

41/2014

12 de agosto de 2014

Federico Aznar Fernández-Montesinos

SEGURIDAD, CATÁSTROFE, SALUD Y
ENFERMEDAD

[Visitar la WEB](#)

[Recibir BOLETÍN ELECTRÓNICO](#)

SEGURIDAD, CATÁSTROFE, SALUD Y ENFERMEDAD

Resumen:

Los riesgos que acechan a los Estados en el siglo XXI no son todos intrínsecamente militares. Algunos son predecibles, otros como las catástrofes no, aunque pueda articularse previamente algún tipo de respuesta. Todos parecen requerir de la acción concertada de la comunidad de naciones. Así, las pandemias pueden desestructurar las sociedades en las que se instalan y debilitar al Estado sumándose a otros problemas. El eje de referencia y de valor de una ecuación que liga seguridad y desarrollo debe ser el hombre; la seguridad humana obliga a tomar en consideración todos los riesgos y a una respuesta multidimensional.

Abstract:

The risks lurking States in the twenty-first century are not all inherently military. Some are predictable, others not, as disasters, although it is possible previously to articulate some responses. All seems to require the concerted action of the community of nations. So, pandemics can deconstruct societies and weaken the State. The reference axis of an equation linking security and development must be the man; human security requires taking into account all risk and to a multidimensional response.

Palabras clave:

Pandemia, sida, gripe, catástrofe, seguridad humana.

Keywords:

Pandemic, AIDS, influenza, disaster, human security.

Los conflictos no suelen ser monistas, no se deben a una única causa. Los factores polemológicos hacen posible un conflicto y la concurrencia de varios lo hace más probable, pero no lo asegura; el hombre escapa de cualquier ecuación que pretenda limitarlo o condicionarlo. Eso no hace de los conflictos fenómenos únicos sino singulares; procede por tanto estudiar los elementos que pueden ser causa de conflicto. Algunos de ellos, la mayoría, no son intrínsecamente militares.

En un mundo globalizado no existen universos estancos, todo está interrelacionado. Beck subraya, citando a la comisión Brundland, como un *“análisis integrado de la vivienda y la alimentación, de la pérdida de especies y recursos genéticos, de la energía, la industria y la población humana muestra que todas esas cosas están mutuamente interrelacionadas y no pueden tratarse de forma separada”*.¹

Así, los barcos, por ejemplo, traen alojados en sus sentinas microorganismos que luego al ser achicadas trasladaran al entorno marino en lejanas partes del globo; por mecanismos similares se han producido contaminaciones como la del mejillón rojo. Y otro tanto sucede con los aviones que son portadores directos, o en receptáculos humanos, de virus y lejanas bacterias.

Y es que todo Estado puede verse afectado por lo que sucede – o lo que puede suceder (amenaza potencial) - en otro, no necesariamente vecino, detentando en consecuencia un interés legítimo que se contrapone a la propia soberanía de aquel. Aun es más, los conflictos, como sucede al apretar una bolsa medio llena de agua, se deslizan a otros ámbitos cuando se resuelven en un concreto lugar geográfico.

La reciente aparición de un brote de ébola en Guinea Ecuatorial ha puesto en alerta a toda África Occidental, un área nueva para una enfermedad del África Central: Mali, Senegal, Guinea Bissau y Costa de Marfil activaron mecanismos especiales de vigilancia en junio de 2014 estableciendo actuaciones de concertación, al haberse detectado con fecha 15 de julio 964 infecciones y 603 fallecimientos por ébola (en abril de este año se habían detectado 168 casos, 108 de los cuales resultaron mortales) cifras que superan las estimaciones del primer brote registrado en la zona en 1976; se han registrado hasta sesenta focos de enfermedad diferentes en una enfermedad que afecta tanto al campo como a centros urbanos. Es más, ha habido un falso positivo por esta enfermedad en nuestro país, concretamente en la comunidad valenciana.

¹ Beck, Ulrich. La sociedad de riesgo global. Editorial Siglo XXI, Madrid 2002, p. 54

Aun es más, el informe que con fecha 16 de julio, la semana pasada, ha publicado ONUSIDA nos recuerda que los viejos problemas están presentes por más que hayan mejorado y existan razones para la esperanza.

SANIDAD Y SEGURIDAD NACIONAL

El nivel de salubridad de una región, a día de hoy, no es habitualmente causa directa de conflicto, pero tiene una importante incidencia en la capacidad de desarrollo con lo que puede ser una razón más para su surgimiento. De hecho, tanto la Estrategia Nacional de Seguridad española como la norteamericana (y muchas otras) prestan especial atención a las pandemias.

Son un hecho, bastante más común de lo publicitado, los casos de establecimiento de un cordón sanitario de protección. Es relativamente frecuente el cierre encubierto de fronteras mediante la fijación de restricciones al comercio y al tránsito de personas con motivo del desarrollo de una nueva enfermedad, como por ejemplo, y por citar un caso relativamente reciente, ha sido el caso de la gripe aviar, o aún más reciente, el ya citado caso de ébola.

Estas dificultades en el comercio afectan a las relaciones entre países y también a su desarrollo. No obstante, tales medidas pueden dilatar la llegada de la enfermedad pero no pueden detenerla, porque no es inusual, además, que esta llegue en forma de olas; la gripe lo suele hacer en dos o en tres, ligadas a la actividad humana (inicio de temporadas de colegios de niños u otros acontecimientos sociales)

Otros casos son los que afectan a animales, y que generan importantes repercusiones económicas. Ejemplos son la peste porcina, la enfermedad de la lengua azul, el mal de las vacas locas..... sus consecuencias y desarrollo son muy similares a los casos que se dan entre humanos.

Además, los alimentos son elementos clave de este proceso, hasta el punto de que se habla de un riesgo alimentario en la medida en que estos productos pueden ser elementos para vehicular contaminantes biológicos y químicos en un contexto dominado por la globalización de las industrias alimentarias y el origen exótico y no controlado de determinadas materias primas.²

El Reglamento Sanitario Internacional, en vigor desde 2007, pretende prevenir la propagación a nivel internacional de plagas, proteger a la población frente a ella,

² Villalonga Martínez, Luis. “Riesgos sanitarios” en Cuaderno de Estrategia núm. 120/2002, p. 173.

controlarlas y darles una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a sus riesgos que evite la sobreactuación, esto es, las interferencias y obstáculos innecesarios para el comercio internacional, coordinando una eventual respuesta entre los Estados afectados. Una puesta en común semejante sólo puede ser resultado de la más prioritaria necesidad.³

PANDEMIAS. EL CASO DE LA GRIPE

Conviene, antes de proseguir, fijar algunos conceptos clave; un mal es endémico cuando se desarrolla habitualmente o durante una época concreta en un área determinada; una epidemia implica más casos de los que se esperan habitualmente, superando la capacidad de respuesta del sistema sanitario como, por ejemplo, la aparición simultánea de cincuenta casos de dengue en Madrid; una pandemia es la extensión de un mal epidémico a todo lo largo y ancho de una región o, incluso, del mundo de modo que ésta ataca o puede atacar a casi todos los individuos.

Esto, obviamente, puede ser causa de la fragilidad de un Estado, cuando no de contribuir a ella. La conquista de América o la de Sudáfrica se benefició de la extensión de enfermedades que no se habían desarrollado en aquel continente, como el sarampión, la viruela o la gripe, y que debilitaron a los nativos de forma más que sensible, facilitando así las campañas española y holandesa respectivamente. Y eso es lo pretendido a mayor escala la guerra biológica.

Así, las armas biológicas

“pueden ser mucho más eficaces empleadas contra una población civil no alertada, no protegida y no inmunizada, que contra fuerzas militares alertadas, con sistemas de protección, posiblemente inmunizadas y constituidas fundamentalmente por personal en buen estado de salud.”⁴

Ejemplos de pandemias pueden ser la gripe, el cólera, el sida, la viruela, la peste, la sífilis, la tuberculosis o la polio. La Dra. Margaret Chan,⁵ Directora General de la OMS, afirmó en Singapur⁶ que en los 30 años que separan 1973 de 2003 han aparecido 39 diferentes patógenos que ponen en riesgo la salud de los humanos.

Pero las pandemias no son un riesgo nuevo. A partir del siglo XVI (sus síntomas fueron descritos por Hipócrates por primera vez hace 2400 años), tras los descubrimientos y el

³ <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/home.htm>

⁴ Ibidem, p. 162.

⁵ <http://www.who.int/about/es/>

⁶ L.R.S. “La OMS alerta de que las nuevas epidemias son más peligrosas hoy que hace 30 años.” Periódico LA RAZÓN (p. 28). Martes, 3 de abril de 2007.

fortalecimiento del comercio internacional, la gripe recorrerá progresivamente el mundo; la globalización comenzó entonces - y no viene mal recordar que la comenzamos los españoles, que fuimos los que cerramos el globo- y lo único que ha sucedido es que se ha incrementado la velocidad de acercamiento.

Las epidemias de gripe son recurrentes anualmente y suelen producirse en invierno, facilitándose una vacuna (que cubre varias de sus cepas –las más probables y las más peligrosas, aunque no todas - con lo que la inmunización no es total) una vez que las cepas de virus son identificadas; normalmente, afectan a los más débiles niños, y personas mayores y enfermas. Excepcionalmente y tras varias décadas son fruto de un nuevo virus frente al que el desarrollo inmunitario de la población es muy pequeño por lo que esta epidemia se puede presentar de nuevo como extraordinariamente agresiva y atacar a otros grupos de riesgo.

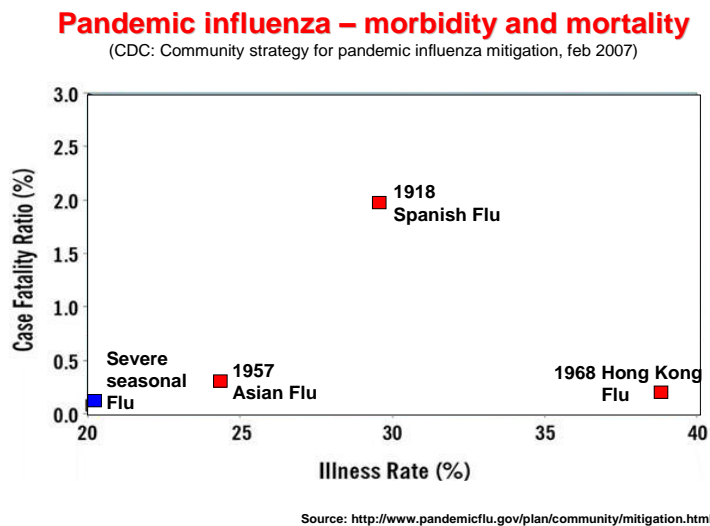


Figura 6. Mortalidad y morbilidad de la gripe.

Cinco de estas epidemias tendrán la condición de pandemias, las correspondientes a los años de 1889, 1918, 1957, 1968 y 2010⁷ (se han contabilizado 31 pandemias desde 1501)

Durante la gripe de 1918, conocida como la gripe española, los enfermos se sentían bien por la mañana pero morían al amanecer. Afectó a entre el 20 y el 40% de la población, mayormente adultos sanos menores de 50 años. La gripe de 1957 se desarrolló en dos olas

⁷ Barricarte, A. "Gripe aviar ¿La pandemia que viene?" en www.cfnavarra.es/salud/nales/textos/vol29

(las pandemias, como se ha dicho, se pueden desarrollar en olas sucesivas) y tuvo una influencia menor. La tendencia se repitió en la gripe de 1968 y 2010.

Para entender la magnitud de lo que se está valorando conviene integrar las cifras de fallecimientos directos; así la gripe asiática (o rusa) cuya extensión se produjo entre 1889 y 1890 trajo un millón de muertos; la gripe española que se prolongó de 1918 a 1920 produjo en torno a los 50 millones (la Primera Guerra Mundial ocasionó 25); la gripe de Asia que duró de 1957 a 1958 de 1 a 1,5; la gripe de Hong Kong que transcurrió de 1968 a 1969 de 0.75 a 1.⁸

Pero ya antes, durante el medievo, la peste había asolado Europa. Con los registros de que se dispone puede apreciarse como la epidemia que se prolonga de 1347 a 1350 fue avanzando progresivamente desde las costas del Sur del continente hasta su totalidad. La mortalidad de esta enfermedad sin tratamiento se sitúa actualmente en el 60% y cuando este se recibe en el 15%. Entre 1989 y 2003 se registraron 38310 casos con 2845 muertes en 25 países.

El caso de la gripe aviar es similar; surgida en el sureste asiática ha mutado y se ha ido extendiendo progresivamente hasta casi alcanzar el mundo entero, y merece reseñarse que en su variante más peligrosa (H5N1) actualmente no es una enfermedad que se transmita frecuentemente entre humanos, sino que, normalmente, pasa directamente del animal al hombre. De hecho ya se han registrado casos puntuales de transmisión interhumanos, si bien la morbilidad de la misma ha sido, hasta el momento baja.

Es por ello que los niveles de alerta frente a la pandemia contemplan distintos estadios que van desde la presencia de algún caso de transmisión de la enfermedad desde animales a humanos, según frecuencia, para después pasar a un estadio en que se dan casos de transmisión interhumanos, y un último nivel en que se contempla la generalización de la enfermedad.

Y es que los virus de la gripe cambian y mutan constantemente. Las variaciones antigénicas menores se refieren a cambios en el virus de la gripe estacional que ocurren lentamente y que fuerzan a la vacunación anual. Las variaciones antigénicas mayores ocurren cuando dos cepas de gripe diferentes se combinan e infectan la misma célula. Esta mutación es lo que permite a los virus de la gripe transmitirse de animales a seres humanos.

⁸ www.pandemicflu.gov

Las cepas del virus de la gripe aviar, según el CDC⁹ norteamericano, pueden mutar de tres maneras: En primer término ave acuática contagia de alguna cepa de la gripe aviar a un organismo que funciona como huésped intermedio (un pollo o un cerdo) que también recibe simultáneamente una cepa humana de la gripe. Cuando el virus infecta la misma célula, los genes de la cepa de las aves se mezclan con los genes de la cepa humana, creando así una nueva cepa de modo que se puede diseminar del huésped intermedio a los seres humanos.

También puede suceder que la cepa de la gripe se transmita directamente al ser humano o que pase directamente de un ave acuática a un huésped animal intermedio, como un pollo o cerdo, y luego a humanos. Además, los virus de la gripe cambian constantemente y es posible que, una vez adquirida la capacidad de transmitirse entre humanos, adquiera después y como ya se ha apuntado, la capacidad de propagarse de manera fácil y sostenida entre las personas hasta provocar una pandemia.

El índice de mortalidad depende fundamentalmente de cuatro factores: del número de personas contagiadas, de la potencia del virus, de la vulnerabilidad de las poblaciones afectadas y de la eficacia de las [medidas de prevención](#).¹⁰

Según el parecer de los científicos las más graves epidemias de gripe habidas en el siglo XX son resultado de la mutación del virus o el intercambio de genes con humanos, con lo que su capacidad de transmisión es mayor entre unos humanos que no cuentan con defensas efectivas frente al nuevo virus, lo que a su vez se traduce en mayores índices de morbilidad y de mortalidad, sin que existan en ese primer estadio una vacuna disponible.

A partir de ahí, el ser humano reacciona desarrolla defensas y la situación se estabiliza de nuevo, lo que enlaza bien con las teorías evolutivas. La aparición de vacunas contribuye al afianzamiento de la situación.

Las distintas epidemias de gripe, como ya se ha visto, tienen bajos índices de mortalidad; así una epidemia de gripe actualmente puede tener una mortalidad del 0,2%, mientras la gripe española tuvo una mortalidad del 2%, la gripe asiática de 1957 en torno al 0,3% y la de la Hong Kong de 1968 a 0.25%.

La cuestión es que afecta a un ratio de población situado entre el 20 y el 40 por ciento, y estos porcentajes se traducen en cifras millonarias de mortalidad para el CDC¹¹. Para nuestro

⁹ www.pandemicflu.gov

¹⁰ <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/home.htm>

¹¹ www.pandemicflu.gov.

Ministerio de Sanidad se sitúa entre el 5% y el 15%, si bien es superior al 50% en grupos cerrados de población.¹²

Y ésta es precisamente la cuestión que resulta singularmente preocupante de la gripe aviar. En términos globales y según la OMS, entre 2003 y 2014 se han registrado alrededor de unos 650 casos de gripe aviar H5N1 en 15 países, mayoritariamente en personas en contacto directo. En 2011, se informaron 62 casos de la infección con el virus H5N1 en humanos y 34 muertes en cinco países, un 56,6%.

Atendiendo a estas circunstancias en 2003 se creó en nuestro país el "*Comité Ejecutivo Nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe*" toda vez la naturaleza multisectorial de las acciones que habrían de emprenderse en función de la importancia de la epidemia.¹³

Es más, actualmente hay 112 Centros Nacionales de Gripe distribuidos por 83 países recogen e identifican cepas gripales. Estos virus son posteriormente comparados entre sí a nivel mundial a fin de evaluar la importancia de las nuevas variantes detectadas.¹⁴

Las pandemias se caracterizan por altos índices de morbilidad, de extensión de la enfermedad, lo que se traduce en un incremento en la demanda de asistencia sanitaria así como de mayores índices de mortalidad. Y es que las pandemias dependen de la extensión y de la forma en que se propague la enfermedad, no del número de muertes que ocasione.

Las pandemias de gripe se caracterizan por una rápida diseminación de la enfermedad. Los sistemas de salud quedan sobrecargados por falta de inmunidad ya que un porcentaje considerable de la población necesite atención médica. Es más, es poco probable que los países dispongan de los medios necesarios para afrontarlo; inicialmente no se dispondrán de vacunas (se estará investigando la fórmula) ni de antivirales suficientes para cubrir la demanda.

Como consecuencias indirectas de las epidemias se encuentran un mayor absentismo laboral, una mayor demanda de información... todo lo cual tiene obvias repercusiones económicas, sociales (puede llegar a crear episodios de alarma social y hasta de pánico colectivo), políticas.... Con un notable impacto en el Producto Nacional Bruto.¹⁵

¹² <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/home.htm>

¹³ <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm>

¹⁴ <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm>

¹⁵ www.pandemicflu.gov

Un problema añadido es que los medios de comunicación se preocupan de estas enfermedades de un modo directamente proporcional al número de casos, por lo que cuando se reducen, desaparece de las primeras página de la prensa y dejan de ejercer presión; la posibilidad de su mutación, lo que supondría un reverdecer más mórbido, queda así como una mera hipótesis de futuro.

Este tipo de enfermedades genera una prevención que también incide en el gasto público. Su naturaleza excepcional hace que de no concretarse la amenaza la inversión realizada en prevenirla se pierda y se vean las acciones adoptadas como ridículas y hasta fruto de una conspiración de las empresas farmacéuticas.

Así en 1976 apareció una gripe porcina que se pensó que podría tener las dimensiones del síndrome de 1918; razón por la que EE.UU gastó cerca de 135 millones de dólares en 200 millones de vacunas, sin embargo no se produjo la pandemia y las vacunas generaban efectos secundarios, por lo que se interrumpió el proceso de vacunación. En 1977 así como en 1997 y 1999 se repitieron estas alarmas, pero la gripe no se transmitió quedando consignada al área en que se produjo tal vez como resultado de las medidas de contención adoptadas (en 1999 se sacrificaron en Hong Kong millón y medio de pollos).

En 2009 una alerta de la OMS por gripe "A" (H1N1) supuso que España comprase 37 millones de vacunas por un importe de 266 millones de euros de las que sólo se usaron unos tres millones de dosis; no obstante, ese virus sólo provocó 18000 muertes frente a las 500000 muertes anuales de promedio que puede provocar una epidemia de gripe estacional,¹⁶ a las que habría que sumar las producidas por la propia reacción a la vacunación.

Y es que, el desarrollo de las medidas para afrontar una pandemia plantea problemas de todo tipo motivados desde por la limitación de los recursos disponibles, que obliga a la fijación de patrones para su distribución, hasta por la necesidad de adoptar medidas que resultan, cuanto menos, de una ética dudosa, según los patrones de conducta anteriores al desarrollo de la enfermedad.

Una pandemia declarada obliga a la priorización en el empleo de los recursos y medios económicos así como en el tratamiento, en los cuidados o en la vacunación; además, enfrenta al personal a cargo de su desarrollo al riesgo de contagio y puede obligar a la imposición de medidas restrictivas de la libertad del personal enfermo o de sectores de la población por cuestiones de higiene pública que, en sus más graves estadios, pueden obligar al uso de la fuerza. Además, este dilema ético puede generar la estigmatización del enfermo

¹⁶ <http://www.20minutos.es/noticia/726190/0/alerta/pandemia/gripe-a/#xtor=AD-15&xts=467263>

o de los grupos de riesgo, como bien, recuerda el caso del sida. Es el concepto judaico de culpa, que asocia pecado a desgracia, trasladado eso sí al ámbito médico.

El tratamiento y la priorización pueden llevar al desarrollo de éticas confrontadas entre sí y con el legítimo deseo humano de la supervivencia. Proteger a los más vulnerables, salvar a los más jóvenes (principio de ciclo de vida), salvar a los más importantes (principio de orden público), salvar al mayor número. Una difícil ecuación entre número, calidad, cantidad e importancia que tiene una resolución ética confrontada. El hombre, la vida, deja de ser un valor absoluto y se torna relativo según la visión que se adopte.¹⁷

Un problema diferente es la investigación de los males que aquejan a muchos países del Tercer Mundo, obviamente no son una prioridad para muchas empresas farmacéuticas cuyos criterios de medida son económicos y cuya labor investigadora no se ve respaldada por resultados en este campo. Enfermedades endémicas de países del Tercer Mundo, como la malaria, están pendientes aún de poder ser curadas. Otras como la lepra, que ya tiene cura, no han sido erradicadas.

Otro tema es el dilema ético que encarna el comercio de medicamentos, caridad versus rentabilidad, el punto de cruce entre las curvas de la oferta y la demanda determina un precio no siempre accesible para la mayoría de la población, en un gráfico que asocia ética, vida e inversión económica.

El precio de medicamentos para tratar enfermedades cuasi endémicas como el sida, máxime si se considera la duración del tratamiento, aun no es accesible para todos, por unas razones o por otras.

Por ejemplo, la cobertura antirretrovírica mejoró en un 20% entre 2009 y 2010 en África subsahariana. En 2011, y según cifras del Banco Mundial, por primera vez la mayoría (54%) de quienes cumplían los requisitos para recibir terapia antirretroviral en países de ingresos medios y bajos. Esta tasa fue levemente más alta (56%) en África subsahariana. En la región, que alberga al 92% de las embarazadas que vivían en 2011 con VIH, el porcentaje de mujeres en dicha condición que recibió terapia antirretroviral o profilaxis alcanza entonces el 59%.¹⁸

Para ONUSIDA, en 2011, el acceso universal al tratamiento (que se define como una cobertura igual o superior al 80%) ya se había conseguido en Botsuana, Namibia y Ruanda, mientras que Suazilandia y Zambia han alcanzado niveles de entre el 70% y el 80%. A lo largo

¹⁷ Emanuel EJ, Wertheimer A. "Who should get influenza vaccine when not all can?" www.palliative.org

¹⁸ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf

de ciudades y pueblos de África subsahariana, desde Harare a Addis Abeba, hasta las zonas rurales de Malawi y la provincia Kwazulu Natal de Sudáfrica, la introducción del tratamiento del VIH ha reducido drásticamente la mortalidad relacionada con el sida. En países de ingresos bajos y medios de todo el mundo, el tratamiento ha conseguido evitar 2,5 millones de fallecimientos desde 1995 hasta 2011, la mayoría en los últimos años.¹⁹

En 2013, según ONUSIDA, sólo el 48% de los infectados por el sida en el mundo conocían su status. El 86% de los africanos en esa situación estaban recibiendo tratamiento y un 76% alcanzan a suprimir el virus; con todo tres quintas partes del total de los infectados, bien por desconocimiento de su condición de enfermos o por otras causas no están recibiendo tratamiento.

El sida se superponía a otras enfermedades como la hepatitis B que infecta de 2 a 4 millones de personas y la C que afecta a de 4 a 5.²⁰ Una serie de factores como la malnutrición, la malaria y otras enfermedades infecciosas hacen que el resultado sea la existencia de notables diferencias en cuanto a esperanza de vida que varía entre los 79 años en algunos países occidentales hasta los 45 años de Eritrea o los 40 de algunos países del África Austral. Y la mortalidad infantil va desde, por ejemplo, los 6 por mil en el caso de Israel a los 113 de Somalia. Las enfermedades son en África un amplificador del resto de los problemas de la región y se encuentran entre las razones para los movimientos de población.

PANDEMIAS Y ESTABILIDAD REGIONAL. EL EJEMPLO DEL SIDA EN EL ÁFRICA AUSTRAL

El sida es una enfermedad perfectamente identificada (fue documentada por primera vez en 1981 aunque existiera de mucho antes; posiblemente surgió del VIS que afectaba a monos y simios) en Occidente pero que se ha extendido por el Tercer Mundo. De hecho en torno al 95% de los enfermos vive en países en desarrollo. En la India, por ejemplo, cerca de cuatro millones de personas están infectadas por el VIH. La incidencia de esta enfermedad es elevada en muchos países del Caribe, aunque la difusión de la epidemia en América Latina ha sido más lenta que en otras regiones y se concentra en las zonas rurales.²¹

Aunque hay razones para la esperanza, y la infección ha caído un 38% desde 2001 hasta 2013, este año ha habido 2,1 millones de nuevos infectados, mientras 22 millones de personas no tienen acceso a tratamiento. Es más, uno de cada cuatro nuevos infectados es una adolescente o joven africana subsahariana.²²

¹⁹ IBIDEM

²⁰ "The gap report." Informe de ONUSIDA 2013.

²¹ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf

²² "The gap report" Informe de ONUSIDA 2014

Claramente se descubre que el mayor impacto de la enfermedad recae en los países más pobres, centrándose sus efectos en las clases más desfavorecidas y marginales de las naciones con mayor riqueza. Así 15 países, mayoritariamente africanos, acumulan el 75% de los infectados por el sida. Esto se debe a la mayor capacidad de los sistemas de salud de estas naciones para luchar contra la enfermedad, y sobre todo a las campañas de educación e información, a lo que conviene añadir el mayor respeto de los derechos humanos y a la igualdad de la mujer que existe en estas sociedades.

Pero es en África donde más se ha expandido, beneficiándose de la situación de incultura, pobreza, marginalidad y subdesarrollo en que se encuentra inmersa la sociedad africana, generando una pandemia que llega a afectar a la estabilidad regional y obliga a la actuación concertada de la comunidad internacional.

El África Subsahariana es la región más afectada a nivel mundial por el virus del sida. El 71% de todos los seropositivos viven en esta zona (unos 34 millones, el 61% de los cuales eran mujeres²³), donde se produjeron el 83% de los fallecimientos debidos a esta causa durante el año 2009 (alrededor de 1,8 millones); allí también viven el 90% de los niños que se contagiaron con el virus ese año.²⁴

No obstante, el número de muertes cayó un 39% entre 2005 y 2013 (en Sudáfrica cayó un 51%, en Kenia un 32% y en Etiopía un 37%); estos suponen, eso sí, el 74% del total de fallecimientos que se producen en el mundo.

El 18% de todos los infectados del mundo vive en Sudáfrica, el 9% en Nigeria (donde, sin embargo, se producen el 18% de las muertes) el 5% en Kenia, el 4% en Mozambique, otro 4% en Uganda y un porcentaje igual en Tanzania y en Zimbabue, Malawi un 3% al igual que en Zambia y un 2% en Etiopía.

Con todo y estando la media mundial entre 0,1 y 0,6 por ciento, se puede clasificar de pandemia la implantación de esta enfermedad en el continente. Es más, factores biológicos y sociales hacen más vulnerables a las mujeres y las jóvenes que a los del sexo opuesto; de hecho, hay estudios que indican que los índices de contagio pueden llegar ser de tres a cinco veces más elevados que entre los jóvenes, no obstante y según el informe de ONUSIDA correspondiente a 2011 redujo el porcentaje de prevalencia entre jóvenes de 15 a 24 años

²³ www.un.org/spanish/news

²⁴ IBIDEM.

que se situaba por sexos en 2001 de 2,0 (hombres) y 5,2 (mujeres) a 1,4 y 3,3 respectivamente.²⁵

Suazilandia, con el 38,8 por ciento de su población infectada en 2005, contaba entonces con una esperanza de vida de 32,5 años. Otro caso trágico es Botsuana, el segundo país del mundo con el mayor índice de sida entre la población (37,3%), donde se calcula que la esperanza de vida 2008 era de 34 años frente a los 65 años de 1980.²⁶ Merece reseñarse que en el África Austral en su conjunto la prevalencia del sida alcanza al 30% de la población de modo que la esperanza de vida ha pasado de 61 años en 1985 a menos de 40 en 2008; en 2013 se ha elevado hasta los 46.

No obstante, el número total de nuevas infecciones por el VIH en África subsahariana ha disminuido más del 26%, hasta los 1,9 millones desde los 2,6 millones estimados en el punto máximo de la epidemia en 1997. En 22 países subsaharianos, las investigaciones muestran que la incidencia del VIH se redujo más del 25% entre 2001 y 2009. Esto incluye algunas de las epidemias más grandes del mundo: Etiopía, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbabue. La incidencia anual en Sudáfrica, aunque aún es alta, disminuyó un tercio entre 2001 y 2009: de 2,4% a 1,5%. De manera similar, las epidemias en Botsuana, Namibia y Zambia parecen también estar en declive. Las epidemias en Lesoto, Mozambique y Suazilandia parecen haberse estabilizado, aunque en niveles inaceptablemente altos.²⁷ El informe de ONUSIDA de 2013 avala estas tendencias.

Y el sida tiene otras consecuencias que trascienden lo meramente demográfico. Esta enfermedad ha hecho que la transición a la pobreza extrema sea muy rápida en los hogares afectados, lo que puede dar lugar a una gran inestabilidad social, sobre todo si pensamos que en países como Zimbabue la tasa de infección en 2011 era del 33% entre las personas en edad de trabajar. No obstante, la incidencia del VIH en áreas urbanas de Zimbabue cayó de un tope extremadamente alto de casi el 6% en 1991 a menos de un 1% en 2010 asociado a un cambio de patrones y conductas, con lo que el problema se sitúa primordialmente en áreas rurales.²⁸

Es más para ONUSIDA en 2011 la elaboración de modelos sugiere que, sin un cambio de conductas, la incidencia del VIH habría duplicado los niveles actuales, lo que significaría que anualmente se habrían producido 35.000 nuevas infecciones adicionales. La situación se

²⁵ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf

²⁶ http://sociedad.elpais.com/sociedad/2005/09/07/actualidad/1126044002_850215.html

²⁷ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf

²⁸ http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/25_EXEC_SUMMARY_Spanish.pdf

repite en áreas urbanas de Malawi, donde la tasa de nuevas infecciones se habría estabilizado en torno a un 4% anual si los comportamientos sexuales se hubieran mantenido. Sin embargo, la tasa descendió por debajo del 1% en 2010, por lo que se evitaron 15.000 nuevas infecciones anuales.

Estudios realizados en países de la zona demuestran que los ingresos de las familias afectadas por el sida han decrecido a la mitad de lo que le corresponde a la familia promedio durante los últimos años, por lo que la venta de los recursos familiares, tierra y ganado, es muy frecuente, a fin de poder hacer frente a las demandas de la enfermedad.

La FAO ha determinado que en los 10 países africanos más afectados por el VIH/SIDA, en 2020 la mano de obra agrícola se reducirá entre 10% y 26%. Se calcula que en Botsuana, Mozambique, Namibia y Zimbabue se perderá por lo menos la quinta parte de los trabajadores agrícolas.

Afecta por tanto a la seguridad alimentaria de los estados ubicados en la zona de prevalencia socavando los sistemas agrícolas con la muerte de los adultos de la familia toda vez la pérdida no sólo de fuerza de producción, sino de conocimientos también. La FAO ha calculado que en los 25 países africanos más afectados el sida ha matado a más de siete millones de trabajadores agrícolas desde 1985 hasta 2004. Podría matar a otros 16 millones de personas hasta 2024.²⁹ La cuestión, como puede verse, no es un mero problema de salud sino que tiene consecuencias económicas.

Y el papel de la mujer, como se ha visto el sexo más afectado con un 61% del total de infectados, es extraordinariamente relevante en el contexto de una sociedad tradicionalmente agraria. En estas regiones las mujeres son las que cargan con la mayor parte del peso familiar, ya que además de la necesidad de un trabajo remunerado, se les exige que cuiden de la familia, de los niños y que hagan labores de enfermeras

Todo lo anteriormente mencionado está dando lugar al desmembramiento de las familias y a la aparición de innumerables huérfanos, lo que podría haber originado un colapso social ya que se estaba produciendo la degradación de todas las estructuras, familiares, sociales, empresariales e incluso estatales. . Así, un estudio en Zimbabue, en el año 2000, demuestra que el 65% de las familias se desintegraron al fallecer la adulta clave de la misma.

Un sector productivo y comercial prospero es indudablemente el motor para el desarrollo económico y por tanto humano. En esta región el incipiente tejido empresarial está profundamente afectado por el sida, ya que interrumpe el suministro de mano de obra, reduciendo la producción y los ingresos, a la vez que erosiona el ahorro y desmotiva la

²⁹ http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/25_EXEC_SUMMARY_Spanish.pdf

inversión. En el ámbito empresarial hay que destacar el gran absentismo laboral que unido a la pérdida de experiencia del personal ha hecho que la producción se resienta y aumenten sus costes. No en vano, del 25% al 51% de los costes empresariales se estimaba en 2007 que eran debidos al absentismo laboral relacionado con el virus. Si a lo anterior se le suma la disminución de inversión exterior vemos que la inestabilidad económica de la región es elevadísima.

Todo lo enumerado hace disminuir las rentas fiscales en un momento en el que es preciso aumentar los gastos públicos en salud y servicios sociales. Por consiguiente el sida es un factor más de inestabilidad social y estatal: se considera que la epidemia está influyendo en la economía de los países de la región provocando el deterioro de las relaciones de intercambio y los movimientos de capital... Es el caso de Sudáfrica, que en 2007 representaba el 40% de la producción económica de toda África, estimándose que su PIB es un 17% inferior al que sería de no existir la pandemia.

El sida también amenaza las estructuras del Estado de estas naciones, ya que los servicios estatales dependen de los recursos financieros y de un conjunto de empleados públicos con conocimientos y experiencia. En un estudio realizado en países de la región, se estima que la mortalidad en el sector público durante los últimos años se ha multiplicado por 10. Si a esto se añade la presión sobre los presupuestos para hacer frente a las necesidades de salud y la disminución de los ingresos fiscales por el deterioro del tejido empresarial de estas naciones - que por otro lado son democracias incipientes - puede apreciarse que su estabilidad no está en absoluto garantizada.

En cuanto a las relaciones del llamado primer mundo con el área, decir que se han visto afectadas de múltiples formas y con muy diversas consecuencias. Se han desarrollado flujos de ayuda oficial para la lucha directa contra la epidemia, se han modificado las leyes internacionales para que se puedan producir a bajo coste los medicamentos necesarios y existen infinidad de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales empeñadas en el estudio y lucha contra la pandemia en estos países.

Económicamente, las consecuencias de la epidemia en la región son el endeudamiento y la pobreza extrema de las familias, lo que unido a las sequías, inundaciones, la falta de servicios sociales y de control de precios en caso de escasez ha podido incidir en las hambrunas.

Políticamente, la disminución de ingresos fiscales debido al deterioro de la actividad empresarial, unido a una mayor demanda de fondos para hacer frente a las necesidades de salud y la disminución del número y experiencia de los funcionarios públicos, puede hacer tambalear los incipientes sistemas democráticos del área.

Los datos sobre la incidencia del virus en las Fuerzas Armadas y Policiales de los países del África Austral son muy limitados, debido a los escasos muestreos realizados, y sobre todo al rechazo de las autoridades a proporcionar dicha información, ya que podría demostrar la debilidad de sus fuerzas.

Pero la información existente sugiere que la presencia de la enfermedad entre el personal uniformado es superior al de la población civil. Según estimaciones del Consejo Nacional de Inteligencia de Estados Unidos, los porcentajes de infección varían entre el 60% de Zambia y el 16% de Namibia, siendo 23% el estimado para Sudáfrica, país que reconoce la existencia de un 17% de afectados entre el personal de sus filas. Algunas fuentes indicaban incluso una prevalencia del 75% en las tropas del Ejército de Zimbabue.

Para Charles-Philippe David y en 2007, estaban infectados por el sida el 60% de los militares de Zambia, el 55% de Zimbabue, el 40% de los militares angoleños y de la república del Congo y entre el 10 y el 30% en Tanzania, Costa de Marfil y Nigeria.³⁰ En cualquier caso, unas tasas unas cinco veces superiores a veces a las de la población civil.

Mi experiencia personal durante una visita a una fragata sudafricana me permitió ver que en la enfermería de la misma, junto a paneles en los que se explicaba el manejo de una crisis cardíaca había otros, y me impresionó este hecho por su significado, en los que se hacía lo mismo con las crisis esofágicas provocadas por el sida.

En cualquier caso, el debilitamiento de las Fuerzas Armadas y los servicios de Policía dificulta el mantenimiento de la seguridad y estabilidad interior, sobre todo en Estados con sociedades divididas y grupos que podrían tratar de explotar la situación de debilidad.

Y es que el sida ha causado en África más muertos que todos los conflictos juntos incapacitando a un ejército diezmado por la enfermedad y generando millones de huérfanos (de 12 a 13 en 2008) susceptibles de convertirse en niños soldados, razones que explican la fácil propagación de la violencia en algunas regiones. El grupo de Foday Zanco en Sierra Leona se nutría de este tipo de combatientes. A ello se suma la contaminación que padecen las propias tropas de pacificación de la ONU desplazadas a África que motivó en su día la Resolución 1308 del CSNU.³¹

³⁰ David, Charles-Philippe. *La guerra y la paz*. Icaria, Barcelona 2008., p 171 y 172.

³¹ Fuente Cobo, Ignacio. "Visión geopolítica de África" en VV.AA. *Visión española del África Subsahariana. Seguridad y Defensa*. CESEDEN. Ministerio de Defensa 2008

Las amenazas exteriores a la seguridad nacional pueden verse agravadas por el vacío de seguridad que suponen unos Ejércitos infectados por el virus del sida. Según el Grupo Internacional de Crisis la percepción de esta debilidad puede suponer por sí misma la ventaja táctica que podría hacer aflorar algunos conflictos internacionales en el área. En esta línea, el Centro de Estrategia y Estudios Internacionales de Estados Unidos, aconsejó al Presidente ya en 2003 analizar la epidemia de sida como una amenaza para la seguridad y los intereses de su nación.

LAS CATÁSTROFES NATURALES COMO FACTOR POLEMOLÓGICO

Decía Shakespeare que las desgracias son como legiones, nunca vienen solas. Y esto es lo que les sucede a algunos países que se han ubicado en regiones del globo proclives a catástrofes que recurrentemente les asolan impidiendo su desarrollo.

Una catástrofe es una

“grave perturbación del funcionamiento de la sociedad que causa amplias pérdidas humanas, materiales o medioambientales, que exceden la capacidad de la sociedad afectada para afrontarla utilizando sólo sus propios recursos”³²

En 2007 se produjeron, según la Cruz Roja³³, 724 desastres que afectaron a 142,8 millones de personas provocando 33.733 fallecimientos y daños por importe de 142.901 miles de euros, estas catástrofes afectaron en orden decreciente a Asia, África y América; un año relativamente tranquilo, no como 2004 que se vio salpicado por tsunamis en el Índico y graves huracanes en Centro América.

Así por ejemplo la región del indostaní se encuentra ubicada en una placa tectónica dotada de identidad propia que choca con la asiática. Las áreas de fricción de esta placa dan lugar a recurrentes movimientos sísmicos.

A ellos se unen los ciclones tropicales que recurrentemente llegan a sus costas, tormentas de arena, sequías.... En poblaciones sin las infraestructuras precisas y en general poco preparadas y que como consecuencia profundamente afectadas por ello no pueden escapar de su marasmo. Otro tanto cabe decir de regiones como América Central donde confluyen recurrentemente seísmos, huracanes, epidemias..... que impiden el desarrollo

³² UNDHA, 1993:21 citado por Ortiz Rocasolano, Telma. *“La acción humanitaria en catástrofes naturales”* en Santamarta del Pozo, Javier (dir). La cooperación entre lo civil y lo militar. IUGM, Madrid 2007, p. 149

³³ Informe Mundial de Desastres. Cruz roja, 2007. www.ifrg.org

Chomsky³⁴ se preguntaba si el huracán Mitch que asoló Nicaragua tenía algún tipo de sesgo de clase, porque tuvo consecuencias devastadoras para con los más pobres que se habían visto empujados hacia las zonas más frágiles desde el punto de vista ecológico, mientras que en zonas próximas como la refinería de San Antonio o las industrias agroexportadoras salieron bien paradas. Su conclusión apunta a que no hubo sesgo de clase ni maldición divina, sino que fue el resultado de factores sociales, económicos y medioambientales muy concretos.

Y es que las poblaciones más desfavorecidas están llamadas a instalarse allí donde no quieren quienes cuentan con medios para instalarse en otros lugares: lechos de ríos, vaguadas, suelos inestables,... son desfavorecidas por alguna razón que se realimenta a sí misma.

CONCLUSIONES

La palabra crisis inicialmente era un término precisamente sanitario con el que se hacía referencia al curso peligroso de una enfermedad que requería de decisiones aunque no se dispusiera de los datos precisos para ello. Y es que con los problemas pasa lo que decía Maquiavelo respecto de una enfermedad, la tesis *“que en los comienzos es fácil de curar y difícil de conocer, pero que más tarde si no se la detectó al principio ni le aplicaron remedio alguno, es fácil de conocer y difícil de curar.”*

Pero una crisis no es ni puede ser un problema estructural que es lo que envuelven las epidemias estacionales recurrentes (gripe) o las ya instaladas. La seguridad en un siglo en el que todo se encuentra interrelacionado y las sociedades son interdependientes requiere de una mirada de amplio espectro capaz de intuir y deslindar los diferentes riesgos y proveer igualmente de soluciones de amplio espectro, sectoriales, que atiende a la plural naturaleza con que cuentan y den cobertura a riesgos aun no previstos.

Tradicionalmente, las relaciones pacíficas se establecían hacia el interior del Estado, mientras la violencia estaba orientada hacia el exterior. Hoy resulta muy difícil deslindar la seguridad nacional de la internacional, pues la amenaza actualmente se presenta como *“interméstica”*³⁵ – palabra que pretende subrayar su naturaleza internacional y doméstica al mismo tiempo - y que se caracteriza por *“la ausencia de amenazas en la frontera y la ausencia de fronteras para la amenaza”*, este planteamiento añade aún más dificultades a la conceptualización de seguridad.

³⁴ Chomsky, Noam. Estados canallas. Editorial Paidós, Barcelona 2002, p. 143.

³⁵ S. Tulchin, Joseph et al. La seguridad desde las dos orillas. Editorial Cátedra, Madrid 2004, p. 39.

Y es que la aparición del concepto de seguridad humana en un informe del PNUD de 1994 sitúa el foco de la valoración en la persona, en su dimensión humana, ligando a un tiempo seguridad, desarrollo y Derechos Humanos; como resultado se aúnan supervivencia, dignidad y medios de vida y se alcanzan los planos económico, alimenticio, político, medioambiental... lo que entraña una erosión del Estado a la vez que una securitización de la sociedad civil. Implica, también, un juicio de valor, además de otro exploratorio, como se señala en la declaración final de la Cumbre de la OTAN en Riga: *"sin seguridad no hay desarrollo y sin desarrollo no hay seguridad."*³⁶

El concepto de desarrollo humano plantea necesariamente una agenda multidimensional, con un enfoque plural e interconectado que incluye temas transversales y cambiantes; para ello combina organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, en un marco en que el modo es tan importante como un objetivo que siempre se pretende sea sostenible. Se hace obligada, pues, una concurrencia de agencias y compromisos que hacen que paz, seguridad y desarrollo sean conceptos que se encuentren profundamente imbricados.

Federico Aznar Fernández-Montesinos
Analista del IEEE

³⁶ Raggio, Benito. *"Cooperación cívico militar en operaciones humanitarias"* en VV. AA. VI Seminario de Seguridad y Defensa en el Mediterráneo. Fundación CIDOB, Ediciones Bellaterra 2008, p. 113.