002 por ciento 15-49 años	Población 2006 (en miles)	Crecimiento anual de la población 2005-2010 por ciento	Esperanza de vida al nacer
Swazilandia	África	33,4	33,4	1.134	0,1 a 0,6	39,6
Botswana	África	24,1	38,8	1.858	-0,1 a 1,2	50,7
Lesotho	África	23,2	31,0	1.995	0,3 a 0,6	42,6
Zimbabwe	África	20,1	33,7	13.228	0,7 a 1,0	43,5
Namibia	África	19,6	sd	2.047	1,3 a 1,4	52,9
Sudáfrica	África	18,8	20,1	48.282	0,5 a 0,6	49,3
Zambia	África	17,0	21,5	11.696	1,9	42,4
Mozambique	África	16,1	sd	20.971	1,9 a 2	42,1
Malawi	África	14,1	15,0	13.571	2,6	48,3
República Centroafricana	África	10,7	12,9	4.265	1,7 a 1,8	44,7

Fuentes: OMS (Bases de datos); PNUD (*Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano 2007-2008*); Unicef (Indicadores básicos); CIA *World Factbook, 2007*; ONU: *World Population Prospects 1950-2050: The 2006 Revision*.

Otros dos ejemplos también significativos en este sector meridional del continente africano, históricamente vinculado al imperio colonial británico, son Botswana y Zimbabwe (antigua Rodesia), en ambos la prevalencia del VIH/SIDA afecta a más del 20 por ciento de los adultos[22]. Asimismo, con porcentajes superiores al 10 por ciento, el resto de países de esta área del África austral: Sudáfrica, Namibia, Zambia, Mozambique y Malawi, forman todo un sistema regional de prevalencia y expansión de la enfermedad[23] (figura 2).

Otro foco importante de la pandemia se encuentra en la República Centroafricana (10,7 por ciento de adultos afectados en 2005), donde se dieron algunos de los primeros casos de VIH/SIDA registrados en el continente africano.

Además, como ya hemos señalado para Swazilandia, en conjunto para todos estos países, la influencia de la enfermedad se relaciona directamente con el descenso de la esperanza de vida o con su mantenimiento a niveles muy bajos, en la mayor parte de los casos inferior a los 45 años.

En resumen, para 2005, estos diez países africanos, con tan sólo el 1,8 por ciento de la población mundial, congregan en torno al 37 por ciento de los casos de VIH/SIDA registrados en todo el mundo[24]. De hecho,

en el África subsahariana en su conjunto, con menos del 12 por ciento de la población mundial[25], se encuentran hoy en día nada menos que el 67,8 por ciento de los casos estimados de personas (adultos y niños) que viven con VIH/SIDA en todo el planeta.

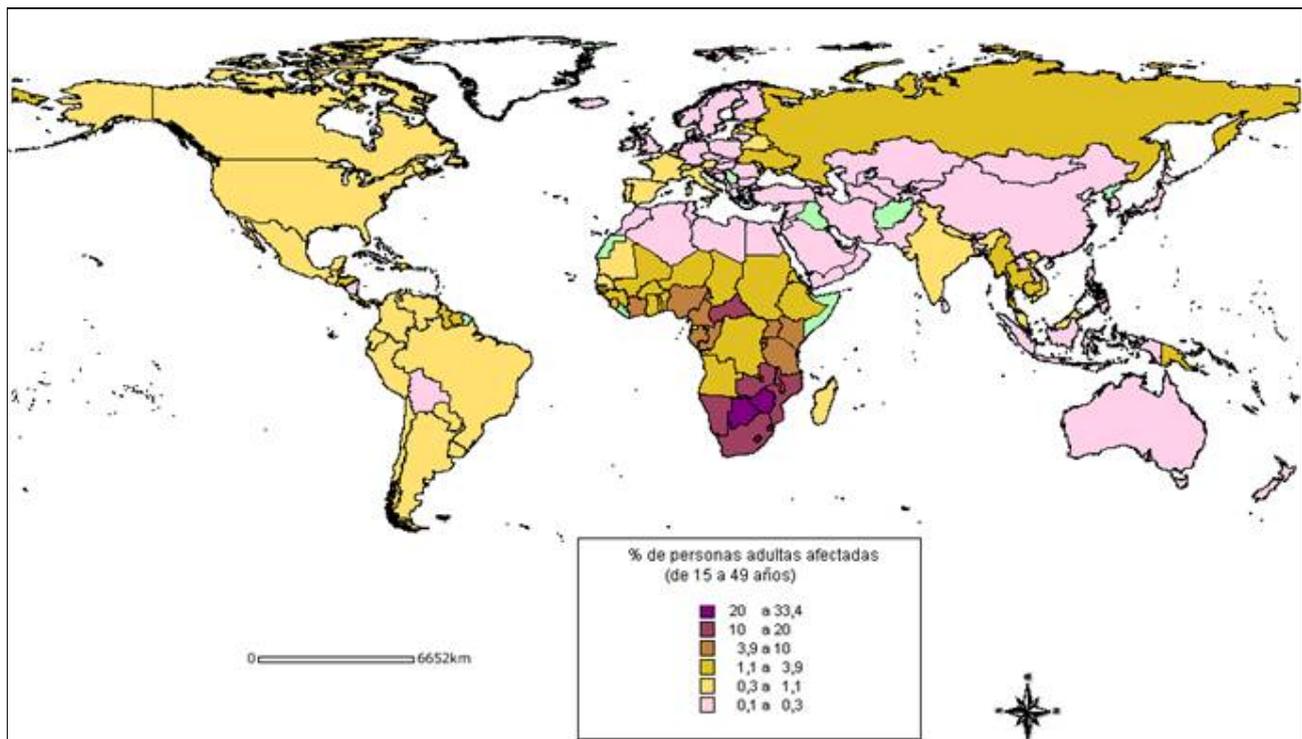


Figura 1. Prevalencia estimada a escala internacional del VIH en 2005: por ciento de adultos (15-49 años) afectados por VIH/SIDA

Estimated adult rate (15-49) of people living with HIV/AIDS (por ciento)

N.B.: Los datos se refieren a cálculos puntuales y del alcance, basados en nuevos modelos de cálculo elaborados por ONUSIDA. Para los países en color verde no se dispone de datos en 2005.

Fuente: Bases de datos de la OMS y ONUSIDA e *Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008*, PNUD; elaboración C. Gil.

Por otro lado, si descendemos en los porcentajes de prevalencia del VIH/SIDA entre la población adulta a valores inferiores al 10 por ciento pero superiores al 5 por ciento, para el año 2005, continuamos constatando que todos los países implicados siguen situándose en África. Así, países como Costa de Marfil, Camerún[26], Gabón y Congo, en la costa atlántica y Uganda, Tanzania y Kenia[27], en el otro extremo oriental, tienen entre un 5,3 por ciento y un 7,9 por ciento de su población entre 15 y 49 años afectada.

Incluso para el grupo situado entre el 3 y el 4 por ciento de adultos afectados en 2005, la gran mayoría de estados siguen siendo africanos, como puede verse en la figura 1; si bien nos encontramos ya aquí con Haití, considerado el país más pobre de América, donde la prevalencia del VIH/SIDA entre adultos de 15 a 49 años en 2005 representa al menos el 3,8 por ciento[28].

Ya por debajo del 3 por ciento pero por encima del 1 por ciento de prevalencia en adultos para 2005, nos encontramos con un conjunto de países más heterogéneo en cuanto a su ubicación geográfica. De este modo, aunque continúan estando presentes bastantes países subsaharianos, como Eritrea, Gambia (2,4 por ciento en ambos), Ghana (2,3 por ciento), Burkina Faso (2 por ciento), Benín (1,8 por ciento), Malí (1,7 por ciento), Sierra Leona, Sudán (ambos 1,6 por ciento), Guinea (1,5 por ciento) y Níger (1,1 por ciento), aparecen también algunos pequeños estados americanos como Trinidad y Tobago (2,6 por ciento), Belice (2,5 por ciento), Guyana (2,4 por ciento), Surinam (1,9 por ciento), Barbados, Honduras, Jamaica (los tres con 1,5 por ciento)[29] y la República Dominicana (1,1 por ciento)[30]; lo mismo que varios estados asiáticos o de Oceanía: Papua Nueva Guinea (1,8 por ciento), donde ONUSIDA en su último informe con datos para 2005 prevé que la epidemia estaba a punto de estallar, con un total de 2.889 nuevos casos registrados de infectados por VIH[31], Camboya (1,6 por ciento)[32], Tailandia (1,4 por ciento), Myanmar (antigua Birmania) (1,3 por ciento)[33] o incluso varios países europeos pertenecientes al antiguo bloque geopolítico de países del Este, como Ucrania (1,4 por ciento)[34], Estonia (1,3 por ciento), Moldavia y la Federación Rusa (1,1 por ciento).

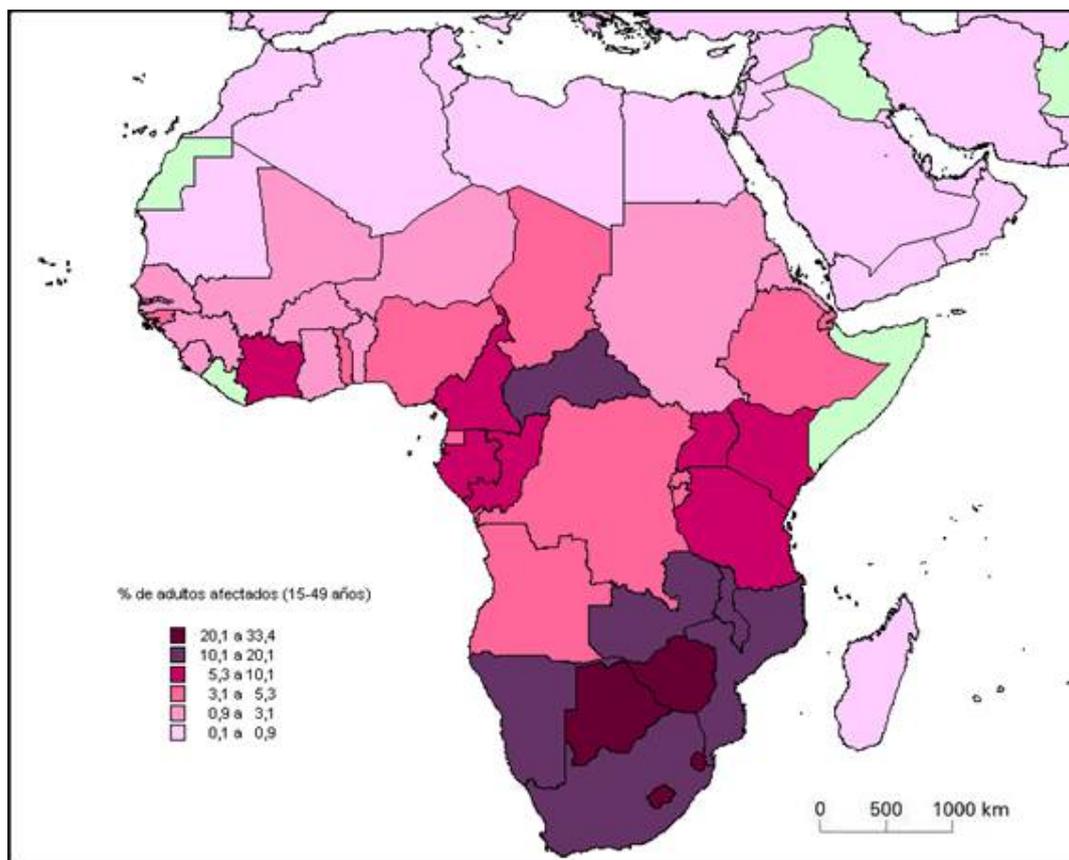


Figura 2. Africa 2005, prevalencia estimada del VIH/SIDA: por ciento de adultos (15-49 años) afectados

Para los países en color verde no se dispone de datos en 2005.

Fuente: Bases de datos de la OMS y ONUSIDA e Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008, PNUD; elaboración C. Gil.

En el caso de varios de estos países asiáticos y en el de los norteafricanos, a menudo, la escasez de cifras enmascara parte de la realidad. En este contexto, para Camboya, en 2005, las cifras oficiales señalan una tasa de prevalencia del VIH entre personas de 15 a 49 años del 1,6 por ciento y durante el mismo año, la OMS tiene registradas 114 defunciones debidas al SIDA por cada 100.000 habitantes, igualmente la incidencia a lo largo de 2005 fue de 18.495 nuevos casos (46,3 por ciento en hombres y 53,7 por ciento en mujeres). Asimismo, diversos informes señala a este estado como el de mayor número de afectados de todo su continente y *Médicos sin Fronteras* estima que existen más de 180.000 personas seropositivas en el país, mientras que tan sólo 12.335 pacientes reciben actualmente terapia antirretroviral.

A su vez, habitualmente, los estados del Norte de África proporcionan poca información sobre la incidencia y la prevalencia del VIH/SIDA. En todos estos países, las cifras oficiales para 2005 señalan tan sólo un 0,1 por ciento de afectados entre su población adulta (de 15 a 49 años). Con respecto al volumen de defunciones causadas por la enfermedad para el mismo año, en Marruecos se le atribuyen 4 por cada 100.000 habitantes, mientras que en Argelia, Túnez y Egipto los fallecimientos registrados son menos de 10 por cada 100.000 (para Libia no existen datos)[35]. Según algunos observadores, entre ellos el *Fondo Monetario Internacional* (FMI), la aparentemente baja tasa de prevalencia del VIH/SIDA en estos países norteafricanos y de Oriente Medio, junto con algunas barreras de tipo cultural, social y político, restan prioridad a las labores de prevención y de tratamiento, todo lo cual crea un entorno propenso para la existencia de focos ocultos de infección y la difusión del virus. Nos encontramos así antes “enfermos invisibles” que sufren “padecimientos clandestinos”, precisamente con el fin de evitar, mientras sea posible, el ser estigmatizados.

Asimismo, en varios estados africanos la ausencia o escasez de datos no son menos sugerentes con respecto a su situación real: por ejemplo, Somalia es un país afectado por una larga guerra para el que se carece de datos fehacientes sobre la incidencia y la prevalencia del VIH/SIDA[36]. Igualmente, Liberia, país donde otro conflicto armado relacionado con el control de las materias primas ha durado más de una década, tampoco cuenta con datos recientes sobre la prevalencia del VIH[37], pero sin embargo las defunciones acaecidas durante 2005 a causa del SIDA son las más altas consignadas en el informe de ONUSIDA para

dicho año: 7.200 muertos por cada 100.000 habitantes[38].

En definitiva, queda confirmada la disparidad de situaciones y cómo la infección y la enfermedad afectan de diferente manera, según el nivel de desarrollo, las circunstancias sociales y políticas, las medidas de prevención y control adoptadas, así como según las posibilidades de acceso a tratamientos antirretrovirales. En este sentido cabe recordar que algunos países occidentales tienen todavía un número elevado de casos acumulados de enfermos de SIDA (figura 3), aunque en la mayoría de estos países las nuevas infecciones y los nuevos casos de la enfermedad han disminuido de forma notable desde mediados de los años 90' [39].

Por contra, varios estados africanos y asiáticos se sitúan, año a año, a la cabeza en la proliferación de nuevos casos de SIDA (figura 4). Por ejemplo, en la India el 15 por ciento de los casos acumulados de enfermos de SIDA para 2005 se han declarado por primera vez dicho año, mientras que en China los nuevos enfermos de SIDA en 2005 representan el 23 por ciento de todos los enfermos acumulados.

Pero quizás, lo que más llame la atención sean los fallecimientos (figura 5). Mientras que en los países occidentales las defunciones anuales debidas al SIDA no son hoy en día superiores a 5 por cada 100.000 habitantes, en África meridional y oriental más de una de cada 100 personas muere anualmente a causa del SIDA. Además, en algunos países del Caribe, de Centro América o de Sudamérica las cifras de muertes por cada 100.000 habitantes causadas por SIDA, sin llegar a los niveles africanos, también son elevadas: Haití (188,2), Guyana (185,7), Trinidad y Tobago (172,7) y en menor medida: República Dominicana (77,4), Brasil (74,9), Honduras (50) ó Jamaica (48,1).

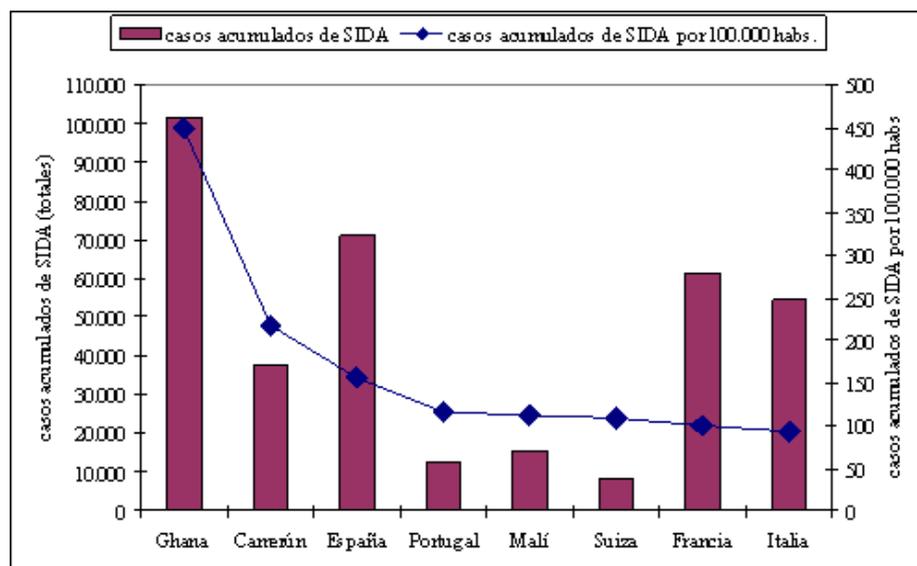


Figura 3. Casos acumulados de SIDA registrados en 2005. África Central y Occidental y Europa Meridional

Fuentes: OMS (2005) y *Population Reference Bureau* (2005); elaboración propia.

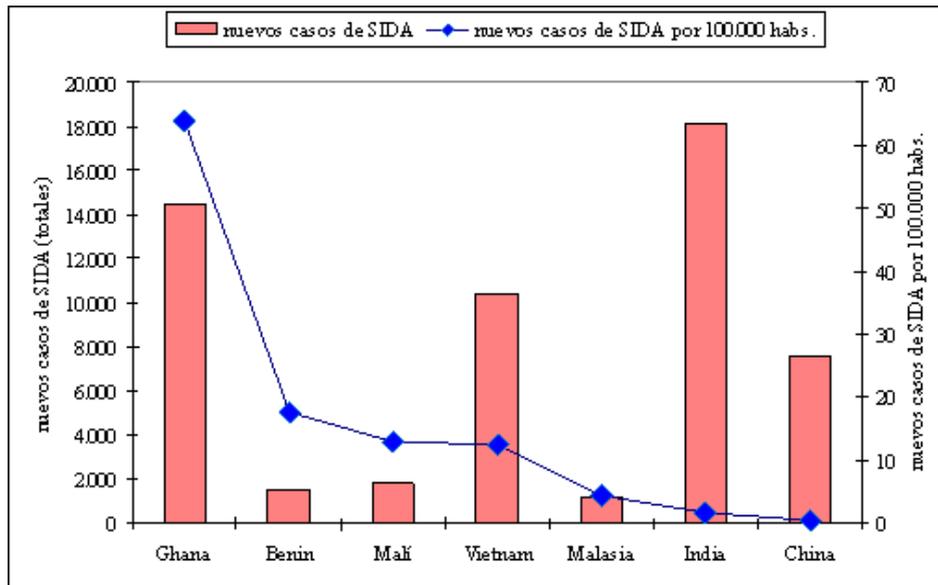


Figura 4. Nuevos casos de SIDA registrados en 2005. África Occidental y Asia
 Fuentes: OMS (2005) y *Population Reference Bureau* (2005); elaboración propia.

Un aspecto más a tener en cuenta es que, en aquellos países donde mayores son la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA, la enfermedad arremete de forma específica contra determinados sectores de población, como veremos con algunos datos puntuales en el siguiente apartado.

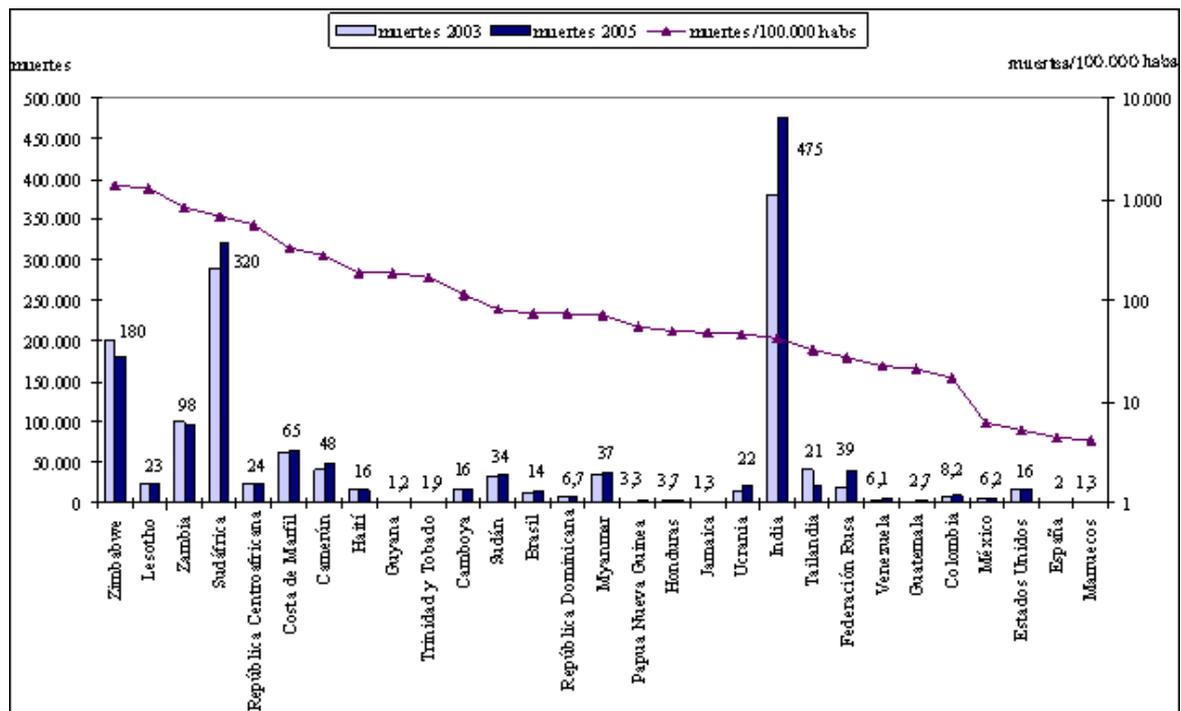


Figura 5. Fallecimientos estimados debidos al SIDA (adultos y niños). Totales (2003-2005) y por cada 100.000 habitantes (2005)

NB. Los valores que aparecen junto a cada país son la cifra (en miles) de muertes por SIDA registradas en 2005.

Fuente: OMS (2006): *Epidemiological facts sheets* (por países) y World Health Statistics (2006) <http://www.who.int/whosis/en/>; elaboración propia

Mujeres y niños, grupos de población vulnerables en los países más afectados por el VIH/SIDA

En efecto, en los países africanos donde se dan las mayores cifras, tanto acumuladas como de nuevos casos de VIH/SIDA, los porcentajes estimados de mujeres infectadas (que hayan o no desarrollado la enfermedad) superan, sin excepción, el 50 por ciento del total de afectados (cuadro 2). El problema no sólo afecta a las generaciones actuales de mujeres, sino a las generaciones futuras de ambos sexos, puesto que la

transmisión de la infección por parte de una madre seropositiva a su hijo/a puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. De hecho, en estos países el número de niños con VIH en 2005 es igual o superior al de embarazadas infectadas. Según la OMS, en 2006, en torno a 530.000 niños fueron infectados por el VIH de alguna de estas maneras. Sin embargo, hoy en día la mayor parte de estas transmisiones perinatales son evitables mediante el uso de tratamientos antirretrovirales que, por el contrario, distan de ser mayoritariamente utilizados en las embarazadas a las que se les ha detectado la infección.

Gradualmente y en particular para África, a medida que se ha ido comprobando que la epidemia afecta de modo particular a determinados grupos de población, se han ido también elaborando datos pormenorizados para niños (de 0 a 14 años) y para mujeres (a partir de los 15 años), con el fin de llevar a cabo programas de actuación específicos. Por lo demás, para la mayoría del resto de países, los cálculos de datos se centran, reiteradamente y sin diferenciación por sexos, en el grupo de población de 15 a 49 años, considerados como adultos y sexualmente activos (teniendo en cuenta que una de las vías habituales de transmisión de la enfermedad ha sido la sexual). Con respecto a estas lagunas estadísticas, resulta también revelador indicar que prácticamente no existen datos para la población mundial mayor de 49 años, lo cual se justifica en parte si tenemos en cuenta la actual esperanza de vida de los países más afectados.

Cuadro 2
El VIH/SIDA en la población femenina e infantil, 2005

Países	% estimado de mujeres con VIH/SIDA sobre el total de población infectada	Número estimado de mujeres embarazadas infectadas por VIH (en miles)	% de embarazadas infectadas por VIH que reciben tratamiento ARV	Número estimado de niños (0-14) con VIH/SIDA (en miles)	% estimado de niños con VIH/SIDA sobre el total de población infantil	Número estimado de niños huérfanos a causa del SIDA (en miles)	% estimado de niños huérfanos a causa del SIDA sobre el total de población infantil
Namibia	56,5	14	29,0	17	1,9	85	9,4
Sudáfrica	56,4	250	30,0	240	1,6	1.200	7,9
Lesoto	55,6	15	12,1	18	2,6	97	14,2
Swazilandia	54,5	14	34,1	15	3,3	63	14,0
Costa de Marfil	53,3	57	4,5	74	0,9	450	5,6
Malawi	53,2	89	5,7	91	1,5	550	9,1
Zimbabue	52,4	98	8,6	160	3,0	1.100	20,5
República Centro Africana	52,0	19	4,2	24	1,3	140	7,6
Botswana	51,9	14	53,9	14	2,0	120	17,5
Zambia	51,8	97	14,5	130	2,4	710	13,3
Haití	50,5	12	6,7	17	0,5	sd	sd
Ucrania	48,8	2,4	90,3	sd	sd	sd	sd
Cambodia	45,4	6,5	3,5	sd	sd	sd	sd
Tailandia	37,9	11	46,2	16	0,1	sd	sd
Myanmar	30,6	7,7	8,2	sd	sd	sd	sd
India	28,1	130	1,8	sd	sd	1.232	0,3
China	27,7	1,5	9,0	sd	sd	sd	sd
Honduras	25,4	1,7	11,6	2,4	0,1	sd	sd

Fuente: OMS, *Epidemiological facts sheets*, 2006; elaboración propia.

Conclusiones. SIDA y globalización: la consolidación de situaciones de discriminación y desigualdad a escala internacional

El VIH/SIDA es una pandemia que se extiende y evoluciona de forma cada vez más selectiva, tanto desde el punto de vista espacial, con marcados contrastes geográficos, como del de los grupos de población que lo padecen. Tal paradoja relativa a esta epidemia mundial puede considerarse como una más de las contradicciones que caracterizan el denominado proceso de globalización. La llamada sociedad global no es en absoluto equitativa ni igualitaria, tampoco desde el punto de vista de la salud o de la enfermedad. Las diferencias sanitarias y en el estado de salud de las poblaciones crean nuevas formas de discriminación y de estigmatización, vinculadas a la subordinación social, económica y política, fenómenos estos últimos largamente arraigados a nivel mundial.

Es cierto que hoy en día se dispone de muchos más datos que hace dos décadas, por lo que el virus y la enfermedad se conocen cada vez mejor, con nuevos trabajos científicos y estrategias de actuación. Sin embargo, la evolución y las transformaciones experimentadas durante todo este tiempo no han sido capaces de contribuir a un descenso en la prevalencia de la epidemia a escala internacional. Los esfuerzos de

organismos, como la OMS y ONUSIDA, para generar la variación de esta situación, mediante políticas e iniciativas en los países y regiones más afectados, representan soluciones puntuales, pero chocan con la persistencia de factores de discriminación tradicionales relacionados con la pobreza y el subdesarrollo. Así, el reto planteado de llegar a un tratamiento universal en 2010 parece estar lejos de conseguirse.

En la presentación del informe sobre la *Situación de la epidemia del Sida 2006*, elaborado por ONUSIDA y la OMS, se señala que la educación es un aspecto sustancial para frenar la propagación de la infección en África. Más en concreto, en Uganda se ha comprobado que un niño que no va a la escuela triplica las probabilidades de convertirse en seropositivo en un futuro próximo, frente a otro que alcance a concluir su educación primaria. Así, desde el punto de vista conceptual, estaríamos pasando de un enfermedad epidémica a una de carácter endémico, es decir vinculada a determinados grupos de población mucho más expuestos que el resto a contraer y desarrollar la infección.

Por lo tanto, luchar contra el VIH/SIDA no solamente supone combatir un virus o una enfermedad con unas características específicas, sino tratar de reducir las desigualdades socioeconómicas, aminorar las inequidades de género, promover los derechos humanos y favorecer el desarrollo, para lo cual resulta necesaria la participación directa de la sociedad civil. En este sentido y dadas las incertidumbres que se ciernen sobre la evolución de la incidencia del VIH/SIDA en países con condiciones políticas y económicas poco propicias para la mejora general de las condiciones de vida, conviene preguntarse hasta qué punto están dispuestos los organismos internacionales, las empresas multinacionales farmacéuticas y los propios Estados, entre otros agentes implicados, a favorecer el cambio de actitud para superar los viejos y arraigados estigmas.

Bibliografía

AMAT-ROZE, Jean-Marie. L'infection à VIH/sida en Afrique subsaharienne, propos géographiques, en *Hérodote*, 4^e trimestre, n° 111, p. 117-155, 2003.

ARRIZABALAGA VALBUENA, Jon. Las enfermedades emergentes en las postrimerías del siglo XX: el sida, en *Política y sociedad*, n° 35, p. 93-100, 2000.

BUJ BUJ, Antonio. De los miasmas a la Malaria. www. Permanencias e innovación en la lucha contra el paludismo, en *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona, n° 69 (42), 1 de agosto de 2000, <http://www.ub.es/geocrit/sn-69-42.htm>

BUJ BUJ, Antonio. Viejas y nuevas plagas: enfermedades reemergentes y emergentes en los inicios del siglo XXI, en *Cuadernos Geográficos*, n° 36, Universidad de Granada, p. 577-583, 2005.

CASTRO, Arachu y FARMER, Paul. El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití. *Revista de Antropología Social*. Universidad Complutense de Madrid, año/vol. 14, p. 125-144, 2005.

Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento europeo - Datos recientes sobre el programa de acción comunitario - Aceleración de la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza - Cuestiones políticas pendientes y desafíos futuros. Documentos COM, Comisión Europea. ISSN 0257-9545, n° 93, 2003, 49 p.

Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Un programa de acción europeo para combatir el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis a través de la actuación exterior (2007-2011). Documentos COM, ISSN 0257-9545, n° 179, 2005, 20 p.

Children and AIDS. A Stocktaking report. Actions and progress during the first year of United for Children, Unite against AIDS. UNAIDS, Unicef, WHO. 2007. 44 p.

CUETO, Marcos. *Culpa y coraje: historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001. 166 p.

DIALMY, Abdessamad. *Jeunesse, Sida et Islam au Maroc. Les comportements sexuels*. Éditions Eddif, Casablanca, 2000. 280 p.

GONZALEZ NÚÑEZ, José. *La historia oculta de la humanidad: un recorrido a través de las enfermedades infecciosas*. Ars XXI. Barcelona, 2006. 311 p.

GOULD, Peter y KABEL, Joseph. La epidemia de SIDA desde una perspectiva geográfica, en *Geocrítica. Cuadernos críticos de Geografía Humana*. Universidad de Barcelona. Año XV. Número: 89. Septiembre de 1990. <http://www.ub.es/geocrit/geo89.htm>

GOULD, Peter. Pensar como un geógrafo. Una exploración en la geografía moderna, en *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. N° 78, 15 de diciembre de 2000. (Traducción de Alicia Capel Tatjer). <http://www.ub.es/geocrit/sn-78.htm>.

ROBLES, Bernardo. El VIH, un definición de la realidad, en *Gazeta de Antropología*, n° 21, 2005. 14 p. http://www.ugr.es/~pwlac/G21_14Bernardo_Robles.html

YAOSCA MADRIGAL-VILCHEZ, Amparo y BUENO ABAD, José Ramón. Evolución de las representaciones sociales del SIDA. Imagen del VIH/SIDA en la sociedad actual, en *Trabajo Social y Salud*, n°. 44, p. 7-22, 2003.

Notas

[1] Erving Goffman : *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores, Biblioteca de Sociología, Buenos Aires, 2006; primera edición: *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, 1963.

[2] Los más relacionados con el significado de la palabra “estigma” en griego clásico, de donde tiene su origen.

[3] Mitchell G. Weiss y Jayashree Ramakrishna, 2001, Research on Reducing Stigma. *Stigma and Global Health Conference*. Obra citada por Gillian Paterson, 2003. Elaborando conceptos sobre el estigma. [http://www.pastoralsida.com.ar/recursospastorales/elaborando_conceptos.htm] El texto que citamos es la traducción efectuada por Paterson del texto original en inglés.

[4] Es decir unos diecisiete millones de muertes al año, cf. N. Petrosillo, 2007. Principales enfermedades infecciosas hoy. *Dolentium Hominum*, n° 64, p. 21-23. Los datos están basados en un informe de la Organización Mundial de la Salud de 1996, que también mencional Arribabalaga, 2000, p.93.

[5] Síndrome respiratorio agudo.

[6] En este sentido debemos tener en cuenta el control ejercido por las industrias farmacéuticas sobre el precio de los medicamentos.

[7] Los propios Peter Gould y Joseph Kabel (1990) señalan a este respecto que “En último lugar, la extensión e intensidad de la epidemia en África apunta a la virtual certeza de sus orígenes africanos”, muestra evidente de este proceso de estigmatización espacial.

[8] Según un reciente informe de *Médicos sin Fronteras*, la organización comprobó que en 2003 el 18 por ciento de los donantes de sangre de la provincia de Kananga, la más meridional de la República Democrática del Congo, eran seropositivos, un porcentaje tres veces superior al resto del país.

[9] La incidencia se refiere al número de nuevos casos de una determinada afección, en este caso el VIH/SIDA, registrados en una población y en un período de tiempo establecidos. Normalmente se habla de incidencia anual, con el número de nuevos casos declarados a lo largo de un año.

[10] Número acumulado de casos de afectados por el VIH y/o el SIDA registrados en 1985 por países, bases de datos de la OMS, Oficina Regional para Europa (WHO - Regional Office for Europe).

[11] Estimaciones basadas en los datos actuales de ONUSIDA y de la Organización Mundial de la Salud. Según estas fuentes, en 2004, había unos 20 millones de mujeres en todo el planeta afectas por el VIH. En dicho año, se produjeron cerca de 5 millones de nuevos casos de infección y en torno a los 3 millones de fallecimientos.

[12] A pesar de lo cual en España siguen muriendo al año unas 2.000 personas por causas atribuidas al SIDA, según

estimaciones de ONUSIDA para 2005. Por seguir con algunos otros ejemplos, en Francia las muertes estimadas, también para 2005, son 1.500, en Italia 3.000 y en Estados Unidos 16.000.

[13] En su último informe publicado, referido a 2005 y efectuado sobre un total de 126 países, ONUSIDA señala que en dicho año se produjeron, 4,1 millones de nuevas infecciones y 2,8 millones de fallecimientos.

[14] Según datos publicados en 2005, durante la LVIII asamblea de la OMS en Ginebra, a lo largo de las dos últimas décadas más de 14 millones de niños han perdido a sus padres a causa del SIDA, de ellos 11 millones viven en el África subsahariana. Otras instituciones, como la Cruz Roja, estiman que para el mismo año la cifra de huérfanos en todo el mundo es de más de 12 millones de niños. Las últimas cifras de ONUSIDA para 2005, publicadas en 2006, elevan la cifra de huérfanos a los 15 millones de niños.

[15] Según la OMS (2005), actualmente se producen entre 350 y 500 millones de casos anuales de paludismo, con aproximadamente un millón de fallecimientos a año, de los cuales el 90 por ciento acontecen en África y afectan principalmente a niños menores de 5 años.

[16] La Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Declaración de Derechos Humanos el 10 de diciembre de 1948, en la resolución 217 A(III). Dicha Declaración está formada por un preámbulo y treinta artículos sobre los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. Entre otros precedentes, cabe mencionar la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, adoptada el 26 de agosto de 1789 por la Asamblea Nacional Francesa. Concretamente, en este país, Francia, uno de los precursores junto con Estados Unidos en la investigación sobre VIH/SIDA, a partir de 2006, se ha empezado a cobrar un denominado “aporte solidario internacional” que grava a los distintos vuelos aéreos europeos e internacionales, con el fin de recaudar fondos para financiar tratamientos contra el VIH/SIDA y otras epidemias; cf. Landau, J.P. (2004): “Rapport à Monsieur Jacques Chirac, Président de la République, Groupe de travail sur les nouvelles contributions financières internationales”. Agosto, 2007. [<http://www.diplomatie.gouv.fr/en/IMG/pdf/LandauENG1.pdf>].

[17] En un estudio efectuado para el PNUD por un grupo de investigadores de la Columbia University y del Harvard Institute for International Development, cuyos resultados fueron publicados en el *Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano* del año 1996.

[18] La prevalencia representa el número registrado de casos acumulados de una determinada afección, en una población y en un momento establecidos. Se puede medir en cifras totales (así, en España para 2005 la Oficina Regional para Europa de la OMS registra 71.039 casos acumulados declarados de VIH/SIDA) o bien en por ciento de población (en nuestro país para el mismo año el porcentaje de adultos afectados era del 0,6 por ciento).

[19] En 2004, la prevalencia de la enfermedad llegó a afectar al 38,8 por ciento de la población adulta del país, según datos de ONUSIDA y la OMS (2007): *Situación de la epidemia de sida*, p. 11.

[20] El dato en concreto de fallecidos por SIDA en Swazilandia, en 2005, habría sido de 17.608 personas.

[21] En este caso, la prevalencia entre adultos descendió del 31 por ciento en 2002 al 29,2 por ciento en 2004, si bien se mantiene entre los valores más altos del continente africano y a escala mundial. Según datos de la OMS, la cifra de fallecimientos anuales por SIDA en Lesotho en 2005 fue de 1.282 por cada 100.000 habitantes, lo que arroja una cuantía total de 25.576 defunciones.

[22] En 2002, Botswana tenía el porcentaje más alto de prevalencia del VIH/SIDA, con nada menos que el 38,8 por ciento de los adultos infectados. De hecho, para 2005, la OMS constata 1.020 defunciones anuales por SIDA por cada 100.000 habitantes; si bien, en Zimbabue la cifra es todavía mayor con 1.384 fallecidos por cada 100.000 habitantes.

[23] En concreto en Malawi, según el *Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008* del PNUD, casi un millón de personas vive con SIDA. A ello se suma el hecho de que dos de cada tres habitantes viven por debajo del umbral nacional de pobreza. Así, Malawi se sitúan en el puesto 164 de un total de 177 países considerados para el IDH (Índice de Desarrollo Humano).

[24] Valores elaborados a partir del *2006 Report on the global AIDS epidemic* de la OMS. Esta fuente proporciona tres tipos de datos para cada país, en cuanto al número estimado de adultos y niños afectados por el VIH/SIDA: “low estimate”, “high estimate” y una cifra intermedia según cálculos puntuales para cada estado. Para hallar el porcentaje del 37 por ciento hemos utilizado esta última cifra intermedia; sin embargo, si nos apoyamos en las estimaciones más elevadas de casos, el porcentaje representado en 2005 por estos diez países sobre el total mundial asciende al 43,8 por ciento.

[25] Datos elaborados a partir del *Cuadro de la población mundial 2006*. Population Reference Bureau, ONU.

[26] En Camerún, en el año 2002 se alcanzó hasta un 11,8 por ciento de prevalencia del VIH/SIDA entre su población adulta, si bien en 2005 el porcentaje es del 5,4 por ciento.

[27] En Kenya, la prevalencia entre adultos en 2002 se situó en un 15 por ciento, mientras que para 2005 es de un 6,1 por ciento.

[28] Según otras fuentes, cf. A. Castro y P. Farner (2005:134), en 2004 la prevalencia estimada en adultos llegaba al 5,6 por ciento y en 2002 al 6,1 por ciento.

[29] Para 2005, se detectaron 1.667 nuevos casos de infectados por el VIH en Barbados, 8.675 en Jamaica y 15.009 en Honduras (cf. OMS).

[30] En la República Dominicana, se alcanzó un 2,5 por ciento de prevalencia en adultos en 2002. En 2005, el número de nuevos casos registrados fue de 7.167.

[31] En 2002, los casos registrados habían sido 1.715, según el National AIDS Council-National Department of Health Papua New Guinea y la WHO Regional Office for the Western Pacific.

[32] En Camboya, en 2002, la prevalencia del VIH/SIDA para el grupo de edad de 15 a 49 años llegó a ser del 2,7 por ciento; sin embargo, en dicho año según datos oficiales, la cifra de personas afectadas por el VIH fue de 4.207, mientras que en 2005 la cifra de casos de VIH registrados ha ascendido a 18.495, de los cuales el 46,3 por ciento son hombres y el 53,7 por ciento mujeres. En todo caso, estas cifras oficiales están muy por debajo de las estimaciones elaboradas por *Médicos sin Fronteras* (véase texto más adelante). De hecho, si los datos estimados por esta organización son ciertos, tan sólo estarían declarados un 10,3 por ciento de los casos de infección existentes en el país.

[33] En Asia, los incrementos más importantes de afectados por el VIH/SIDA se están dando en el centro y Este del continente. En Tailandia, las estimaciones son de unas 580.000 personas afectadas por el virus en 2005 (el 0,9 por ciento de la población), de las cuales 21.000 han desarrollado la enfermedad. De este total de infectados por el VIH, el 39,3 por ciento son mujeres mayores de 15 años y el 2,9 por ciento niños entre 0 y 14 años (datos de la asociación benéfica Avert: <http://www.avert.org/aidsthai.htm>). En Myanmar, donde la escasez de datos es notable, ONUSIDA establece la existencia de 360.000 afectados por el VIH en 2005, de los que un 30,6 por ciento serían mujeres (UNAIDS Global AIDS Report 2006). A su vez, según la asociación benéfica ya mencionada [<http://www.avert.org/aidschina.htm>] en China la cifra estimada de afectados por VIH a finales de 2005) sería de unos 650.000 (aunque la OMS tan sólo registra 144.089 casos), de los que 75.000 se hallarían enfermos de SIDA. En dicho país, la OMS tiene registrados un total de 7.550 nuevos casos de enfermos en 2005. Por su parte, en la India, con una tasa de prevalencia entre adultos del 0,9 por ciento, los casos de enfermos de SIDA acumulados en 2005 son de 121.184 personas (la cifra bruta más alta por países), según la NACO (Nacional AIDS Control Organisation), de los cuales el 15 por ciento son nuevos enfermos, registrados por primera vez en este año. Igualmente, dentro de este conjunto de países asiáticos, Malasia y Nepal alcanzan una prevalencia del VIH del 0,5 por ciento entre su población adulta en 2005. Para el primero de ambos, ONUSIDA recoge 69.000 casos de infección en 2005, mientras que para Nepal la misma organización estima la existencia de 75.000 afectados. En Vietnam, con una tasa de prevalencia del 0,3 por ciento, la estimación es de 260.000 infectados, de los cuales 16.917 (el 6,5 por ciento) se habrían producido en 2005.

[34] En Ucrania, ONUSIDA estima la existencia de, al menos, unos 410.000 infectados por VIH en 2005; aunque en dicho año, el total acumulado de casos de infectados declarados, a nivel clínico y con criterios de laboratorio, es de 57.140, de los cuales 4.829 estaban enfermos de SIDA.

[35] ONUSIDA asocia esta región con Oriente Medio y según sus últimos datos (2005), las personas afectadas por el VIH en todo este área serían unas 380.000, con cerca de 25.000 fallecimientos debidos al SIDA en el mismo año y 35.000 nuevas infecciones del virus.

[36] La UNICEF y ONUSIDA estiman que había unas 44.000 personas afectadas por VIH en 2005, aunque la cifra podría llegar a los 81.000. A su vez, el número de huérfanos estimados a causa del SIDA es de unos 23.000 menores de 18 años. Este país aparece como una de *Las diez crisis más olvidadas de 2007*, en el informe del mismo título elaborado por *Médicos sin Fronteras*.

[37] Por ejemplo, en el último informe publicado por ONUSIDA, no hay datos para 2005. No obstante, la UNICEF estima que la cifra de afectados es al menos del 5,9 por ciento de población adulta. Según dicho organismo, unos 230.000 niños y niñas habrían perdido a sus padres como consecuencia del SIDA, de otras enfermedades infecciosas y del propio conflicto armado.

[38] O lo que es lo mismo el 7,2 por ciento de la población, que entre 2004 y 2005, debido al conjunto de circunstancias sociales, políticas y sanitarias, experimentó un retroceso general del 16,7 por ciento, pasando de los 3.482.211 habitantes estimados a tan sólo 2.900.269 (cf. CIA *World Factbook 2007*).

[39] En España, durante la primera mitad de los 90' se mantuvo un crecimiento constante del número de nuevos casos de SIDA por año, hasta alcanzar la cifra de 7.125 nuevos casos en 1995. A partir de esa fecha, se ha producido un descenso anual hasta los 1.363 casos, último dato recogido para 2003. Por su parte, en Francia el retroceso se inicia un año antes, ya que el pico más alto de nuevos enfermos de SIDA se produjo en 1994, con 5.765, mientras que en 2003 tan sólo se registraron 686 nuevos casos. En Italia, el nivel más alto también se alcanza en 1995, con 5.651 nuevos casos de SIDA y a partir de ahí se emprende el descenso hasta contabilizar 1.759 nuevos casos en 2003. En el Reino Unido, la cifra más alta de nuevos enfermos es de 1994 con 1.853. En 2003 se llega a descender a los 838 nuevos casos de SIDA. Como se ve, a pesar de todo, hasta en los propios países desarrollados el VIH/SIDA está lejos de erradicarse.

© Copyright Carmen Gil de Arriba, 2008
© Copyright *Scripta Nova*, 2008

Referencia bibliográfica

Gil de Arriba, Carmen. Viejos estigmas y nuevos riesgos epidemiológicos. Incidencia y prevalencia del VIH/SIDA a escala internacional. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2008, vol. XII, núm. 270 (104). <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-270/sn-270-104.htm>> [ISSN: 1138-9788]

[Volver al índice de *Scripta Nova* número 270](#)



[Índice de *Scripta Nova* Menú principal](#)