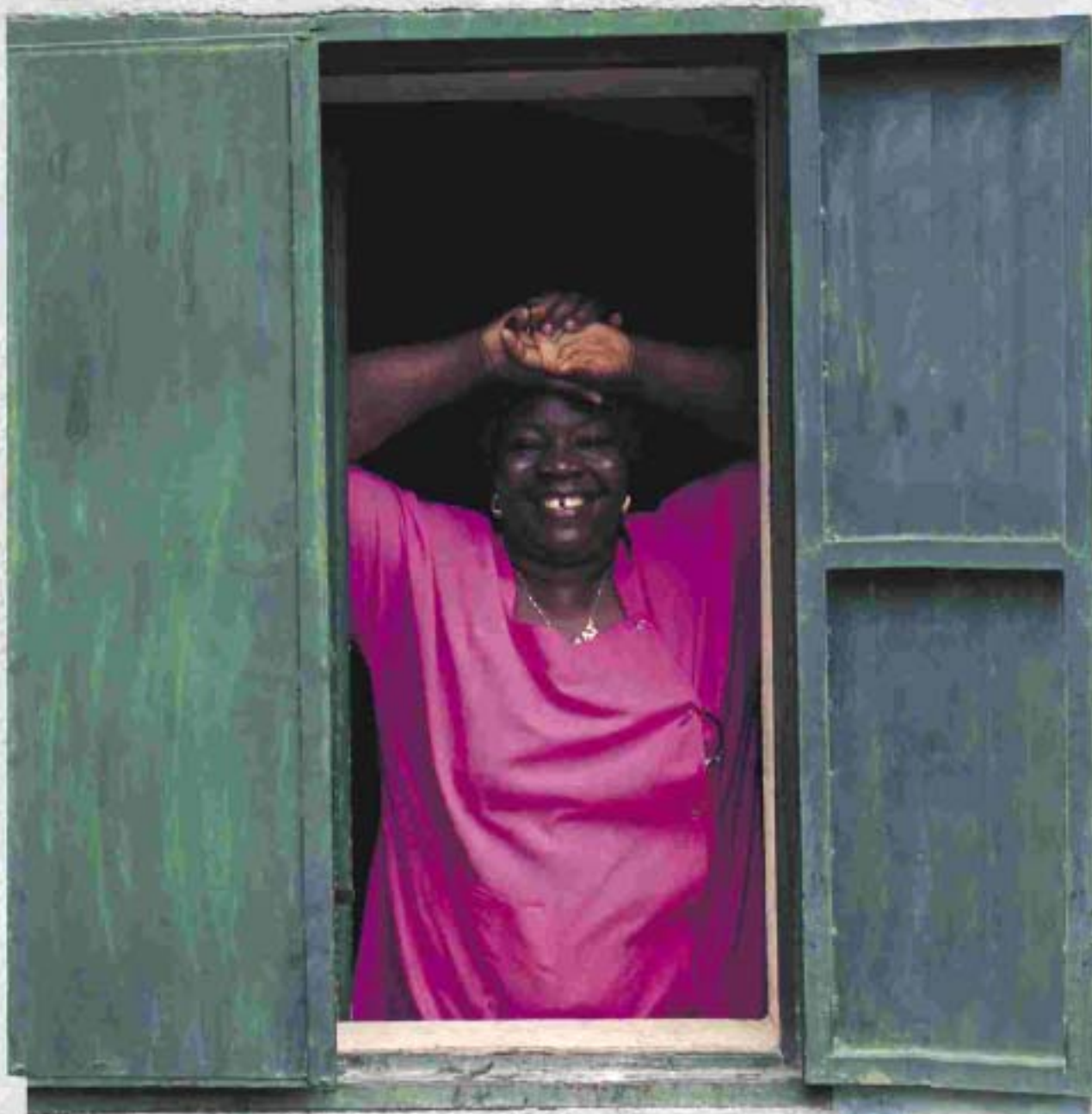


PAREMOS LA MALARIA ¡YA!

JORNADAS
2008
África
Imprescindible





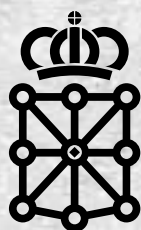
SALUD,

RAIZ Y FRUTO DEL DESARROLLO

Salud para todos. Un derecho universalmente reconocido que las comunidades y pueblos se afanan por convertir en realidad en un mundo desigual.

La Cooperación al Desarrollo reconoce e impulsa, en términos de igualdad, el esfuerzo de los menos favorecidos para mejorar sus condiciones de vida y lograr el desarrollo humano integral. Es un camino de ida y vuelta en el que todos aprendemos y estrechamos lazos de auténtica fraternidad.

Un compromiso de solidaridad que asume, con toda la ciudadanía, el Gobierno de Navarra.



**Gobierno
de Navarra**

Navarra con la Comunidad Internacional

África IMPRESCINDIBLE

- 02** **CRISIS ALIMENTARIA EN ÁFRICA.**
Entrevista a Carmen Lahoz.
- 06** **ÁFRICA IMPRESCINDIBLE 2008.**
Crónica de unas Jornadas.
- 08** **¿CÓMO Y PARA QUÉ SE ASOCIAN LAS MUJERES AFRICANAS?**
Hortense Djomeda.
- 09** **MUJER AFRICANA, MOTOR DE UNA ECONOMÍA PARA MEJORAR LA VIDA.**
Begoña Iñarra.



PAREMOS LA MALARIA, ¡YA! dossier

- 10** **LA HUMANIDAD FRENTE A LA MALARIA.**
Un apunte histórico.
Jon Arrizabalaga.
- 12** **LA MALARIA DEBERÍA ESTAR YA ELIMINADA.**
Entrevista a Anna María Farré.
- 15** **EL TESTIMONIO DE UN GRAN PERIODISTA.**
Ryszard Kapuscinski afectado por la malaria.
- 16** **Panorama mundial.**
GEOGRAFÍA E INCIDENCIA DE LA MALARIA.
Jesús Roche.
- 18** **INVESTIGACIONES Y DISPONIBILIDAD DE VACUNAS.**
Diego Torrús.
- 20** **COMBATIR LA VACUNA EN SU PROPIO TERRENO.**
Antje Mangels.
- 22** **LA MALARIA Y LOS OBJETIVOS DEL MILENIO.**
Teresa Franco.
- 24** **LA MALARIA Y LA GENTE QUE VIAJA.**
Sabino Puente.
- 26** **CAMPAÑA PAREMOS LA MALARIA ¡YA!**
Isabel Díaz.

NOTICIAS DE medicusmundi

- 28** **PETRÓLEO Y SALUD EN EL CHACO BOLIVIANO.**
- 29** **EL GOBIERNO DE GUATEMALA RECIBE EL MODELO DE SALUD INCLUYENTE**
- 30** **SALUD MATERNA EN CHURCAMPÁ (PERÚ)**
- 31** **6º CONCURSO JÓVENES EN BUSCA DEL SUR**
- 32** **CAMPAÑA DE NAVIDAD 2008**
Un proyecto, una exposición, un comercio.

Edita: **medicusmundi navarra**
Ronda de las Ventas, 4 - 1º • 31600 Burlada
Tel.: 948 131 510 • E mail: navarra@medicusmundi.es



Revista realizada con la colaboración del Gobierno de Navarra a través del Departamento de Bienestar Social.



PAREMOS LA MALARIA ¡YA!

Con este lema la Red de Asociaciones de **medicusmundi** internacional ha puesto en marcha una campaña de sensibilización e incidencia política en favor del cumplimiento del sexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que se propone como una de sus metas “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves”

La Malaria es un grave problema mundial de salud pública que afecta a 109 países.

Cada año se producen entre 300 y 500 millones de nuevos casos, a consecuencia de los cuales fallecen entre un millón y medio y tres millones de personas. El 90% de los fallecidos son menores de 5 años de edad, en África Subsahariana.

Además de sus efectos sobre la morbilidad y mortalidad, el paludismo tiene consecuencias económicas devastadoras, generándose, solamente en África, unos costes anuales de 1.000 millones de dólares USA.

Nuestro dossier central ofrece datos, experiencias y opiniones de varios especialistas que ayudan a conocer las características de la enfermedad, la historia de su abordaje, la situación actual y las perspectivas, científicas y sociales, de lucha contra ella.

Este número de EL SUR se abre con la crónica y principales aportaciones de las Jornadas “África Imprescindible” que, cada otoño, se celebran en Pamplona. Destaca una detenida entrevista sobre la Crisis Alimentaria que afecta al continente.

Nuestra revista dedica sus últimas páginas al suceder de los trabajos y los días en nuestra organización, mostrando los resultados exitosos de algunos proyectos de cooperación y el constante empeño de **medicusmundi** en su tarea educativa y de sensibilización social.

DIRECCIÓN	Javier Pagola.
COLABORADORES	Jon Arrizabalaga, Isabel Díaz, Hortense Djomeda, Teresa Franco, Begoña Iñarra, Antje Mangels, Sabino Puente, Jesús Roche, Diego Torrús.
ENTREVISTAS	Mirentxu Cebrián, Teresa Franco, Javier Pagola.
TRADUCTOR	Josetxo Errea
FOTOGRAFÍAS	Miguel Bergasa, Clemente Bernad, Joaquín Laborda, Javier Navas, Salud sin Límites, Polo Vallejo, Pueblos Hermanos, Archivo medicusmundi
ILUSTRACIONES	César Oroz, Juan José Rivas
DISEÑO	www.idagem.com
IMPRESIÓN	Gráficas Ulzama

D. L. - NA: 20103-95



FOTO: CLEMENTE BERNAD

CRISIS ALIMENTARIA EN ÁFRICA

FOTO: JOAQUÍN LABORDA



CARMEN LAHOZ

Es licenciada en Ciencias Biológicas, postgrado en Desarrollo Social Rural y consultora en proyectos de cooperación para el desarrollo, colaboradora de la FAO, Agencia de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y de la AECID, Agencia Española de Cooperación Internacional. Ha vivido 9 años en Mozambique, y ha trabajado además en Angola, Cabo Verde, Guinea Ecuatorial, Malawi, Namibia y varios países latinoamericanos. Es Codirectora del Instituto de Estudios del Hambre que realiza tareas de formación, investigación y asistencia técnica en programas de Seguridad Alimentaria.

“En África Subsahariana, el 32% de la población, unos 200 millones, son personas hambrientas”

“La FAO informa que, en 2007, creció en 24 millones el número de personas que pasan hambre en África”

“El programa HAMBRE CERO del gobierno de Lula en Brasil es un modelo en el que mirarse: combina la ayuda económica con la asistencia a la escuela y la educación sanitaria”

UNA CRISIS ANUNCIADA Y AGRAVADA

Confluyen ahora mismo en el mundo varias crisis simultáneas de hondo calado: la crisis económico financiera, la energética, la medioambiental y la crisis alimentaria. Enmarcada en las Jornadas AFRICA IMPRESCINDIBLE se celebró en la Universidad Pública de Navarra una sesión sobre la “CRISIS ALIMENTARIA EN ÁFRICA”. Tras ella hicimos esta entrevista.

-El hambre ¿Es una fatalidad?

-Responderé con una frase lapidaria de Jean Ziegler, Ex-Relator Especial de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos. Él decía que “El hambre no es producto del destino, sino el resultado de la acción o la inacción humana”

-¿La actual crisis alimentaria es un dato de última hora o viene de largo?

-Es un largo asunto. Fue en abril de este año 2008 cuando saltaron todas las alarmas, dando noticia una terrible crisis y de que mucha gente se estaba muriendo de hambre porque había subido mucho el precio de los alimentos. Pero, la crisis no apareció de un día para otro, se venía gestando desde el año 2002 y la situación se ha ido deteriorando. Y es en África, el continente más pobre del planeta, donde, de manera permanente y continuada se da el porcentaje más elevado de personas hambrientas.

POBREZA Y HAMBRE EN ÁFRICA

-¿Cuáles son los datos de la pobreza y el hambre en África?

-Hay que recordar que, en África, más de 300 millones de personas viven en situación de pobreza extrema, que 34 de los 48 países más pobres del mundo son africanos, y que pertenecen al continente 24 de los 32 países del planeta con menor desarrollo humano. El número de pobres en África se ha duplicado desde los años 70. En África Subsahariana es donde se da el porcentaje más elevado de personas hambrientas: el 32% de toda su población. Hay más de 200 millones de personas pasando hambre y viviendo una situación extremadamente vulnerable. Es muy elevado el riesgo de que su situación se deteriore por un choque externo, y tienen una muy limitada capacidad de respuesta, sobre todo donde no existen programas de atención social que les puedan apoyar.

-¿Existe, además, un hambre estacional?

-Sí. Al margen de esta crisis, e incluso cuando ha habido buenas campañas agrícolas, siempre hay unos períodos en que la población más pobre padece hambre. En muchas zonas se llega a perder hasta un 25% de lo que se cosechó, porque no se utilizan buenas técnicas de almacenamiento. Existen programas de emergencia para apoyar a las familias en esos períodos críticos. Antes se solían repartir alimentos, ahora se tiende cada vez más a poner en marcha programas de protección social, a entregar dinero, porque resulta más digno que cada persona o familia tenga capacidad de elegir lo que cree que le conviene.

-¿Cómo puede medirse el hambre que una persona sufre?

-El hambre se mide por la ingesta calórica. Se considera que una persona padece hambre cuando ingiere menos de 2.200 kilocalorías al día. En África Subsahariana, esa es la situación de una de cada tres personas.

-¿Qué relación hay entre el VIH/Sida y el hambre?

-Se calcula que, si una persona vive con VIH/Sida, esa enfermedad afecta, como promedio, a otras cuatro personas de su entorno más próximo. En África hay aproximadamente 100 millones de personas en esa situación. Hay una relación directa entre la enfermedad y la inseguridad alimentaria, un especie de círculo vicioso. Quien padece el VIH/Sida tiene dificultades para hacer una buena absorción de los alimentos, a causa de vómitos y diarreas, y se va debilitando. Esa debilidad limita fuertemente sus posibilidades de trabajar, con lo que su capacidad adquisitiva merma mucho. Y, a la vez, una persona que vive una situación de inseguridad alimentaria se expone a situaciones de más riesgo para sobrevivir. Es el caso de mujeres que se ven obligadas a prostituirse para poder comer: hay más probabilidades de que entren en contacto con el sida y también de que queden infectadas, porque al estar mal alimentadas, su sistema inmunitario es muy débil.

CAUSAS Y EFECTOS DE LA CRISIS

-¿Cuáles son las causas de la crisis alimentaria mundial?

-Son varias. La primera es el descenso continuado en la producción mundial de cereales; esa producción cayó un 3,6% en el año 2005 y un 6,9% en 2006, debido a desastres medioambientales, lluvias, sequías y efectos del cambio

Causas de la Crisis Alimentaria

Descenso en la producción de cereales
(3,6% en 2005 y 6,9% en 2006) por desastres climáticos y medioambientales)

Aumento del precio del petróleo y del coste de transportes

Demanda de agrocombustibles
(100 millones de toneladas de grano en 2007/2008)

Cambio de hábitos alimentarios en países de economía emergente
(mayor demanda de Carne y Leche en China y Brasil)

Especulación con los productos alimentarios

Guerras y conflictos armados

Mal gobierno y corrupción en África
(Abandono del sector agrícola)

Disminución de la Ayuda al Desarrollo Agrícola
(Un 43% en los últimos años)

Reglas Injustas de Comercio Internacional

Crisis alimentaria en África

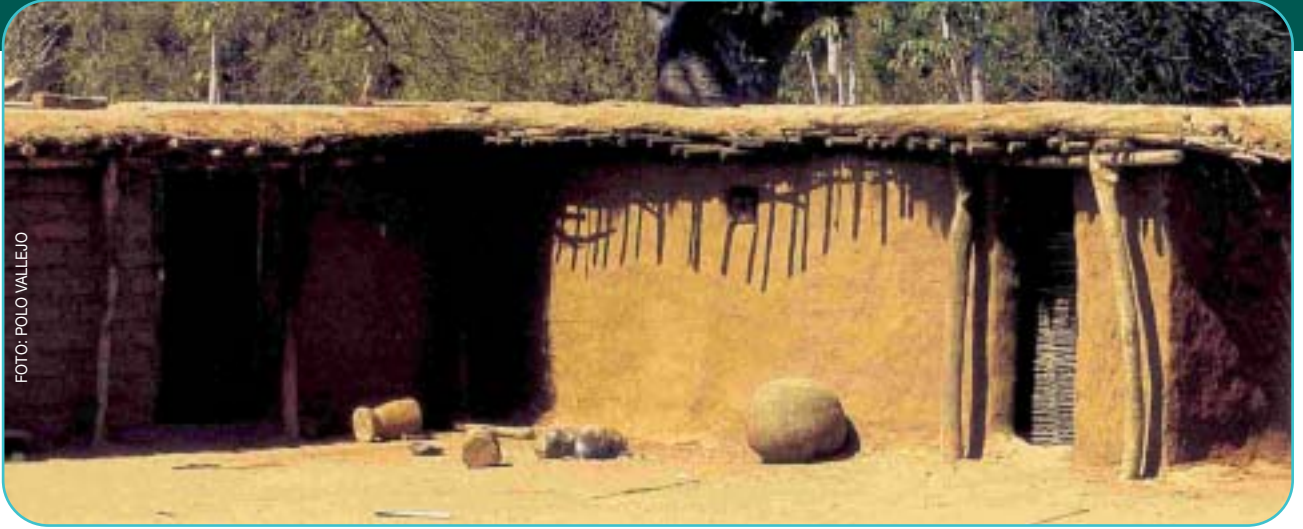


FOTO: POLO VALLEJO

climático. La segunda ha sido el aumento de los precios del petróleo, lo que ha supuesto un encarecimiento del transporte de los productos alimentarios, de los fertilizantes y otros insumos agrarios. Una tercera causa es el aumento de la demanda de agrocombustibles, porque, en el periodo 2007-2008, cien millones de toneladas de cereales que antes se destinaban a alimentación se han utilizado para fabricar combustibles. En cuarto lugar está el hecho de que la población de algunos países de economía emergente, como China o Brasil, al ver incrementadas su renta, ha cambiado sus hábitos alimentarios y ha incrementado el consumo de productos como carne y leche; pero para producir un kilo de carne hacen falta cinco kilos de cereales. Y, finalmente, otra causa es la especulación con los productos alimentarios.

-En África, ¿hay algunas causas propias?

-Las hay, internas y externas. Los mandatarios africanos tienen una grave responsabilidad, pues es bastante común que haya mal gobierno y que exista corrupción. Además hay un grave abandono del sector agrícola, lo que resulta inconcebible, porque en África el 70% de la población activa se dedica a la agricultura, actividad que supone el 17% del PIB africano y el 11% de los ingresos derivados de las exportaciones. En los últimos 40 años los países de África Subsahariana han pasado de ser exportadores netos de alimentos, a ser importadores: por ejemplo, las importaciones de cereales han aumentado de 2,5 millones de toneladas en 1975 a 15 millones en el año 2000. Es verdad que África es el continente más vulnerable por razones climáticas y por su gran dependencia del agua de lluvia. Pero hay muy escasa inversión en mejora de las infraestructuras agrarias. Y las guerras son otro importante factor negativo: hubo en el continente 19 conflictos armados en el periodo que va de 1990 a 2001; por causa de la guerra el número de personas desnutridas en la República Democrática de Congo aumentó en 32 millones desde 1990 a 2005.

-Los países más ricos, ¿qué responsabilidad tienen?

-También son responsables de la crisis alimentaria algunas políticas de los países ricos: la cancelación de la deuda externa es escasa y condicionada, la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a la agricultura africana ha disminuido

en un 43% en los últimos años, el asesoramiento técnico en temas agrícolas y comerciales es a menudo erróneo e interesado porque, lejos de pensar en las necesidades internas, impone monocultivos orientados a la exportación, y además permanecen unas injustas reglas de comercio internacional

-¿Qué consecuencias está teniendo la crisis?

-Se deterioran la nutrición, la salud, la educación y el pequeño patrimonio familiar. Aumenta la pobreza. Si pensamos en España, la crisis económica está suponiendo un aumento del desempleo, y la crisis alimentaria, un encarecimiento de los precios. En los últimos meses Caritas ha recibido en nuestro país un 40% más de peticiones de ayuda. En África no existen apenas programas de asistencia social, no hay pensiones, ni un sistema de seguridad social. La principal estrategia de supervivencia es comer menos: una sola vez al día, menores cantidades, y alimentos de más bajo poder nutricional. Otra estrategia es vender los animales domésticos, con lo que la familia se queda sin la poca leche, huevos o carne que, de vez en cuando, podía consumir. Se saca a las niñas y niños de la escuela para que trabajen. No se acude al centro de salud para no tener que pagar los pequeños costes de atención o medicamentos. Acceder a créditos es casi imposible y los usureros se aprovechan de la situación dejando a la gente endeudada para largo tiempo. La FAO ha informado que en el año 2007 creció en 24 millones más el número de personas hambrientas en África. El desastre alimentario se ha agravado

EL ABORDAJE DE LA CRISIS

-La crisis alimentaria, ¿puede representar una oportunidad de mejora?

-Podría serlo. Porque, al saltar todas las alarmas, África y su agricultura, que estaban completamente abandonadas, vuelven a ocupar un lugar prioritario en las agendas internacionales. Varias agencias de las Naciones Unidas han constituido un grupo para buscar soluciones a la crisis, y en el plan de acción que ha elaborado, proponen que crezca la ayuda a la agricultura. Por otro lado, si los precios de los productos agrícolas se mantienen altos de manera continuada



La crisis alimentaria y su abordaje

Preguntas para la reflexión

eso podría beneficiar a los pequeños agricultores. También se está hablando de poner en marcha programas de protección social.

-¿Pueden mirarse los gobiernos africanos en algún modelo social?

-Existe una interesante experiencia en Brasil. Es el programa "Hambre Cero" del gobierno del Presidente Lula. Ha comenzado por identificar muy bien, mediante un trabajo comunitario, cuáles son las familias más pobres. Esas familias reciben unos ingresos pequeños, que están condicionados a que los niños y niñas vayan al colegio y acrediten, al menos, un 85% de jornadas de asistencia a la escuela, y a que la familia acuda regularmente a las consultas y sesiones educativas de los centros de salud.

-¿Qué medidas han tomado los gobiernos de África?

-Hay medidas para desarrollar la agricultura y otras para abordar la crisis alimentaria. 50 países africanos crearon en 2001 el NEPAD, Nuevo Partenariado para el Desarrollo de África, que pretende algunas reformas agrícolas dirigidas a la mejora de suelos y aumento de las cosechas. En la Declaración de Maputo, del año 2003, los gobiernos africanos se comprometieron a destinar el 10% de sus presupuestos a agricultura y al desarrollo rural en un período de 5 años, pero sólo 10 países habían alcanzado ese 10 % en junio de 2008. Para atender a la crisis las medidas han sido controlar los precios, reducir impuestos sobre los alimentos básicos, y limitar las exportaciones.

-¿Y la Comunidad Internacional?

-Se ha pedido que el porcentaje de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinado a la Agricultura crezca del actual 3% a un 10% en los próximos 5 años, y que aumenten las contribuciones a programas de Protección Social. La FAO. Agencia de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, ha puesto en marcha una "Iniciativa ante la Subida de Precios de los Alimentos" Pretende destinar 1.700 millones de dólares para la compra de semillas, fertilizantes y pesticidas.

-¿Qué es la Alianza para la Revolución Verde?

La ARVA, Alianza para la Revolución Verde en África, se constituyó en 2006. Lanzó esta iniciativa la Fundación Rockefeller, que en los años ochenta había propuesto la Revolución Verde en Asia. Recientemente los iniciadores han firmado un acuerdo con la Fundación Bill y Melinda Gates. Disponen de un fondo de 330 millones de dólares. La intención de ARVA es aumentar la productividad de los pequeños agricultores, a través de la producción y distribución de semillas mejoradas, adaptadas a climas secos y a las condiciones específicas del suelo. Esta idea de una Revolución Verde ya se experimentó en México en los años 40, y ha sido objeto de muchas críticas, porque creó mucha dependencia de semillas del exterior, deterioró y contaminó bastante los suelos y requería mucha agua. No es oro todo lo que reluce.

La mayoría de las medidas adoptadas, han ido dirigidas a aumentar la productividad agrícola, y a comprar semillas mejoradas.

¿A quiénes beneficia, en primera instancia, que se compren tantas semillas? ¿A los campesinos? ¿A los consumidores? ¿A quienes producen y comercializan semillas mejoradas y transgénicas?

¿De quién es la tierra? ¿De quién es la mejor tierra de cultivo? ¿Con tierras marginales se puede aumentar la productividad?

¿Las personas más pobres tienen acceso a estas campañas?

¿Se fomentan prácticas económicamente sostenibles?

¿Tienen los pequeños agricultores y agricultoras acceso al mercado? ¿Puede la producción del campesinado de Africa competir con los alimentos subsidiados de Europa y los Estados Unidos?

¿Quién tiene acceso al agua?

¿Existen en los países africanos agentes técnicos capacitados para acompañar a campesinos y campesinas?

Crónica de unas Jornadas



UN PROGRAMA CENTRADO EN LA MUJER AFRICANA

Una cita de Gro Harlem, exdirectora de la Organización Mundial de la Salud encabezaba el programa de este año: “La pobreza no sólo consiste en falta de dinero, sino en la ausencia de opciones. Este hecho resulta más evidente, al considerar la vida de las mujeres”

Como cada otoño, ininterrumpidamente desde hace ocho años, se han celebrado en Pamplona las jornadas “Al Sur del Sáhara, AFRICA IMPRESCINDIBLE” organizadas por una agrupación de 7 Organizaciones de Solidaridad y Cooperación Internacional (alboan, intermón oxfam, ipes elkarte, médicos del mundo, **medicumundi**, nakupenda áfrica y proclade)

Alrededor de 6.000 personas tomaron parte en las 10 actividades, celebradas en 7 espacios diferentes. Mención especial merecen la colaboración de la Universidad Pública y del Auditorio de Barañain, ámbitos de algunas acciones del programa y la del Ateneo Navarro, fiel compañero de viaje.

Al presentar todo el ciclo las ONGD reunidas en la Agrupación ÁFRICA IMPRESCINDIBLE mostraron su preocupación por la grave CRISIS ECONÓMICA MUNDIAL y sobre todo por los efectos que trae para las personas más débiles que viven en nuestro país y en otros mucho más pobres. Pidieron a los gobernantes que se esfuercen por mantener y mejorar las políticas sociales y la Ayuda al Desarrollo, y, a la ciudadanía que se una a las organizaciones sociales en esa reivindicación



EXPOSICIONES EN LA CIUDELA Y LA UNIVERSIDAD PÚBLICA

Durante un mes en la Sala de Armas de la Ciudadela, más de dos mil personas, público en general y 398 escolares de 9 colegios en sesiones guiadas pudieron visitar la exposición “Fertilidad y mujer en el arte negro-africano”, preparada por la galería de Arte Kalao, de Bilbao. Reunía tallas en madera, terracotas, bronce, amuletos de fecundidad, y obras de artistas contemporáneos. Los paneles y el catálogo informaban sobre el espacio de la mujer en la cultura africana, las formas de lo femenino en el arte negro rupestre y tradicional animista, y en las expresiones plásticas contemporáneas. Un stand preparado por las ONGD sanitarias proponía reflexionar sobre el grado de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos a la salud materna e infantil.

A lo largo de dos meses en los Edificios de El Sario y de Enfermería de la Universidad Pública se mostró la colección

de 39 fotografías de Javier Navas "Africanas. Mujer, agua y desarrollo en África Negra". Mostraban la realidad cotidiana de mujeres de un variado grupo de países. Trabajo agotador y desigualdad social eran las constantes en un reportaje que inducía a reflexionar sobre quiénes son las personas que ejercen la función de "motor de la vida". La preferencia del fotógrafo por los primeros planos aproximaba a rostros, muy expresivos, de personas concretas

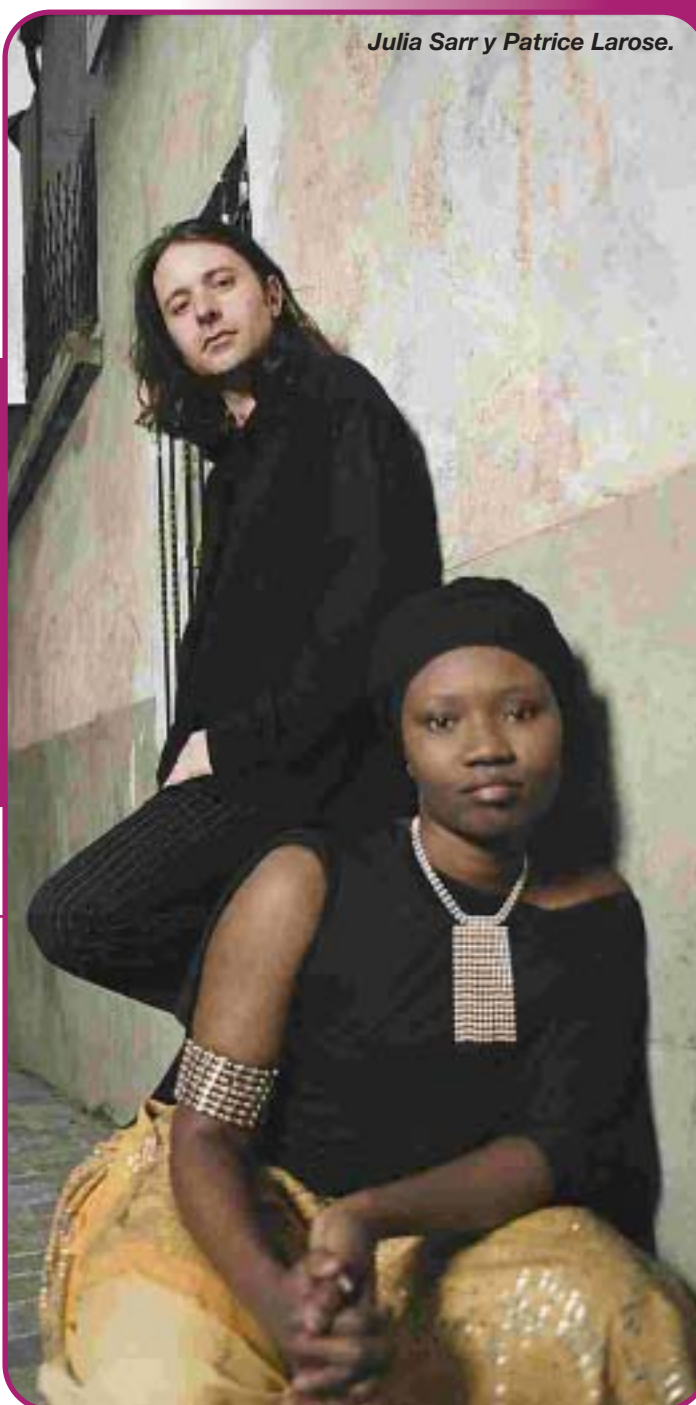
PEQUEÑO FESTIVAL DE CINE AFRICANO

A lo largo de 3 días se pasaron 4 películas, producidas en Angola, Camerún y Senegal. Fueron dos largometrajes de ficción y dos documentales de mediano metraje. Dos de las cintas dirigidas por mujeres. Siguieron interesantes coloquios

El ciclo lo abrió "Na cidade vacia", de la angoleña Maria Joao Ganga, película premiada en el festival de Cine de Mujeres de Créteil, que presentaba la peripecia de un niño huérfano de guerra en la gran ciudad de Luanda. Siguieron "Un amour pendant la guerre" de la camerunesa Oswald Lewat Hallade, sobre el dolor y la memoria de las mujeres tras la guerra de Congo, y "5 x 5" del realizador senegalés Moussa Touré, quien dirigía una mirada vigilante, tierna y humorística sobre la poligamia. Y cerró las sesiones "Faat-Kiné", otra película del director pionero del cine africano Ousmane Sembene, en clave de comedia realza el papel protagonista que van tomando las mujeres en la vida urbana y critica algunas tradiciones que quieren mantener la inequidad.



FOTO: JAVIER NAVAS



Julia Sarr y Patrice Larose.



CONCIERTO DE LA SENEGALESA JULIA SARR

La voz clara, emotiva y dulce de Julia Sarr llenó enteramente el Auditorio de Barañain. La cantante senegalesa proviene de la cultura wolof y ha cantado con músicos africanos tan famosos como Papa Bemba, Miriam Makeba, Youssou N'Dour o Lokua Kanza. En su un concierto, intimista, brillaron más los músicos individualmente que el conjunto. Hubo una diversa y atractiva percusión y el guitarrista Patrice Larose mostró su excelencia. El trío mostró un camino de libertad para la música de nuestro tiempo: baladas africanas que se mezclaba con el jazz y hasta con el flamenco

DEBATES DE ACTUALIDAD

Otras paginas de esta revista recogen, con más detalle los contenidos de dos conferencias sobre el asociacionismo de las mujeres en África, y su presencia en la economía formal e informal. Y la abren reflejando los contenidos de una mesa redonda sobre la actual Crisis Alimentaria en África.

¿CÓMO Y PARA QUÉ SE ASOCIAN las mujeres africanas?

Hortense Djomeda
Togolesa, Filóloga-traductora.
Consultora en comunicación.

FOTOS: JAVIER NAVAS



África tiene un pie en el medioevo y otro en el siglo XXII. En medio de la oscuridad de la noche, en un poblado en medio de la selva, suena un teléfono móvil. Es para una mujer africana una herramienta de información y mayor libertad.

08

Costumbre africana por excelencia, la solidaridad comunitaria se ha manifestado en gran diversidad de ámbitos, dando lugar a uniones tácticas entre mujeres basadas en el parentesco, las etnias, los grupos profesionales y sociales, y la afinidad. Pero en los últimos años las transformaciones familiares, sociales y culturales resultantes de las migraciones, la economía de mercado y los programas de ajuste estructural han obligado a las mujeres a replantearse sus roles y a organizarse en redes de solidaridad que abarcan lo político, lo económico y lo profesional. Las mujeres, con sus estrategias de adaptación y supervivencia, están ascendiendo a nuevos espacios de poder.

En el ámbito rural se dan pequeñas cooperativas de mujeres que ponen pequeños fondos para comprar semillas y fertilizantes, o se asocian para aumentar las superficies a cultivar y ofrecer trabajo a mujeres que no disponen de tierra. Se unen para construir molinos y pozos comunitarios y evitar largas caminatas en busca de agua o de mercancías.

Existen en las zonas urbanas asociaciones para la promoción de la mujer que procuran formación, apoyo a actividades productivas, atención a víctimas de violencia, mejora del nivel de vida, y programas de ocio. Abundan asociaciones de ayuda mutua para mujeres que han emigrado del campo a la ciudad buscando oportunidades para salir de la pobreza extrema y escapar de las fuertes coerciones que padecen en la sociedad rural. Es importante la labor de un Comité Interafricano de mujeres que combate prácticas tradicionales, como la ablación genital, que afectan a la salud. O de asociaciones de mujeres que ayudan a mujeres portadoras del sida y trabajan para evitar su exclusión social.

La acción organizada de las mujeres consigue logros muy prácticos. Por ejemplo, que se instale en los mercados pavimento en condiciones, agua potable y servicios higiénicos. O crea, en un continente con alto analfabetismo, un servicio para mecanografiar o imprimir documentos para poderlos presentar ante la Administración Pública y evitar el oportunismo de los funcionarios.

Las mujeres se sitúan en espacios económicos informales y ponen en práctica estrategias de supervivencia. Mujeres casadas de un mismo barrio se agrupan en mbotayes para atender a necesidades sociales y resolver conflictos de pareja a través de mediaciones. También forman tontines que son un pequeño sistema bancario de ahorro colectivo (la palabra viene de su inventor, un italiano llamado Vittorio Tonti): Se reúne un grupo de amigas, familiares o vecinas y ponen en común unos fondos, se fija una cantidad que cada mujer ha de aportar cada mes, una persona se encarga de guardarlo y, por rotación, a cada una le toca percibir la cuantía total disponible para cubrir cualquier necesidad: financiar los estudios de los hijos, montar un pequeño negocio, o comprar algún bien. Es un contrato que se basa en la palabra dada y se cumple, sin que exista ningún documento escrito.

Los microcréditos, que hasta hace poco eran monopolio de los bancos, empiezan a ser gestionados por asociaciones de mujeres. Gracias a ellos, millones de mujeres han pasado de la invisibilidad a la esfera pública, y han creado miles de pequeñas empresas. Hay asociaciones empresariales de mujeres en África occidental que organizan congresos y ferias comerciales, y logran atraer inversiones extranjeras.

En países que viven conflictos armados, las mujeres se organizan en grupos de presión para prevenir enfrentamientos, negociar la paz, curar las secuelas de la guerra y construir la democracia.



Mujer africana, motor de una economía para mejorar la vida

Begoña Iñarra
Misionera de
Nuestra Señora de África

FOTOS: JAVIER NAVAS



África es un continente formado por 53 países y más de 2.000 lenguas y culturas. Difícil hablar de la mujer africana sin tener en cuenta esa diversidad.

Muchas mujeres africanas han destacado en la historia, sin embargo el retrato de las mujeres africanas que circula por el mundo les presenta como ignorantes, oprimidas y pasivas. Actualmente Jonson Sirleaf, la primera mujer africana elegida para presidenta en las urnas, es jefe de estado en Liberia. Y recordemos que en 5 países africanos el porcentaje de mujeres que se sientan en los parlamentos nacionales supera al de Canadá o el Reino Unido. En Ruanda suponen el 49%, en Mozambique y Sudáfrica el 30%, en Uganda el 25 %. Pero, en diferentes ámbitos la mujer ha sido siempre emprendedora, trabajadora y la columna vertebral de la sociedad.

Me llama la atención la manera diferente en que hombres y mujeres andan, saludan, trabajan, llevan niños, van o no van cargados... En África Austral he visto que, cuando una mujer encuentra a un hombre en el camino, se arrodilla para saludarle. Jamás sucede al revés. Si una mujer da a luz, el número de gritos de alegría es mayor si el recién nacido es varón que si es mujer.

Sin embargo, las mujeres no están sólo presentes en los trabajos sencillos y en la economía informal, sino también en la vida pública, en gobiernos y parlamentos, en grandes y pequeñas empresas, en la administración, en movimientos reivindicativos, en la lucha por la justicia y la paz. Tienen una gran resistencia frente a traumas, sufrimiento y pobreza. Cuando todo parece perdido, su tesón y ansia de vivir, les hace organizarse para reinventar la sociedad africana.

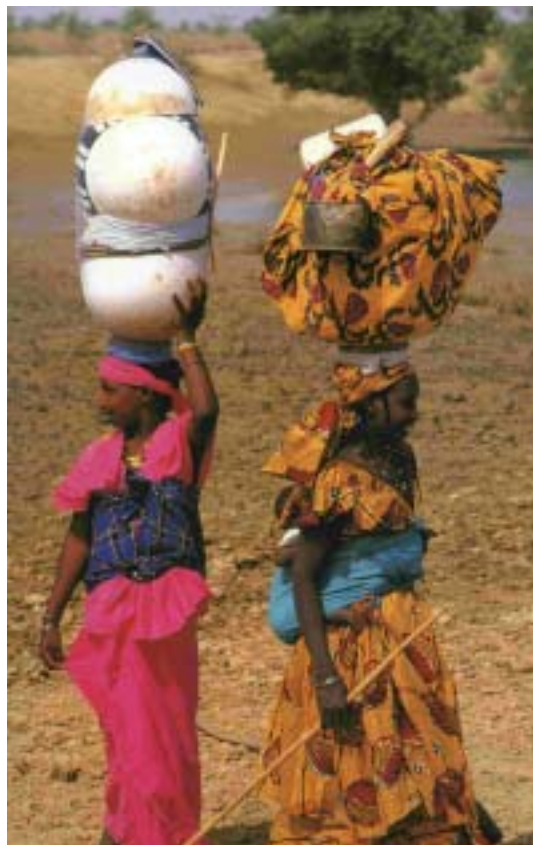
OFREZCO ALGUNOS DATOS:

-La mujer africana produce, en la agricultura de subsistencia y según países, entre el 60 y el 80% de los alimentos, y es la agricultora en el 50% de los cultivos comerciales. Sin embargo las mujeres son propietarias titulares de sólo un 3% de las tierras de cultivo. En Kenia, un país donde legalmente pueden poseer tierra, sólo el 5% de las mujeres son propietarias, debido a las resistencias de la cultura patriarcal. Son los hombres quienes poseen la tierra y reciben el producto de la venta de los cultivos comerciales que las mujeres han ayudado a cultivar.

-Pese al incremento del empleo asalariado de la mujer en los sectores no agrarios en África Subsahariana, que pasó del 18,9% en 1990 al 28,6% en 2001, la discriminación permanece y los salarios son menores que para el hombre. En el Norte de África sólo 2 de cada 10 mujeres en edad de trabajar pueden tener un empleo asalariado.

-En África el empleo informal es, en general una mayor fuente de empleo para las mujeres que para los hombres. En el Norte de África, el 42% de las mujeres trabajadoras lo hacen en empleos informales. En África Subsahariana hay un 84% de mujeres en el empleo informal, frente a un 63% de hombres.

-En África Occidental muchas mujeres son medianas y grandes comerciantes. Las mujeres empresarias se enfrentan a enormes dificultades jurídicas, y crediticias por el hecho de ser mujeres. Los créditos concedidos por ONGD han desarrollado el sector empresarial dirigido por mujeres. Sus empresas emplean a 2,5 millones de personas, muchas de ellas mujeres.



LA HUMANIDAD FRENTE A LA MALARIA:

UN APUNTE HISTÓRICO

Jon Arrizabalaga
CSIC-IMF, Barcelona

MALARIA Y PALUDISMO: PALABRAS SINÓNIMAS

El vocablo *malaria*, deriva de la contracción de dos términos en uso en Italia desde el siglo XVI: *mala* (mal) y *aria* (aire). Pero, el vocablo “*malaria*” no formó parte del léxico médico hasta finales del siglo XIX, cuando un conjunto de fiebres: “intermitentes”, “remitentes”, “tercianas” y “cuartanas”, entre otras, fueron reformuladas a raíz de la identificación de sus agentes causales -las distintas especies de *plasmodium*- y reagrupadas bajo este término común.

Mientras en italiano, inglés y alemán se impuso el término *malaria*, en los ámbitos médicos español y francés prevaleció el de *paludismo*. Este sinónimo deriva de la etiqueta clínica “fiebres palúdicas” que los partidarios de la “teoría telúrica” -una corriente médica del siglo XIX que subrayaba el papel del medio ambiente en el surgimiento y difusión de las enfermedades infecto-contagiosas- asignaban a las fiebres atribuidas a los “efluvios” o “emanaciones de los terrenos palúdicos”.

LA GLOBALIZACIÓN DE LA MALARIA

La malaria es una enfermedad milenaria. Sus orígenes se retrotraen, cuando menos, al Pleistoceno medio. Continúa como una de las mayores amenazas para la salud humana, pese al esperanzador descenso en la incidencia y mortalidad de esta plaga desde comienzos del siglo XXI.

La malaria está causada por diversas especies de un género de protozoos llamado *plasmodium*, que se transmite de un huésped humano a otro a través de la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles*. La difusión natural de esta parasitosis está determinada sobre todo por dos factores geográficos, la altitud y la latitud, que controlan la alimentación y supervivencia del mosquito, pero la población del vector se ve también condicionada por las variaciones estacionales del clima. Ahora la malaria es una enfermedad endémica presente en África, Asia, Latinoamérica y Oceanía. Pero hace cien años se extendía también por buena parte de Europa y Norteamérica, de donde ha desaparecido sólo a resultas de la intervención humana.

Originariamente asentada en el Viejo Mundo, la malaria era ya, con toda probabilidad, endémica en la Grecia del siglo IV a. de C. Algunos autores han sugerido que el *plasmodium falciparum*, la especie más maligna del agente causal, sólo proliferó durante los últimos tiempos del Imperio Romano, contribuyendo a su declive social, político y cultural. Sin desaparecer nunca del sur de Europa, la malaria resurgió con fuerza durante los siglos XVII y XVIII, cuando también afectó en brotes periódicos a áreas tan septentrionales como los Países Bajos, Alemania, el sur de Escandinavia, Polonia y Rusia.

Tras la llegada europea al Nuevo Mundo, el paludismo se difundió con rapidez entre las comunidades precolombinas de las regiones más densamente pobladas; y, junto con otras enfermedades infecciosas hasta entonces desconocidas en América, contribuyó de forma notable a la despoblación indígena.

Precisamente del Nuevo Mundo procedió el tratamiento más temprano descubierto frente a la malaria: la corteza de quina, una familia arbórea originariamente localizada en Perú, que era utilizada por los quechuas para aliviar los escalofríos derivados de las bajas temperaturas. En la década de 1630 los jesuitas la introdujeron en Europa para tratar los escalofríos de las “fiebres intermitentes”. Su principio activo, la quinina, fue aislado en 1817 y fue el medicamento de elección tanto para el tratamiento como para la profilaxis de la malaria hasta la aparición de los primeros antipalúdicos de síntesis tras la Primera Guerra Mundial.

La amenaza omnipresente en los trópicos, particularmente para los colonizadores europeos de África y Asia, fue decisiva para el surgimiento de la Medicina Tropical y la Parasitología Médica a fines del siglo XIX.

LA MALARIOLOGÍA MODERNA Y LAS CAMPAÑAS ANTIPALÚDICAS (1880-1945)

Entre 1879 y 1902, diversos investigadores europeos identificaron los distintos parásitos causales de la malaria, establecieron el papel vector de los mosquitos y aclararon los elementos básicos del complejo ciclo vital del *plasmodium*. En ese clima científico surgió la Parasitología. El interés por los animales vectores permitió redefinir el medio ambiente en términos más biológicos, en el marco de una fuerte confrontación científica entre los propugnadores de la teoría microbiológica de las enfermedades infecciosas y quienes subrayaban la relevancia causal de los factores ambientales o “telúricos”. La expansión imperialista europea concitó en torno a la nueva especialidad un doble interés, profesional y político, que la convirtió en el núcleo de la Medicina Tropical y en el fundamento científico de las actuaciones de los cuerpos médicos coloniales.

A comienzos del siglo XX esta reinterpretación de la malaria, junto a la aparición de la Medicina Social, que subrayaba la importancia de las causas sociales de las enfermedades y propugnaba reformas sociales para atajarlas, dotó a la acción médica de una racionalidad científica más agresiva. Se aceleró la introducción de medidas preventivas y “campañas antipalúdicas”. Estas campañas combinaban actuaciones contra las larvas de los mosquitos, aislamiento de las viviendas, popularización de conocimientos sobre la malaria, protección metálica de las viviendas, y prevención con dosis generosas de quinina, que solía administrarse de forma



colectiva a determinados grupos de riesgo, como los empleados de los ferrocarriles.

Tras la Primera Guerra Mundial fue decisiva la contribución de la Fundación Rockefeller, una poderosa empresa filantrópica estadounidense, que desarrolló ambiciosos programas de lucha contra esta y otras plagas infecciosas en cooperación con distintos países de todo el planeta. Su poderío financiero y técnico acabó determinando que el abordaje de la malaria dominante durante el periodo de entreguerras se basara exclusivamente en las medidas contra el mosquito vector.

Las campañas antipalúdicas durante el periodo de entreguerras se vieron fuertemente influidas también por un creciente proceso de internacionalización de la salud pública. A la lucha contra la malaria contribuyeron grupos de investigadores y sanitarios de muchos países cuyos conocimientos y experiencias se intercambiaban y validaban, o no, en reuniones de expertos.

La intervención internacional respondía a intereses de las metrópolis. Trataba de reducir el riesgo de infección de las personas que viajaban a, o residían en, las colonias, y escondía la soterrada disputa entre países y empresas farmacéuticas por conseguir mayores cuotas en el mercado mundial de medicamentos antipalúdicos. Las desastrosas consecuencias de la malaria para los ejércitos contendientes en la I Guerra Mundial estimularon las investigaciones que condujeron a los dos primeros quimioprofilácticos de síntesis efectivos contra la malaria: la pamaquina en la década de 1920 y la cloroquina en los años treinta. Y el gran problema que el Plasmodium falciparum resistente a la cloroquina planteó al ejército de los EEUU en la Guerra de Vietnam estimuló de forma espectacular las investigaciones norteamericanas de nuevos antipalúdicos a partir de los años sesenta.

PROGRAMAS DE ERRADICACIÓN DE MALARIA TRAS LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL: EL DDT

A escala internacional, las intervenciones antimalaria se articularon, primero, a través de la Comisión internacional del Paludismo de la Sociedad de Naciones de Ginebra y, a partir de la década de 1940, a través de la ONU. En 1947 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió el primer comité de expertos en malaria. Los éxitos obtenidos por algunos programas nacionales de erradicación de la malaria en Venezuela, Italia y los EEUU, basados en la fumigación local o aérea con DDT, hicieron que la OMS se propusiera, desde 1955 hasta 1970, el objetivo de la erradicación global de la malaria mediante este insecticida residual -actualmente clasificado dentro de los controvertidos "contaminantes orgánicos persistentes"-, que los aliados habían empezado a utilizar masivamente durante la Segunda Guerra Mundial para controlar los insectos vectores del tifus exantemático.

En algunos lugares los resultados obtenidos fueron inicialmente espectaculares, pero desde mediados de la década de 1960 se hizo patente que esta estrategia no era factible ni técnica ni económicamente en muchas regiones del planeta. A ello se añadió la creciente preocupación sobre los serios peligros que el DDT entrañaba para el medio ambiente y la prohibición de su uso en 1972 por la Agencia de Protección Ambiental de los EEUU.

La Asamblea General de la OMS sustituyó en 1969 su estrategia de erradicación global de la malaria, por estrategias de control de la endemia a largo plazo, integradas, a partir de 1980, en los programas de los servicios básicos de salud de cada país. Este cambio de política coincidió en el tiempo

con drásticos recortes presupuestarios de la OMS y con la privatización de muchos programas internacionales de salud como consecuencia del auge de las políticas neoliberales. A finales de la década de 1980 la OMS hubo de reconocer el deterioro de la situación en muchos lugares del planeta, sobre todo por la relajación de las medidas de control y el incremento de las resistencias a los fármacos.

En estas circunstancias, la Conferencia Ministerial de la OMS celebrada en Amsterdam en 1992 (con participación de representantes sanitarios de 102 países) acordó impulsar una nueva estrategia global frente a la malaria centrada en su control, preferentemente a través de la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas y de la mayor extensión de los tratamientos antipalúdicos.

Esta nueva estrategia se encuentra englobada dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Fue ratificada por la Asamblea Mundial de la Salud de 2005, con un acuerdo para trabajar con los países donde la malaria sigue siendo endémica para alcanzar los objetivos de control, mediante compra al por mayor de mosquiteros con insecticidas de larga duración y tratamientos combinados basados en la artemisina (principio activo procedente de la cultura tradicional china, que representa el fármaco reciente más eficaz frente a la malaria por *plasmodium falciparum* multiresistente). Aunque sería precipitado cantar victoria, los frutos de esta estrategia durante los últimos años resultan esperanzadores: entre 2000 y 2006 el número de nuevos casos y fallecimientos por malaria en el mundo se ha visto reducido a la mitad.

Dos reflexiones

Asumidas por responsables sanitarios y expertos científicos internacionales

El tratamiento y control de la malaria son temas con implicaciones prácticas más allá de su distribución mundial actual. El calentamiento global tiene un impacto potencial sobre la prevalencia e incidencia de la malaria y otras enfermedades tropicales. Sin un adecuado control mantenido de la enfermedad, puede anticiparse que la malaria se extenderá en el futuro más allá de sus límites geográficos actuales.

Las dificultades para la erradicación de la malaria puestas de manifiesto a lo largo del siglo XX subrayan la necesidad de apoyar firmemente su control mundial en el trabajo de campo epidemiológico, reconociendo la variabilidad local en sus patrones de transmisión y la relevancia que los determinantes ecológicos, económicos, socioculturales y de conducta humana en la transmisión y control de esta plaga.



“La malaria debería estar ya enteramente eliminada, pero no hay una lucha decidida contra sus causas”

“La gente busca atención pronto, pero los tratamientos son costosos. En las calles de la ciudad se ven personas tiradas en el suelo, pasando escalofríos y fiebre”

“He pasado 47 años en Congo, quiero a la gente, veo que las cosas van peor, pero no volvería. Hay mucha corrupción, la responsabilidad es del gobierno y de las potencias y empresas que van a aprovecharse”

Anna Farré Maluquer

Misionera de Cristo Jesús, médica, cirujana, y especialista en medicina tropical, ha dedicado la mayor parte de su vida a servir a África, promoviendo servicios de atención básica, interviniendo en hospitales, formando al personal sanitario y extendiendo la educación para la salud.

Su actividad social y profesional, centrada durante 47 años en la República Democrática de Congo, le ha puesto constantemente en relación con personas afectadas por la malaria, enfermedad que ha vivido en su propio cuerpo y cuyos efectos personales y sociales conoce.

Anna tiene 76 años. Nació en Balaguer (Lleida), y hace el número 6 en una familia numerosa de diez hermanas y hermanos. 4 de ellos eligieron un opción radical de vida religiosa: uno es jesuita, otro escolapio, y dos de las hermanas son misioneras de Cristo Jesús.

Esta entrevista, celebrada en la casa de las misioneras en Javier, fue una conversación a cuatro en la que tomaron parte Teresa Franco, médica, Mirentxu Cebrián, enfermera, ambas voluntarias de medicusmundi, y el periodista que anota y transcribe.

La vocación de servir me hizo ser médica

-Tú eres religiosa, pero ¿por qué te decidiste por ser sanitaria?

-Primero de todo fue mi vocación religiosa. En mi familia no me pusieron ningún obstáculo, pero mi madre me propuso que, antes, viviera un tiempo de la misma manera que toda la gente joven, igual que mis amigas y amigos. Incluso hubo un chico que me gustaba y que me propuso casarme con él. Pero yo sentí que Jesús me había llamado primero. En lo profesional yo no pensaba en ser sanitaria. Es verdad que mi abuelo había sido médico, pero yo estudié magisterio. Cuando terminé el noviciado me dijeron que si quería hacer un trabajo eficaz en África, pensara en ser médica. Así que no lo dudé. Estudie la carrera en Pamplona y Valencia. Me destinaron a Congo, a un hospital en la selva. Enseguida comprendí que precisaba formarme más y estudié medicina tropical en Amberes. Fue en Bélgica donde pude hacer mis primeras prácticas de cirugía: intervenciones de apendicitis, hernias y algunas cesáreas, un aprendizaje adecuado a la realidad que luego abordé.



-¿En qué condiciones trabajaste en Congo?

-Llegué en 1964. Como todos los médicos extranjeros recién llegados tuve que hacer 6 meses de prácticas en un hospital. Yo aprendí mucho, en Kisantu, con un médico belga. Y después marché más al interior. Todavía era insegura y tenía miedo, dada mi inexperiencia. Pero la necesidad obligaba. Había un hospital en Panzi con mucha carga de trabajo para una sola hermana, porque acababan de abandonar los dos únicos médicos que había antes. La gente me acogió muy bien, aunque yo era todavía joven. Estuve 27 años en el Hospital de Panzi, en la zona de Bandundu. Trabajé con dos hermanas, una era pediatra y otra comadrona, y con un joven que, aunque solo era auxiliar de enfermería, había ayudado mucho y bien en prácticas de cirugía. Afortunadamente no se me murió nadie. Yo digo que allí ví cómo los muertos resucitan. Por ejemplo en casos de malaria, porque llegaban personas medio muertas, con malaria cerebral, en coma. Les poníamos quinina y a los dos días habían reaccionado y salido de aquel estado. Eso nos daba mucha alegría. También llegaba gente con unas hernias enormes, difíciles, que no había sido tratadas durante años, y las operaciones nos salían bien. A veces, ante casos que se me presentaban, tenía que leer, e incluso matamos una cabra para estudiar anatomía y poder intervenir con éxito a una mujer de una luxación crónica de mandíbula. Lo conseguimos, con anestesia bien calculada, vendajes oportunos, la suerte y la ayuda de Dios.

-Luego estuviste en Dekese, en la selva. Allá viviste el horror de la guerra.

-En Dekese, en plena selva, a unos 700 kilómetros de la capital estuve 17 años, desde 1990 hasta 2007. Allá, en el año 98, sufrimos la invasión de los rebeldes del este enfrentados a Mobutu y el enfrentamiento con las tropas gubernamentales. La zona se llenó de soldados, que violaron a muchas mujeres y nos trajeron el Sida. Venían a nuestra casa a robarnos y hasta nos quitaron los paneles solares que eran la fuente de energía del Hospital. Un día empezaron a tirarnos balas dirigidas al suelo para asustarnos, entraron en nuestra casa y nos acusaban de dar acogida a rebeldes. Estábamos muertas de miedo y sin posibilidad de comunicarnos porque nos quitaron la radio. Una noche la pasamos en el interior de la selva en una casita que habían preparado las mujeres como refugio para cuidarnos. Yo quise quedarme en el hospital, pero nuestras hermanas de Kinshasa no me dejaron hacerlo. Salimos en avioneta y creíamos que los militares podían disparar contra ella.

La Malaria y su tratamiento

-350 millones de personas hay en el mundo afectadas de malaria, Cada año un millón muere por esa causa, el 90% de ellas en África, y la mayoría niñas y niños. ¿Esta realidad qué te dice?

-Desde la Independencia de los países africanos las cifras han bajado. Con los años, los cuidados médicos han crecido en las ciudades, aunque en las zonas rurales sucede al revés. En todas partes se previenen mejor los casos graves, porque la gente conoce mejor los síntomas y se va acostumbrando a buscar un tratamiento temprano. Antes se hacía más profilaxis, tratando a los niños pequeños con nivaquina en el momento de hacer el control mensual del peso, pero eso se abandonó, porque los niños que eran tratados tenían menos resistencia a la enfermedad que otros que no se trataban y se curaban. Ahora se insiste más en la buena

nutrición. Pero no hay una lucha decidida y fuerte contra las causas de la enfermedad. La malaria tendría que estar eliminada ya en Congo y en toda África, como sucede en la mayor parte de la India. La gran esperanza es que se encuentre una vacuna eficaz para la malaria.

-¿Por qué es más abundante la enfermedad en la infancia?

-Debido a una mala nutrición. Pero eso pasa más en la ciudad. Porque, en la selva, las mujeres que son fuertes y trabajadoras dan buen alimento a sus hijos. Consiguen proteínas con la caza, con la pesca, con unos gusanos comestibles grandes que salen de los árboles, con hormiguitas voladoras que se preparan con salsa, con una ratas que viven en la selva y son buenas para comer. Y no faltan vegetales, sobre todo las hojas de la mandioca y las nueces de palmera.



FOTO: PUEBLOS HERMANOS

-Tú misma, ¿has sufrido la enfermedad?

-Muchísimas veces. Comenzaba a sentir dolor de cabeza, algo de fiebre, escalofríos y malestar general. Y en cuanto notaba los síntomas acudía al tratamiento. La malaria te deja sin fuerzas, a veces durante varios días, te produce vómitos, y anemia. Hay crisis que se repiten cada mes o cada trimestre, es como si llevaras la malaria dentro, atenuada, y te vas haciendo resistente. La malaria le roba bastantes horas de trabajo a la gente.

-¿Cómo se previene la enfermedad?

-Con mosquiteras, que es mejor que no se regalen sino que haya que pagar una pequeña cantidad por ellas para que se aprecien y se usen. Y con intervenciones medioambientales, saneando terrenos y limpiando a menudo los alrededores de las casas de hierbas y charcos, que es donde se crían los mosquitos, o evitando dejar abandonados recipientes con agua. No hay costumbre en Congo de hacer campañas de fumigación desde avionetas. Debería haber una intervención mucho más decidida y grande del Estado para sanear y desinsectizar. Los mosquitos están ahí y nos pican continuamente.

-¿Qué sucede en casos graves?

-Hoy se curan más y mejor. Incluso personas que llegan al centro sanitario y llevan varios días en coma. Pero aún existe cierto fatalismo. Recuerdo que llegan casos de malaras cerebrales. Allá toda la familia está alrededor del niño o del adulto, esperando que se muera. Hasta que el familiar se cura, ni comen, ni duermen, y se ponen a llorar, pensando que se va a morir. Si la muerte llega, a menudo se atribuye a los malos espíritus. Incluso se hace una reunión familiar para determinar quién ha tenido la culpa, o quién le ha querido matar, incluso aunque sea alguien que viva lejos.

-¿Cuál es el tratamiento?

-A los primeros síntomas, en cuanto aparecen las convulsiones, un baño con agua fría para que baje la fiebre. Y medicamentos: fansidar y, en los casos resistentes, quinina.

La quinina tiene algunos efectos secundarios, el más grave es que puede producir temporalmente, sordera. En ocasiones llegan personas enfermas con una anemia fuerte y hay que hacer transfusiones de sangre. O remediar intoxicaciones producidas por tratamientos tradicionales inadecuados. Algunos curanderos prescriben una lavativas de agua con *piipili*, un picante que obtienen de pequeños pimientos rojos, muy triturados. Se lo ponen porque irrita el intestino y hace evacuar. Pero si no consiguen evacuar, vienen al centro sanitario con el vientre hinchado, y algunas personas mueren intoxicadas. Hay muchos terapeutas tradicionales pero no quieren decir nunca que recursos utilizan. Algunos saben curar. Por ejemplo curan de maravilla muchas fracturas. Otros tratan bien las fiebres, actúan sobre los síntomas, pero la malaria no la pueden curar.

-¿Qué pasa con los medicamentos?

-Hay robos. Faltan medicamentos en centros de salud y hospitales. Algunos enfermeros se espabilan para tener los medicamentos esenciales, se arreglan con las farmacias y tratan a las personas enfermas en su casa. Así se cura a menudo la malaria, porque ahora la gente acude más pronto a recibir tratamiento y no hacen falta tantas transfusiones. Además los médicos de los hospitales están muy mal pagados por el Estado y piden dinero a quien demanda atención sanitaria, o intervenciones. Por eso la gente va con los enfermeros.

-¿Abundan los medicamentos falsificados?

- Sí, hay falsificaciones de medicamentos. Hemos probado que quininas que han sido fabricadas en Kinshasa, en India o en China, no curan con la misma eficacia y rapidez que otras quininas que llegan de Alemania o de España. Pasa lo mismo con algunos antibióticos.

-¿Resultan costosos los tratamientos?

-Pues, por ejemplo, un maestro, si tiene un hijo con una malaria cerebral, puede emplear todo su salario para curarlo, porque la quinina y los sueros resultan caros. La familia ha de vivir del trabajo de la mujer. Muchas familias tienen que endeudarse. Así que hay mucha gente que queda sin tratamiento. Basta con dar un paseo por la ciudad y es frecuente encontrar personas debajo de los árboles, tiradas en el suelo sobre una estera con mucha fiebre, pasando, como pueden, un brote de malaria. Allá están todo el día sin comer ni beber. No van al hospital, porque no pueden pagar el tratamiento.



Ayuda al desarrollo y cooperación

-¿Llega ayuda eficaz?

-La situación es difícil. Yo he trabajado muy bien con **medicums**mundi y otras ONGD. Esa ayuda es buena y práctica pues mejora todos los centros sanitarios y forma al personal. Pero he visto cómo otras organizaciones que llegan allá, sobre todo de Estados Unidos, aunque dicen que van a ayudar, en el fondo esconden intereses económicos, buscan diamantes, oro y otros minerales provocando guerras, y he visto también en el país corrupción y robos de medicamentos y material sanitario. Todo eso no favorece el cambio social, al contrario, empobrece más a la población. Claro que hay mejoras en la vivienda, en las condiciones de vida, en la formación de la gente, pero en otros aspectos hay retrocesos.

-Vuestra estrategia ha sido formar personal sanitario.

-Claro, porque sabíamos que no íbamos a quedarnos para siempre en aquellos hospitales. Así que vimos la necesidad de crear una escuela de enfermería de un nivel elemental, para formar auxiliares. Sacamos un buen número de profesionales, con bastante práctica. A quienes avanzaban más les enseñé incluso a tomar el bisturí. Hasta cesáreas llegaron a atender, muy bien. Veo que todavía hay mucho retraso, pero creo que nuestra tarea ha merecido la pena, no tanto por las personas a las que hemos curado, cuanto por el personal que hemos formado y que ha quedado en el terreno.

-Uno de los Objetivos del Milenio pretende combatir el sida, la malaria y la tuberculosis ¿Se va a lograr algo?

-Yo no veo, en Congo, una ayuda eficaz. Tengo la impresión de que esas ayudas tan grandes, que a veces llegan sí, no alcanzan su destino final. ¿A dónde se va ese dinero? Dice el gobierno que él debe recibir una parte, porque debe gestionar la ayuda. Pero no hay transparencia, no se sabe qué uso se da a ese dinero que queda en manos del gobierno.

-¿Eres afropesimista o afrooptimista? ¿Cómo ves el futuro?

-Voy a cumplir pronto 77 años. Pero, aunque fuera más joven creo que no volvería a trabajar en un hospital en África. Creo que esa es una tarea de la gente africana. Tienen que hacer por las cosas sin nuestra ayuda. Ahora recibo montones de cartas de gente que conozco, algunas tratan cuestiones de pura amistad, pero casi todas piden cosas concretas. Ya basta. ¿Ir siempre a África para dar? Eso ya me repugna. Si pudiera ir para una convivencia o para una colaboración entre iguales, como he procurado siempre, de acuerdo. Pero hay capacidades en África y en la gente de Congo. Son personas inteligentes, su país es rico, pero los recursos están mal repartidos. Esa es su responsabilidad. A pesar de que les quiero mucho, y aunque pienso que las cosas van ahora algo peor, no volvería. Amo a la República Democrática de Congo, y me duele que potencias y empresas extranjeras vayan allá a chupar la riqueza que debería mejorar la vida de los congoleños. La responsabilidad más grave es la de quienes gobiernan, se asignan grandísimos sueldos, viven en casas lujosas rodeados de servicio, disponen de coches carísimos y amasan verdaderas fortunas personales. Hay una corrupción generalizada. La ayuda debe llegar a los más pobres, pero no se les debe dar gratuitamente, sino haciéndoles colaborar en su desarrollo. Eso **medicums**mundi siempre lo ha hecho así, exigiendo la participación de la comunidad.



El testimonio de un gran periodista

Ryszard Kapuscinski, afectado por la malaria



El periodista polaco Ryszard Kapuscinski (1932-2007), premio Príncipe de Asturias de la Comunicación en 2003, fue uno de los mejores reporteros de la actualidad y la vida en África, a partir de los años 60, cuando la mayoría de los países africanos alcanzaron su independencia. En su excelente colección de artículos "Ébano", hay un relato acerca de la malaria en que narra su propia experiencia tras contraer la enfermedad en Uganda.

En el interior de una montaña de hielo

-Gracias a Dios estás vivo –oí-. Pero enfermo. Tienes malaria. Malaria cerebral.

Recobré el conocimiento en un instante, incluso quise incorporarme, pero sentí que las fuerzas me habían abandonado. Me encontraba en una habitación del recién inaugurado Mulago Hospital. El día anterior me habían traído en una ambulancia, sin sentido.

La malaria cerebral es el temible azote del África tropical. En tiempos, siempre acababa con un desenlace fatal. Ahora tampoco ha dejado de ser temible, siendo a veces mortal.

La primera señal de un inminente ataque de malaria es una inquietud interior que empezamos a experimentar de repente y sin ningún motivo claro. Algo nos pasa, algo malo. No tardamos en sentirnos entumecidos, pesados y sumidos en el marasmo. Todo nos irrita. Sobre todo la luz, detestamos la luz. Nos irrita la gente.

Al cabo de poco rato, a veces de repente y sin haber dado ninguna señal de aviso, se produce el ataque. Es un súbito y violento ataque de frío. Un frío polar, ártico. Empezamos a tiritar, a temblar a agitarnos. Nos atenazan unas vibraciones y convulsiones que al cabo de poco tiempo nos desgarrarán en jirones.

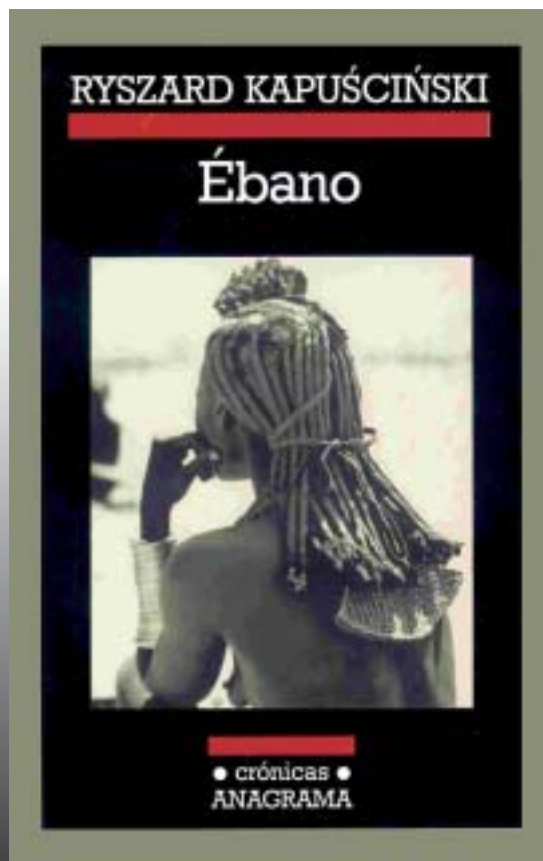
Lo único que nos puede sacar del mal trance momentáneo es que alguien nos tape. Pero no que nos tape de manera corriente: con una manta, una sobrecama o un edredón. La cosa consiste en que la prenda de abrigo debe aplastarnos con su peso, aprisionarnos en una forma cerrada, apisonarnos. Y, ¡fuera hace una temperatura de cuarenta grados!

Los más infortunados son aquellos que, al sufrir un ataque de malaria, no tienen con qué taparse. Pero, incluso protegidos por una docena de mantas, cazadoras y abrigos, los dientes nos castañetean y gemimos de dolor.

El ataque de malaria no se limita al dolor: encontramos en nuestros interior simas, despeñaderos y abismos. Tras un fuerte ataque de malaria, la persona se convierte en una piltrafa humana. Yace postrada en medio de un charco de sudor; la fiebre no le abandona, y no puede mover manos ni piernas. Todo le duele, la cabeza le da vueltas y tiene mareos. Esta exhausta, débil, inerte. Llevada por alguien en brazos, da la impresión de no tener huesos, ni músculos. Y pasan muchos días antes de que vuelva a ponerse en pie.

En África, cada año la malaria se ceba en millones de personas. Y allá donde se mueve más libremente –en territorios húmedos, pantanosos, situados en zonas bajas– mata a uno de cada tres niños. Hay diferentes tipos de malaria: algunos, los más benignos, se pasan como una gripe. Pero incluso éstos hacen mella en todas y cada una de las víctimas.

Es muy frecuente encontrar a personas adormecidas, apáticas y con los sentidos embotados. Permanecen sentadas o tumbadas en las calles o junto a los caminos durante horas y sin hacer nada. Les hablamos pero no nos oyen, las miramos y tenemos la impresión de que no nos ven. No sabemos si se trata de perezosos y haraganes incurables o si les mortifica un despiadado ataque de malaria. No sabemos cómo reaccionar, qué pensar de su comportamiento.



Hay 109 países con malaria endémica, 45 de ellos en África

En 29 países (7 de África y 22 de otras regiones) los casos de malaria han disminuido un 50% en los últimos años

GEOGRAFIA E INCIDENCIA DE LA MALARIA SOBRE LA POBLACION MUNDIAL

Jesús Roche
Sanidad Exterior

Dónde y por qué abunda

En el año 2008 hay 109 países con malaria endémica, 45 de ellos en la Región de África de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La malaria endémica ya no se observa en muchos países templados y en zonas desarrolladas de los países tropicales, pero constituye una causa importante de enfermedad en muchas zonas tropicales y subtropicales donde el desarrollo socioeconómico es deficiente. También se identifican zonas de alta transmisibilidad en la periferia de bosques en América del sur (como en Brasil) y en el Asia sudoriental (como en Indonesia).

La epidemiología de la malaria en cualquier área refleja una compleja serie de interacciones entre muchos factores determinantes. Podemos agrupar estos determinantes en los relativos a los siguientes cinco: 1) parásito (especie, susceptibilidad a la infección del vector, quimiorresistencia); 2) huésped humano (edad, historia de exposición, genotipo, gestación); 3) mosquito vector (longevidad, densidad, etología, susceptibilidad a la infección); 4) medio ambiente (temperatura, precipitaciones, humedad relativa, urbanización vivienda, deforestación); y 5) medidas de control (telas mosquiteras, rociamiento residual, manejo del medio ambiente, control biológico).

Entre los factores que aumentan la incidencia de casos están: el incremento de la resistencia de los parásitos a los medicamentos antimaláricos, el aumento de resistencia de los mosquitos a los insecticidas, el deterioro de los sistemas sanitarios públicos, los movimientos de población por disturbios políticos y conflictos bélicos y factores climáticos o ambientales.

Personas afectadas o en riesgo

El panorama mundial actual (últimos datos de 2006) se describe en el Informe Mundial de Malaria 2008, publicado recientemente por la OMS. En 2006 había unos 3.300 millones de personas en riesgo de sufrir malaria. De esa cifra, 2.100 millones estaban expuestas a un riesgo bajo (< 1 caso declarado por 1.000 habitantes), el 97% fuera de África. Los 1.200 millones con riesgo alto (>1 caso por 1.000 habitantes) vivían principalmente en África y Asia Sudoriental.

En 2006 se estima que hubo unos 250 millones de episodios de malaria. Casi el 90% de los casos se dieron en África; el 80% de ellos se concentraron en 13 países, y más de la mitad correspondieron a Nigeria, la República Democrática del Congo, Etiopía, Sudán, Tanzania y Kenia. Entre los casos registrados fuera de África, el 80% se dieron en India, Myanmar, Bangladesh, Indonesia, Papua Nueva Guinea y Pakistán. Ese mismo año se estima que hubo casi un millón de defunciones por malaria, el 91% de las cuales se registraron en África, y el 85% entre menores de cinco años.

Si comparamos estas cifras con las del informe anterior relativo al año 2004, vemos que la situación ha mejorado. Las reducciones del número de casos y de defunciones pueden relacionarse en algunos países con intervenciones específicas, por ejemplo con el uso focalizado de mosquiteros tratados con insecticida (MTI) en Camboya, India, Laos y Vietnam.

Deficiencias en las estadísticas

Las estimaciones sobre la incidencia de malaria se basan en parte en el número de casos notificados por los programas nacionales de control de la malaria (PNCM). Esos informes de casos distan mucho de estar completos en la mayoría de los países. Los programas nacionales de control de la malaria notificaron en total, en 2006, 94 millones de casos, es decir, el 37% de la incidencia mundial de casos estimada. La proporción real de episodios de malaria detectados por los PNCM habría sido inferior a ese 37% debido a que, en algunos países, entre los casos notificados figuran pacientes con diagnóstico clínico de malaria que sin embargo no sufren la enfermedad. Los PNCM notificaron 301.000 muertes por malaria, lo que supone un 34% de las defunciones estimadas en todo el mundo en 2006.

Medios de combate insuficientes

Entre los medios disponibles para combatir la malaria destacan: los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MILD), el

tratamiento combinado basado en la artemisinina (TAC), el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual (RIR) y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPI). Pese al gran aumento del suministro de mosquiteros, especialmente de MILD en África, el número disponible en 2006 se mantuvo todavía muy por debajo de las necesidades en casi todos los países. La adquisición de medicamentos antimaláricos a través de los servicios de salud pública también aumentó de forma pronunciada, pero el acceso al tratamiento, especialmente al TAC, fue insuficiente en todos los países encuestados en 2006.

Las encuestas de hogares y los datos de PNCM revelaron que la cobertura de todas las intervenciones en 2006 fue muy inferior a la meta del 80% fijada por la Asamblea Mundial de la Salud en la mayoría de los países africanos. Se estima que el suministro de MTI a los PNCM era suficiente para proteger aproximadamente el 26% de la población en 37 países africanos.

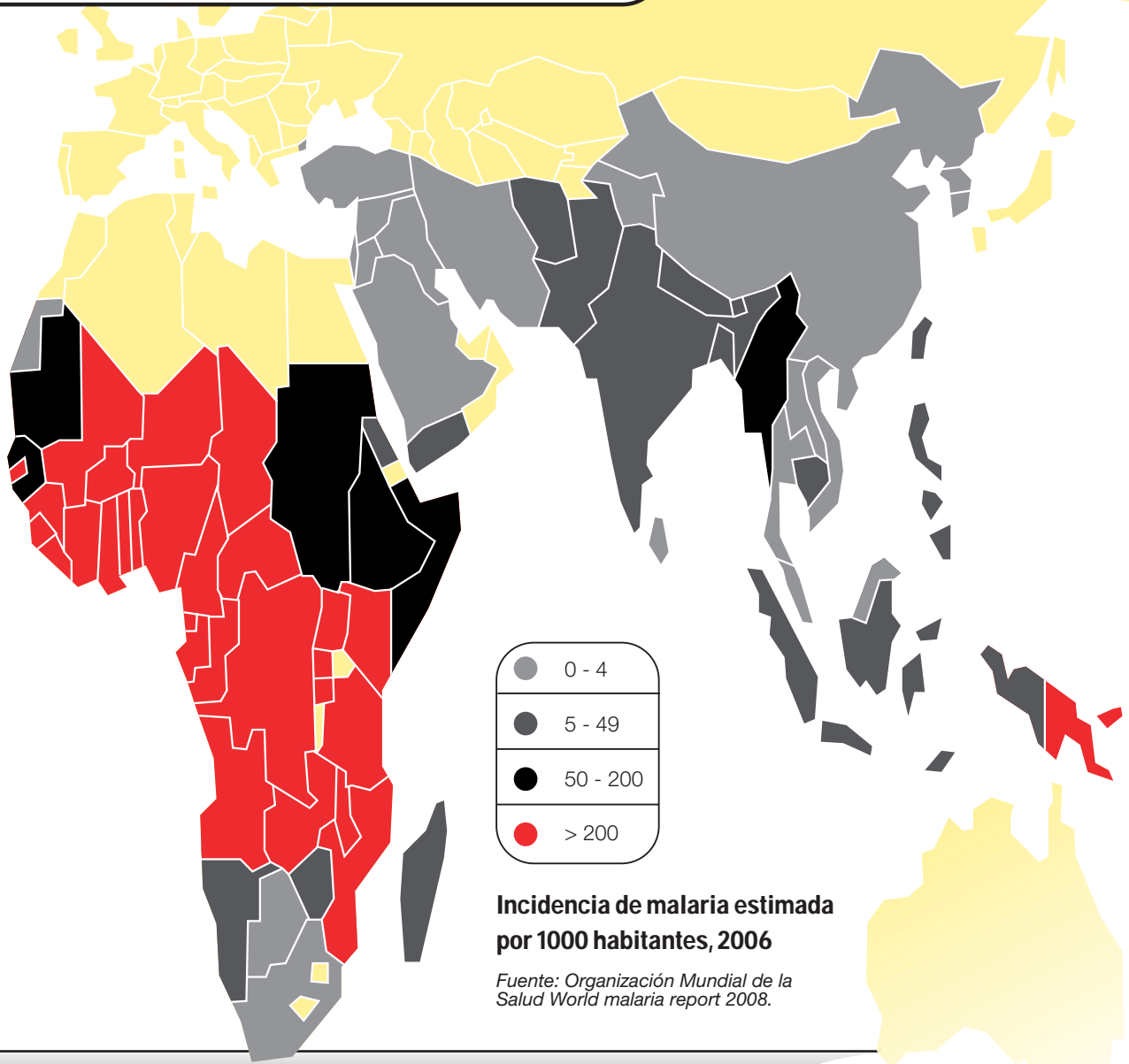
Encuestas realizadas en 18 países africanos revelan que el 34% de los hogares poseían un MTI; el 23% de los niños y el 27% de las mujeres embarazadas dormían bajo un MTI; el 38% de los niños con fiebre fueron tratados con antimaláricos, pero sólo un 3% con TAC; y el 18% de las mujeres recibieron TPI durante el embarazo. En Etiopía, Gambia, Kenia, Malí, Níger y Togo una alta proporción de la población tiene acceso a medicamentos antimaláricos o mosquiteros con insecticida. La alta cobertura de RIR en Namibia, Sudáfrica y Swazilandia concuerda con la disminución del número de casos observada en esos países.

En las otras regiones del mundo, diferentes a África, la cobertura de las intervenciones es difícil de medir debido a que las encuestas de hogares no son frecuentes, los métodos preventivos generalmente se focalizan sobre grupos de alto riesgo de tamaño desconocido, y los PNCM no reportan datos sobre diagnóstico y tratamiento en el sector privado.

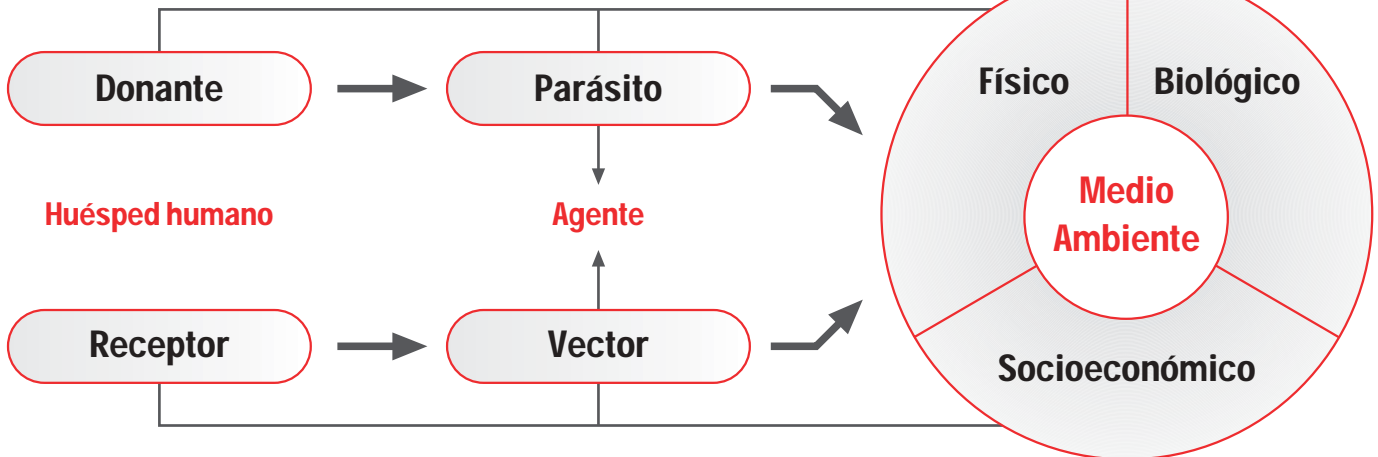
La situación, globalmente, mejora

Aunque la conexión entre las intervenciones y su impacto no siempre está clara, al menos 7 de 45 países o zonas africanas con poblaciones relativamente pequeñas, una buena vigilancia y una cobertura de intervención alta lograron reducir los casos de malaria y la mortalidad por esa causa en un 50% o más entre 2000 y 2006. Asimismo, en al menos 22 de 64 países de otras regiones del mundo, los casos de malaria disminuyeron un 50% durante el periodo 2000-2006.

En 2006 hubo casi un millón de defunciones por malaria, el 91% de ellas en África, y el 85% entre menores de cinco años.



Factores determinantes de la transmisión de la malaria



INVESTIGACIONES Y DISPONIBILIDAD DE VACUNAS

Diego Torrús Tendero

Presidente Medicus Mundi Comunidad Valenciana (Alicante), Responsable Consultas Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica, Hospital General Universitario de Alicante, Profesor Asociado de Parasitología, Universidad Miguel Hernández.

FOTOS: DIEGO TORRÚS



Los problemas para el desarrollo de vacunas de malaria son la complejidad biológica del parásito, los escasos recursos destinados a investigación y las dificultades logísticas para desarrollar ensayos clínicos.

Hay razones fundadas para esperar en el futuro próximo una vacuna que disminuya las consecuencias de la enfermedad.

LA MALARIA, CAUSA Y CONSECUENCIA DE LA POBREZA

La malaria es la enfermedad parasitaria más importante del ser humano y *plasmodium falciparum* es el parásito que causa casi todos los casos de malaria grave y complicada. La malaria es una de las principales causas de mortalidad infantil, y en los países en los que todavía es endémica constituye uno de los principales factores que contribuyen al subdesarrollo. Además, y sobre todo de África subsahariana es, una de las principales causas de morbilidad en forma de anemias crónicas en niños y embarazadas, abortos, bajo peso al nacer y secuelas neurológicas, entre ellas retraso psicomotor. Todo esto, junto con el absentismo escolar y laboral durante las crisis febriles en países donde no existen sistemas de protección social hace que la malaria esté íntimamente ligada con la pobreza.

Los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas son quienes corren más riesgo de tener una malaria grave y complicada y, por lo tanto, de morir, porque los niños pequeños no tienen aún una respuesta inmune adecuada frente al parásito y porque en las mujeres embarazadas esta respuesta inmune se debilita transitoriamente. A estos habría que añadir las personas con infección por el VIH/SIDA. En áreas hiperendémicas, como consecuencia de las repetidas picaduras infectantes de los mosquitos Anopheles, los adultos desarrollan un estado de inmunidad en la que los individuos están infectados crónicamente y solo ocasionalmente sufren episodios de malaria. Este estado de inmunidad parcial es incompleto, pues no impide nuevas infecciones, pero protege frente al desarrollo de manifestaciones clínicas graves. Pero, esa semiinmunidad se va perdiendo cuando las personas abandonan las áreas endémicas, como ocurre con los inmigrantes.

La epidemiología del paludismo es compleja y puede presentar variaciones considerables incluso en zonas geográficas relativamente pequeñas. En muy pocos países se ha podido erradicar la malaria y por el contrario en otros se ha observado un recrudecimiento en los últimos años. En la actualidad las estrategias de control de la malaria se basan en el diagnóstico y tratamiento precoces y efectivos mediante test de diagnóstico rápido y terapia combinada con artemisininas, en la utilización de mosquiteras impregnadas con insecticidas, en el tratamiento preventivo intermitente en embarazadas y niños, en la lucha contra el mosquito transmisor, y en el desarrollo de vacunas.

¿POR QUÉ NO EXISTE YA UNA VACUNA?

Existen muchos motivos por los que en la actualidad no hay disponible una vacuna que pueda administrarse de forma rutinaria en los programas de vacunación de los países endémicos. El primer motivo es de índole biológico; los parásitos son organismos mucho más complejos que las bacterias y los virus. En el caso concreto del Plasmodium en cada estadio

de su ciclo biológico (esporozoito, trofozoito, esquizonte, merozoito) su envoltura antigénica se modifica confundiendo al sistema inmune. Esto dificulta saber cuáles son los antígenos fundamentales que desencadenan una respuesta inmune eficaz.

Pero hay otros motivos. Uno es el hecho de que la malaria y otras enfermedades tropicales no afectan a los países desarrollados, y por tanto, no se destinan suficientes recursos en investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas contra estas enfermedades, lo que sumado a los escasos recursos económicos de los países afectados hace que muchas empresas farmacéuticas consideren poco rentable investigar en vacunas contra la malaria. A nivel logístico, hay muchas dificultades para llevar a cabo ensayos clínicos en un contexto de pobreza como el africano donde ni siquiera mucha población está censada y la accesibilidad a las poblaciones es difícil por la precariedad de las vías de comunicación. Por otra parte, hasta ahora la OMS considera que las vacunas deben tener al menos una eficacia del 40-50% para que su uso sea aprobado, basándose en los resultados obtenidos con las vacunas para enfermedades víricas o bacterianas, sin tener en cuenta que tanto la dinámica de transmisión de la malaria como el parásito son mucho más complejos.

AVANZA LA INVESTIGACION

Sin embargo, durante las últimas dos décadas, y especialmente en los últimos diez años se han realizado importantes avances que permiten ser optimistas en cuanto a la posibilidad de desarrollar vacunas eficaces y que puedan utilizarse de forma masiva y rutinaria. Existen en la actualidad más de 70 vacunas candidatas en diferentes fases de investigación. La mayoría de ellas se dirigen frente a varios de los antígenos considerados importantes en el desencadenamiento de una respuesta inmune eficaz. Pero los avances no solamente han venido del campo de la biología molecular y de la inmunología sino que en los últimos años se están produciendo alianzas entre las empresas farmacéuticas, los estados, fundaciones privadas, universidades y ONGD que están aumentando los recursos financieros y humanos dirigidos a la lucha contra la malaria y otras enfermedades tropicales (como la leishmaniasis, por ejemplo). Estas alianzas están permitiendo el desarrollo de plataformas para la realización de ensayos clínicos en fase II-III en humanos, cuyo objetivo es demostrar que las vacunas no sólo son seguras e inmunogénicas, sino también eficaces en las poblaciones en las que se utilizarán si llegan a ser registradas. En todo esto ha influido, por supuesto, la presión social y ese nuevo concepto de la responsabilidad social corporativa.

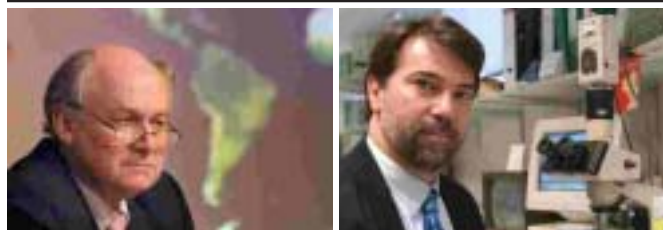
De todas las vacunas candidatas me voy a referir a las dos que han llegado a fases más avanzadas de investigación clínica, y en las que además España, a través de la AECID y del Hospital Clinic de Barcelona, ha jugado un papel importante.



LA VACUNA DE ELKIN PATARROYO

La primera es la vacuna denominada SPf66 diseñada por el Dr. Manuel Elkin Patarroyo, inmunólogo colombiano. Fue la primera vacuna de síntesis química contra una enfermedad parasitaria. Además fue la primera vacuna de malaria que había demostrado protección parcial en un ensayo clínico llevado a cabo en Colombia, zona hipoendémica de malaria. El concepto de la SPf66 no es prevenir la infección por el parásito, sino prevenir la enfermedad malárica, y por tanto reducir la morbilidad y la mortalidad, lo que hacía necesario probarla en áreas de alta endemia, particularmente en África.

Los ensayos realizados hasta ahora en África subsahariana, donde la transmisión es intensa y permanente no han dado los resultados óptimos esperados. El primer ensayo clínico fue coordinado por el Dr. Pedro Alonso, médico epidemiólogo del Hospital Clínic de Barcelona. Se llevó a cabo en Idete (Tanzania) en los primeros años de la década de los 90, en niños de 1 a 5 años que recibieron 3 dosis de vacuna o de placebo. La vacuna fue segura e inmunogénica y disminuyó los casos de malaria en un 31%. Estos resultados parecían prometedores y el Dr. Patarroyo donó su vacuna a la OMS con la intención de que la vacuna fuese barata y pudiera ser administrada a los niños de los países más pobres.



Manuel Elkin Patarroyo

Pedro Alonso

Pero la eficacia disminuyó a un 25% a los 18 meses de haber administrado la 3ª dosis. Además, era necesario también un ensayo diseñado para evaluar la eficacia de la SPf66 cuando se administra a niños menores de un año, los que menos inmunidad tienen, y junto al resto de vacunas del programa ampliado de inmunización (PAI). Dicho ensayo también se realizó en Tanzania y por el mismo equipo de investigadores que el anterior y desgraciadamente la eficacia fue solamente del 2%. Estos datos se confirmaron en otro ensayo realizado en Gambia en el que la eficacia fue del 8%. Estos resultados hicieron que la vacuna fuese considerada no adecuada por la OMS para su uso en el control de la malaria. A pesar de todo ello, el Dr. Patarroyo fue galardonado en 1994 con el Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica, y su equipo del Instituto Colombiano de Inmunología sigue investigando en la actualidad en la identificación de nuevos péptidos que mejoren la vacuna SPf66 y están estudiando también posibles vacunas para la malaria por *plasmodium vivax*, la más frecuente en América y la segunda en importancia en el mundo tras la malaria por *plasmodium falciparum*.

LA VACUNA DE GLAXO Y EL INSTITUTO WALTER REED

Tuvieron que pasar aproximadamente 10 años para que volviera a surgir la esperanza. En esta ocasión ha sido con una vacuna inventada por los laboratorios Glaxo SmithKline (GSK) y el Instituto de Investigación Walter Reed del ejército norteamericano, la RTS,S/AS02A. Esta vacuna fue diseñada en los años 90 con el objetivo de prevenir la infección malárica y ser administrada a tropas desplazadas a países tropicales, a viajeros y hombres de negocios.

Tras los primeros ensayos preliminares en un pequeño número de voluntarios que nunca habían estado expuestos a la malaria, la vacuna cayó en el olvido y fue rescatada en los primeros años de esta década para ser probada en África subsahariana. Ha sido también el equipo liderado por el Dr. Pedro Alonso quien ha diseñado y coordinado los ensayos clínicos en fase II-III en niños africanos de 1-4 años, realizados en el Centro de Salud Internacional de Manhica (Mozambique) y financiados, entre otros, por la Fundación Bill y Melinda Gates y por la AECID. Los primeros resultados se publicaron en la revista Lancet en 2004 mostrando que la vacuna era segura e inmunogénica y que tenía una eficacia del 30% para prevenir el primer episodio de malaria a los 6 meses de administrar la última dosis y del 58% para prevenir los casos de malaria grave y complicada. Durante el seguimiento de los niños vacunados se ha comprobado también que la eficacia a los 21 meses de la última dosis es del 29%, y del 49% en los casos de malaria grave.

Queda aún por saber si esta vacuna será eficaz en niños menores de 1 año, si podrá ser administrada junto con las vacunas del PAI y si su eficacia puede aumentarse con otras formulaciones. Estas preguntas serán respondidas en los próximos 2-3 años pues en breve se iniciará un ensayo multicéntrico en fase III. Por todos estos trabajos el último Premio Príncipe de Asturias a la Cooperación Internacional ha sido otorgado al Centro de Salud Internacional de Manhica y a otros tres centros de investigación punteros (en Tanzania, Ghana y Mali) que están obteniendo también resultados prometedores con las otras herramientas para controlar la malaria y permiten ser optimistas acerca del desarrollo en un futuro más o menos próximo de una vacuna que, aunque posiblemente no proteja al 100%, podrá disminuir las consecuencias de la enfermedad.

No hay que olvidar, no obstante, que la malaria es una enfermedad muy compleja que no sólo se podrá abordar con las vacunas sino con la suma de todas las herramientas disponibles: el diagnóstico y tratamiento precoces con pruebas y medicamentos eficaces, el tratamiento preventivo intermitente en niños y embarazadas, las redes mosquiteras impregnadas de insecticida y la lucha antivectorial.

Combatir la malaria en su propio terreno



Una campaña conjunta contra la malaria en Europa y África procura medicamentos económicos y producidos por fábricas africanas.

La ONGD Action Medeor, de la red medicusmundi, ayuda a agricultores del este de África a cultivar artemisa, planta de la que fabricantes locales obtienen el principio activo para producir fármacos.

SUSTANCIAS VEGETALES PARA TRATAR LA MALARIA



En África, para tratar la malaria se ha utilizado comúnmente una sustancia llamada cloroquina. El tratamiento resultaba accesible, porque el medicamento se vendía al precio de cinco céntimos de euro. Pero, debido a la gran resistencia del parásito agente de la malaria contra el “chloroquin”, este medicamento económico ya no está disponible para tratamientos efectivos. Otros antipalúdicos resultan mucho más caros.

Hace algo más de una década los científicos ha redescubierto el valor medicinal de una planta utilizada durante siglos. En libros de medicina occidentales el uso de la artemisa (*artemisia annua*) está documentado desde el siglo XVI. En China, la medicina tradicional ha usado esta planta desde hace unos mil años.

Según la Organización Mundial de la Salud el alcaloide artemisina, extraído de la planta, y sus derivados *artesanate* y *artemether* son las sustancias más efectivas, hoy en día, para tratar la forma más peligrosa de malaria, la originada por el agente *plasmodium falciparum*. Esas sustancias pueden combinarse con otro medicamento contra la malaria, “Artemisinin ACTs”, o utilizarse como terapia única. La sustancia vegetal inhibe una enzima transportadora de calcio y, con ello, el metabolismo del agente de malaria.

Los derivados de Artemisinin tienen pocos efectos secundarios y adicionalmente son muy efectivos. Hasta ahora se han observado muy pocas resistencias. Pero los preparados combinados son caros y resultan inaccesibles para la mayoría de la gente en África.

Cada tratamiento con ACTs cuesta en el mercado libre entre 4 y 6 Euros, y en el sector público cuestan entre 80 céntimos y 2,50 Euros.

UN MERCADO MUNDIAL CARO

La Organización Mundial de la Salud recomendó por primera vez en el año 2003 usar ACTs como tratamiento contra la malaria. Debido a esta recomendación y la posición monopolística de la empresa farmacéutica Novartis con el medicamento “Coartem/Riamet”, el año siguiente ocurrió una escasez y un encarecimiento tremendo de la sustancia Artesunat.

Los fabricantes tienen que comprar esta sustancia en Asia a un precio muy caro porque la planta *artemisa annua* se cultiva casi exclusivamente allá, especialmente en China y Vietnam. Luego, las empresas farmacéuticas en Asia o Europa producen los medicamentos contra la malaria y finalmente los exportan a África. Por estas razones se produce aproximadamente solamente la mitad de las ACTs necesarias.

En el año 2003 la organización alemana de ayuda sanitaria Action Medeor, miembro de la red **medicusmundi** internacional, podía comprar el kilo de artesunate a un fabricante vietnamita por 450 euros. Dos años después, el precio se había duplicado. Pero se podrían reducir mucho los costes de fabricación de “artemisinin” y sus derivados si se usaran métodos de producción nuevos y más efectivos y si se pudiera romper la posición de monopolio que tienen las empresas asiáticas.

CULTIVO Y PRODUCCIÓN LOCALES

Por estas razones, desde noviembre de 2006 Action Medeor colabora con la compañía Advanced Bio Extract Kenya (ABE) en un proyecto que tiene el objetivo de apoyar el cultivo y el procesamiento adicional de la *artemisia annua* en el este de África. El objetivo de este proyecto de cooperación trianual es apoyar a los agricultores locales a cultivar la planta así como fomentar el desarrollo de una tecnología de derivación barata en esta región.

La Medical Aid Organization, en su condición de tercer miembro de una asociación público-privada entre el grupo de empresas británico ABE y GTZ invirtió 100.000 euros de recursos propios en el proyecto. ABE se sirve de la compañía Botanical Extracts EPZ (BEEPZ) para producir de forma económica el principio activo en Kenya para el mercado del



Antje Mangels Action Medeor. Alemania.



instalaciones de extracción y limpieza tienen una capacidad de procesamiento de 4.000 toneladas de *artemisia annua*, para lograr de 70 a 80 toneladas de Artemisinina anuales. En 2007, la compañía Advanced Bio Extract Kenya y los agricultores locales cultivaron unas 4.100 hectáreas de terreno. A través de esta cooperación se han creado cerca de 38.500 empleos directos e indirectos en el este de África. Además, se están introduciendo mejoras en la producción de otros productos agrícolas.

DERIVACIÓN HACIA INGREDIENTES ACTIVOS

La segunda fase del proyecto consiste en llevar a cabo un procesamiento adicional de Artemisinina, para lograr Dihidroartemisinina y, posteriormente, Artesunato y Artemeter. La idea de Action

este de África. Está previsto que Action Medeor apoye a las empresas locales a producir fármacos modernos contra la malaria. Mediante este proyecto, el acceso a medicamentos eficientes contra la malaria mejorará de forma muy considerable. Las empresas locales fabricarán principalmente compuestos combinados de un derivado del Artemisinina y un agente químico. Se respetan estrictamente las directrices de la OMS, según indica Christine Haefele, responsable de calidad de la producción.

En los dos últimos años, varios miles de agricultores residentes en una región situada entre Kenia, Uganda y Tanzania han cultivado *artemisia annua*. Estos agricultores llevan sus cosechas a una moderna máquina extractiva, propiedad de la compañía BEEPZ, ubicada en Kenia. Además de las cosechas de estos agricultores, la compañía cultiva también sus propias plantas y puede de este modo duplicar sus ingresos y ofrecer un almacenamiento profesional de materias primas delicadas. Action Medeor apoya a los agricultores impartiendo formación en una estación de cultivo y les ayuda a comprar semillas, que resultan relativamente caras.

EXTRACCIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO



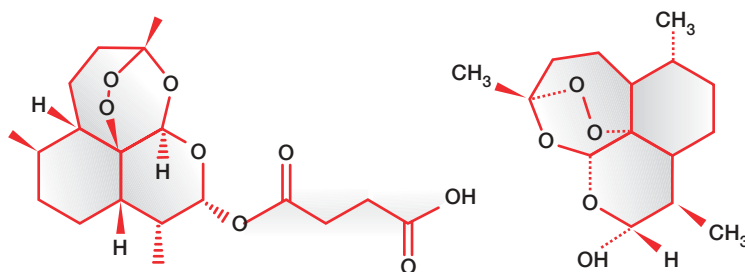
Uno de los problemas para el cultivo es que no se ha podido lograr que la variedad asiática de la planta, que es silvestre, crezca más de 10 cm. en África. Un importante requisito para una cosecha fructífera han sido los nuevos cultivos híbridos de *artemisia*

annua, desarrollados por el laboratorio suizo Mediplant. Estas variedades modificadas pueden cultivarse sin problemas en zonas de África más extensas. Las plantas crecen entre 2 y 3 metros y, alcanzando entre un 0,8% y un 1,4% de Artemisinina, se obtiene entre un 20% y un 50% más de principio activo que con las semillas asiáticas. Como consecuencia de ello, el precio de Artemisinina como monoterapia podría reducirse a 50 céntimos para los adultos y a 30 céntimos para los niños, cultivándolo y fabricando el medicamento en África. Sin embargo estos deseos sólo podrán hacerse realidad en el futuro.

Como primer paso, en Kenia, el material básico Artemisinina se está extrayendo a partir de la planta seca y molida con ayuda de un disolvente. El siguiente paso consiste en la limpieza del Artemisinina, que a continuación se empaqueta y se prepara para su procesamiento posterior. Las

Medeor es proporcionar a los fabricantes de medicamentos locales de África ingredientes activos, de manera que puedan producir los fármacos. Tanzania Pharmaceutical Industries, empresa que colabora con gran éxito con Action Medeor, es un buen ejemplo de ello.

No obstante, los procesos químicos que tienen lugar durante la derivación son más complicados de lo que inicialmente se esperaba. Action Medeor volvió a suscribir un contrato de transferencia de know-how bajo la forma de joint-ventures con empresas chinas con el fin de reducir la dependencia con respecto a China, el país en el que se produce la mayor parte de Artemisinina. En lugar de ello, Action Medeor colabora con la Universidad de Graz, donde se llevan a cabo amplias pruebas destinadas a optimizar el proceso y garantizar una alta calidad. Este alto estándar garantiza que la producción cumple las normas de la OMS.



La campaña

El cultivo de *artemisia annua*, combinado con actividades de investigación en el este de África, está considerado como un buen ejemplo para el éxito de los proyectos relacionados con la malaria.

Junto al trabajo que lleva a cabo en el proyecto, Action Medeor actúa también activamente e imparte formación y sensibilización sobre los problemas de desarrollo relacionados con la salud. Desde enero de 2008 Action Medeor coordina una campaña cofinanciada por la Unión Europea denominada PAREMOS LA MALARIA ¡YA!, junto a 8 organizaciones no gubernamentales de desarrollo de Alemania, Italia, España, Polonia y Suiza.

La campaña pretende incrementar en Europa la conciencia sobre la fuerte difusión de la malaria como enfermedad relacionada con la pobreza y señalar los efectos sociales y económicos que esta enfermedad tiene en el continente africano. Promueve, además, la eficiencia de las infraestructuras sanitarias en los países que sufren en mayor medida la malaria, y también procura el cultivo y la fabricación local de medicamentos.

Teresa Franco.

Médica. Voluntaria de la Campaña. "Paremos la Malaria ¡Ya!"



La crisis económica mundial amenaza a los resultados conseguidos

Urge promover el acceso universal a la prevención y tratamiento efectivo de la malaria, reforzando los sistemas de salud local

LA MALARIA EN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Pertenezco a la generación de profesionales sanitarios que iniciamos nuestra andadura en la Atención Primaria de Salud ilusionados con el movimiento lanzado en la Declaración de Alma Ata, el año 1978. El objetivo común era, y sigue siendo, resolver las enormes desigualdades de situación y acceso a la salud entre personas de países desarrollados y en desarrollo.

En 1994 una revisión por la OMS de los cambios mundiales llevados a cabo en el desarrollo sanitario concluyó que, desgraciadamente, no se cumpliría el anunciado objetivo de "Salud para todos en el año 2000".

La irrupción del VIH/SIDA, la reemergencia de la Tuberculosis asociada a esta enfermedad, y el incremento de los casos de Malaria, alertaron a la Salud Pública Internacional sobre

la necesidad del manejo urgente de estas enfermedades de tan alta mortalidad.

La Declaración del Milenio suscrita por 189 Estados en septiembre del año 2000, enumera 8 objetivos a alcanzar para el año 2015. No se trata sólo de una hoja de ruta de desarrollo mundial, sino que estos objetivos representan derechos humanos universalmente aceptados. Valores de justicia social que los beneficios de la globalización deberían distribuir equitativamente entre los países.

El sexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio determina una meta: "Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves"

La pobreza y la falta de calidad en los cuidados de salud obstaculizan los esfuerzos para el control de la malaria. Esta enfermedad tiene efectos durante toda la vida de las personas: dificulta el aprendizaje; reduce la asistencia a las escuelas y lugares de trabajo; en definitiva, aumenta la pobreza.

Resultado de algunas intervenciones

Las intervenciones de control del paludismo son eficaces y de manera contrastada se pueden emprender acciones para acabar con las muertes por esta enfermedad. El aumento de la financiación para la lucha contra el paludismo ha permitido acelerar el acceso a intervenciones antipalúdicas clave: mosquiteras tratadas con insecticidas; fumigación; mejora del acceso a un tratamiento más eficaz, aunque más costoso, como es la terapia combinada basada en artemisina (ACT); y aumento de la vigilancia de la enfermedad.

Experiencias positivas en la erradicación del paludismo

País	Acción	Eficacia
Vietnam 1991	Primera campaña de prioridad nacional antipalúdica: distribución de mosquiteros tratados con insecticida, fumigación de hogares y uso de medicamentos antipalúdicos.	Disminución considerable del número de casos de paludismo.
Eritrea 2000-2006	Distribución de mosquiteras al 80% de las familias en zonas de alto riesgo.	Reducción superior al 70% de los casos de malaria.
Sudáfrica 2000-2006	Introducción de ACT y aumento del control de mosquitos. (incluidas fumigaciones con DDT).	Reducción de enfermos y muertes por malaria del 80%.
Rwanda, Santo Tome y Príncipe 2000-2007	En los dos países se combinó: distribución de mosquiteras, fumigación de interiores, mejora del acceso al tratamiento y mejora de la vigilancia de la enfermedad.	Los dos países notificaron reducciones espectaculares del 50% o más en todos los casos.

Pese al extraordinario progreso, el uso de mosquiteras tratadas con insecticidas resulta escaso para alcanzar las metas globales.

Progreso global de los mecanismos antipalúdicos

Método	Acción Global
Mosquiteras con insecticida.	2004: producción mundial de 30 millones. 2007: producción mundial de 95 millones.
Eficacia	Balace
Protección a 125 de los 650 millones de personas en riesgo en África.	El porcentaje de menores protegidos ha pasado del 3% en 2001 al 23% en 2007

Fumigación de interiores con insecticidas Protección a 100 millones de personas, de entre ellas 22 millones africanas. Algunas naciones africanas han conseguido reducir los casos de paludismo a la mitad.

Mientras que en la prevención de la malaria se han producido avances considerables, no ha ocurrido lo mismo con su tratamiento. Desde 2000, pocos países del África Subsahariana han ampliado la cobertura del tratamiento a los niños con fiebre y la mayoría de los pacientes recibe con frecuencia medicamentos poco eficaces.

Para erradicar esta enfermedad es preciso proporcionar acceso a medicamentos esenciales a un costo razonable; es decir, que los colectivos más expuestos tengan medicamentos disponibles de forma continua y a precios asequibles. Para que esto sea factible los medicamentos deben ser suministrados en establecimientos sanitarios públicos o privados, a menos de una hora a pie del domicilio. Estas medidas eliminarían los grandes desfases existentes tanto en la disponibilidad como en el precio.



Lo que se debe hacer

Ya hemos recorrido más de la mitad del camino hacia la fecha límite de 2015 y la tarea se ha vuelto más desafiante. El crecimiento económico a escala mundial acontecido en la última década ha permitido avanzar hacia el logro de los Objetivos del Milenio. Sin embargo, la desaceleración económica mundial amenaza, ahora, los progresos realizados.

En situaciones de crisis, los ingresos de la población pobre disminuyen y, como consecuencia, aumenta la cantidad de personas que padecen hambre en el mundo. Los colectivos más afectados en tiempos de crisis son las familias pobres: las madres sin recursos tienen más probabilidad de morir en el parto; los hijos de estas familias tienen mayor probabilidad de malnutrición y son, por tanto, más susceptibles de morir precozmente por enfermedades, reciben menos educación y algunos ni siquiera se educan; además, las inequidades de género son más pronunciadas.

En general, la mayoría de la población de los países en vías de desarrollo está atrapada en un círculo vicioso y una intervención individual sería insuficiente. Los gobiernos deben garantizar que la reducción de la pobreza se incorpore como centro de la política pública, desde la estrategia macroeconómica nacional hasta medidas administrativas de carácter local. La inversión y las instituciones públicas deben comprometerse a focalizar sus esfuerzos en la población pobre, especialmente en los gastos de educación, salud e infraestructuras. Mientras estas medidas llegan, es urgente promover el acceso universal a la prevención de la malaria y a medidas de tratamiento efectivas, reforzando los sistemas de salud local.

Recientemente, la Doctora Margaret Chan, directora general de la OMS, manifestaba: "No creo que podamos alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio si no volvemos a los valores, los principios y los planteamientos propios de la atención primaria. Decenios de experiencia nos dicen que la atención primaria es la mejor vía para el acceso universal, el mejor modo para conseguir mejoras sostenibles en salud y la mejor garantía de que el acceso a los ciudadanos será equitativo".

De acuerdo con su recomendación, mantengamos el trabajo constante para reforzar los sistemas de atención primaria con la misma ilusión que sentimos treinta años atrás.

La Malaria y la gente que viaja

Cada año se diagnostican más de 11.000 casos de paludismo en Europa

Ante una fiebre, al regreso de zona malárica, siempre hay que descartar, de forma urgente, el paludismo

Sabino Puente: Jefe de Sección de Medicina Tropical y del Viajero. Hospital Carlos III, Madrid.

CASOS DIAGNOSTICADOS EN EUROPA

La malaria es una enfermedad parasitaria que actualmente tiene una amplia distribución en zonas tropicales y subtropicales. Es endémica en 109 países.

La malaria es un proceso potencialmente mortal en viajeros sin ningún grado de semi-inmunidad, la cual la adquieren los residentes en zonas endémicas tras repetidos episodios de malaria.

Los países endémicos son visitados cada año por más de 125 millones de viajeros. Se estima en más de 11.000 el número de casos de paludismo diagnosticados cada año en Europa, de los que 8.000 corresponderían al parásito *Plasmodium falciparum*, tanto en viajeros como en personas naturales de zonas endémicas recién llegadas a nuestro continente. Muy probablemente, esta cifra europea esté infravalorada, al igual que en España, donde la incidencia real del paludismo posiblemente sea superior a la declarada. El 80%, o más, de los viajeros que contraen malaria no desarrollan síntomas hasta el regreso a su país, con una mortalidad, en los casos de paludismo falciparum, del 0.6 al 3.8%, debiéndose, fundamentalmente, a retraso en el diagnóstico y/o a tratamiento incorrecto.

5 ESPECIES DE PARÁSITO AFECTAN AL SER HUMANO

Aunque son más de 20 las especies de plasmodios que afectan a los primates, se ha considerado, hasta recientemente, que sólo eran 4 las especies que afectaban al hombre, pero, últimamente, se ha descrito una quinta especie. Las cuatro especies clásicas son *Plasmodium falciparum*, *P. malariae*, *P. vivax* y *P. ovale*. La última especie implicada es el *P. knowlesi*, que fue descrito por primera vez como infección natural en el hombre en 1965, en EEUU, en un viajero que regresaba de Malasia. Posteriormente, en 1971, se describió en un ciudadano de Malasia y desde entonces son varias las comunicaciones sobre esta "nueva" especie.

PROCESO DEL PARÁSITO EN NUESTRO ORGANISMO

El parásito se transmite, generalmente, por la picadura de mosquitos infectados del género *Anopheles*. Otras vías de transmisión, mucho menos frecuentes, son: la vía vertical





(madre a hijo) y la transfusional (transfusión sanguínea, accidente de laboratorio, jeringuillas en los adictos a drogas intravenosas). En el caso de transmisión por mosquito, en el momento de la picadura, la hembra infectada inocula los parásitos al hombre. Los mosquitos machos no son hematófagos, es decir, no se alimentan de sangre, sino de plantas, por lo que no están implicados en la transmisión de la malaria.

Los parásitos que son inoculados por el insecto vector, el *Anopheles*, van a localizarse al hígado, en el que sufren una serie de transformaciones hasta que pasan a la sangre e infectan los hematíes o glóbulos rojos. Mientras están en el hígado no producen ningún síntoma, apareciendo estos cuando llegan a la sangre.

RECAÍDA, RECRUDESCENCIA, REINFECCIÓN

El comportamiento de los parásitos en el hígado es diferente según las especies de plasmodios. En el caso de *P. vivax* y *P. ovale*, de los parásitos que se encuentran en el hígado solo una parte pasan a la sangre, permaneciendo el resto en el hígado como en forma durmiente, de ahí su nombre de *hipnozoitos*. Si estos últimos desaparecen de la sangre con el tratamiento, el paciente se queda asintomático, pero en un momento dado, que puede variar desde unas pocas semanas hasta 5 años, otros parásitos de los que se han quedado en el hígado, los hipnozoitos, pueden pasar a la sangre y producir de nuevo síntomas. Este fenómeno que se da en *P. vivax* y *P. ovale* se conoce como “recaída”. Las recaídas no se producen en las otras especies ya que no tienen *hipnozoitos* y, en el momento en que los parásitos que se encuentran en el hígado pasan a la sangre lo hacen todos a la vez. Si en estas especies reaparecen los síntomas, es debido a un fallo en el tratamiento y se conoce como “recrudescencia”, produciéndose fundamentalmente en los casos de paludismo por *P. falciparum*. El fallo del tratamiento en esta última especie puede ser debido al uso de un fármaco inadecuado, a que se haya administrado a dosis insuficientes, o a que no se haya absorbido bien. La tercera causa de reaparición de los síntomas es que nos pique otro mosquito infectado, tratándose en este caso de una nueva enfermedad y se conoce como “re-infección” y es debida a un parásito distinto al de la infección primaria.

Las recaídas por la existencia de los *hipnozoitos* y las reinfecciones son las que ha dado lugar a la falsa creencia, muy extendida por otra parte, de que una vez que una persona adquiere un paludismo lo tiene ya de por vida.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Los síntomas de la malaria son muy inespecíficos. El fundamental es la fiebre, que en los primeros días es irregular y diaria, no observándose habitualmente las conocidas fiebres tercianas (fiebre a días alternos) de los paludismos *falciparum*, *vivax* y *ovale*, ni las fiebres cuartanas (fiebre un día sí y dos no) del paludismo *malariae*. La fiebre suele acompañarse de escalofríos, tiritonas, sudoración, cefaleas y dolores generalizados de músculos y articulaciones. Otros síntomas que pueden aparecer son vómitos y diarrea. Como puede verse, los síntomas son completamente inespecíficos, pudiendo ser similares a una gripe o a una gastroenteritis. Hay que ser sumamente cautos y evitar estas confusiones, especialmente en el caso del paludismo *falciparum*, ya que puede ser fatal en 1 a 2 días si no se diagnostica y trata precozmente.

Ante una fiebre al regreso de zona malárica, siempre hay que descartar, de forma urgente, el paludismo. Aunque haya una causa que justifique la fiebre, también hay que descartar paludismo si se ha estado en zona malárica en los últimos meses. Nosotros tenemos la experiencia de haber atendido a pacientes con neumonía, absceso hepático amebiano o rickettsiosis, esta última transmitida por picaduras de garrapatas y muy frecuente en determinadas zonas tropicales, y que además tenían paludismo. Si nos hubiéramos quedado con el diagnóstico inicial que además justificaba la fiebre, se nos hubiera pasado sin diagnosticar la malaria, con las consecuencias fatales que podrían haber tenido lugar.

Unas máximas: toda fiebre al regreso de zona palúdica es una “urgencia médica” y siempre hay que descartar el paludismo. Un primer estudio negativo no lo excluye. Como primer diagnóstico hay que pensar en paludismo, como segundo también paludismo y como tercero lo mismo. Un paciente puede venir relativamente bien y en pocas horas ponerse muy malito, con los síntomas de paludismo complicado: coma, insuficiencia renal, shock, edema de pulmón, alteraciones de la coagulación, etc., complicaciones prácticamente exclusivas del paludismo *falciparum*.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Si no hay picadura de mosquito no hay paludismo, salvo los raros casos de las otras formas de transmisión. De ahí las llamadas “medidas de barrera”, encaminadas a evitar las picaduras: repelentes, ropa con mangas o perneras largas y de colores claros, aire acondicionado, telas mosquiteras en las ventanas y dormir con red mosquitera en la cama. Hay que tener en cuenta que los vectores son de hábitos nocturnos, picando del atardecer al amanecer, por lo que en estas horas hay que extremar estas medidas. Se debe desechar completamente la creencia de que los complejos vitamínicos B y la ingesta de alcohol transfieren un olor especial al sudor que le hace repeler a los mosquitos. Yo, como anécdota siempre cuento el caso de un joven que se puso de bebidas alcohólicas hasta el gorro, pero le tuvimos con un hermoso paludismo. Eso sí, debido al grado de alcohol que debía tener en sangre, según nos contaba, la “pobre mosquita” que le picó e ingirió su sangre para alimentarse debió morir en coma etílico.

Como es casi imposible evitar las picaduras, es conveniente hacer profilaxis medicamentosa, o sea, tomar determinados antipalúdicos, siempre previa consulta en unidades de Consejo al Viajero, que actuarán contra los parásitos que nos hayan podido inocular en los primeros momentos y evitar la aparición de los síntomas. El tratamiento, con diversas drogas antimaláricas, es muy agradecido si se hace correctamente. Va desde la clásica quinina a otros antipalúdicos de síntesis más modernos. Siempre hacerse bajo control médico, a no ser que se esté en un lugar donde sea imposible y haya que recurrir al llamado “autotratamiento”, con los fármacos que se hayan recomendado.

MUY POCO PROBABLE REAPARICIÓN EN NUESTRO MEDIO

En algunas zonas ha reaparecido el paludismo, pero en nuestro medio es muy poco probable, ya que aunque puedan existir algunos vectores para alguna de las especies, es probable que no sean “receptivos”, o sea, que el parásito no sea capaz de desarrollarse en ellos.



PAREMOS LA MALARIA ¡YA!

STOP MALARIA, NOW!



Isabel Díaz Blázquez
Federación de Asociaciones
medicmundi

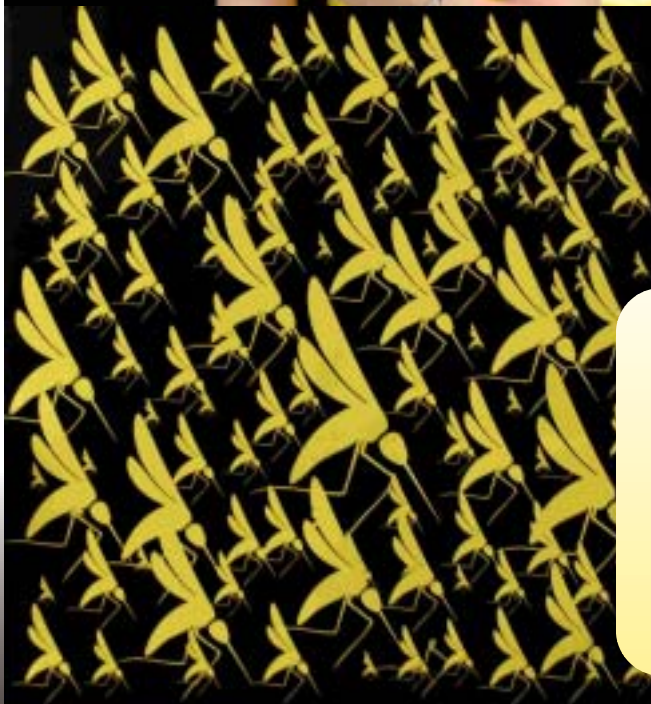


UNA INICIATIVA AFRICANO-EUROPEA

La malaria es una enfermedad mortal que en teoría, parece no afectar a los países del norte, por lo que se dedica a ella menos atención de la que realmente merece.

En España está “de moda” porque acaban de celebrarse los premios Príncipe de Asturias y se ha reconocido la labor a la Cooperación Internacional del investigador más conocido de nuestro país, Pedro Alonso y a su centro de investigación en Mozambique.

Pero más allá de los premios y de la investigación, está la realidad de la enfermedad con 3.200 millones de personas de 109 países –el 40% de la población mundial–, viviendo en zonas endémicas expuestas a la malaria. Es una pandemia que acaba con las vidas de casi 900.000 personas cada año, siendo la mayoría africanas, menores de 5 años y mujeres embarazadas. La malaria es a la vez causa y efecto del círculo de la pobreza en la mayoría de los países en los que está presente. A pesar del panorama que esta enfermedad implica, la prevención de la misma, y el acceso a tratamientos para quienes ya están infectados, es factible a un coste asumible si se toman las medidas adecuadas.



Con el acceso a mosquiteras tratadas con insecticidas y a tratamientos y diagnósticos adecuados en centros de salud con personal y medios suficientes y de calidad, se podría cumplir una de las promesas que en el año 2000 realizaron los líderes de los países más ricos del mundo en la **Declaración del Milenio de Naciones Unidas**, “*combatir VIH/Sida, malaria y otras enfermedades antes de 2015*” (objetivo número 6), y a su vez, ayudar a conseguir el resto de los Objetivos del Milenio. Además, en 2005 la Organización Mundial de la Salud estableció el objetivo de asegurar el acceso a la prevención y al tratamiento de la malaria para el 80% de la población en riesgo antes de 2010. Ninguna de estas promesas y compromisos se está cumpliendo.



It is happening tonight

When all is quiet and nobody is watching,
Thousands of people are infected with malaria. Don't look away.
More information www.stopmalaria.org

Así es como ha surgido la campaña **Paremos la Malaria ¡Ya! o Stop Malaria Now!**. Se trata de un consorcio de nueve ONG de salud y desarrollo de Alemania, España, Italia, Kenia, Polonia, y Suiza, unidas con el objetivo de aumentar la conciencia social sobre la malaria como una de las mayores enfermedades relacionadas con la pobreza, y sensibilizar a la sociedad al respecto. Queremos movilizar a la población para incrementar los compromisos de los gobiernos europeos a nivel político, financiero y estratégico.

ACTIVIDADES A LO LARGO DE DOS AÑOS

La campaña *Stop Malaria Now!* de dos años de duración, se dio a conocer a partir de la conferencia internacional organizada en Bonn entre los días 21 y 22 de abril, coincidiendo con la semana en la que se celebró, por primera vez, el Día Internacional de la Malaria (25 de abril de 2008). A ella acudieron 139 participantes de más de 20 países diferentes. Se analizaron los diferentes aspectos del control integral de la enfermedad, así como los respectivos papeles de los gobiernos, la sociedad civil, y el sector privado.

UN MANIFIESTO DE INCIDENCIA POLÍTICA

Entre los resultados del trabajo realizado, se publicó y distribuyó un comunicado final con recomendaciones para los políticos europeos. En las conclusiones destaca la exigencia de una mayor coordinación de todos los agentes que trabajan en la lucha contra la malaria para lograr una financiación sostenible que impulse soluciones definitivas para la enfermedad. Como plataforma, *Stop Malaria Now!* solicita, en definitiva:

- Priorizar la malaria dentro de los esfuerzos de cooperación internacional al desarrollo.
- Que se cumplan los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas en el año 2015.
- Erradicación de la malaria como objetivo a largo plazo.

ACTIVIDADES DE LA CAMPAÑA EN NUESTRO PAÍS

Cada organización de *Stop Malaria Now!* realiza de manera acorde con el país en el que trabaja, actividades de un tipo u otro. En España, nos hemos centrado en la actividad de lobby o presión política, además de llevar a cabo paralelamente interesantes actividades de sensibilización, planificadas sobre todo para 2009.

Con las **cartas de lobby**, enviadas desde la sede central y desde las asociaciones de **medicmundi** a los gobiernos y parlamentos estatal y autonómicos, se pretende informar a los representantes de estas instituciones para que tomen parte y desde su situación privilegiada cooperen con las ONGD que formamos *Stop Malaria Now!* Se quiere también que la Unión Europea elabore **estrategias más fuertes de ayuda al desarrollo** en relación con la prevención de la enfermedad y acceso al tratamiento necesario para todas las personas. La primera carta ya ha sido enviada y se han obtenido diversas respuestas. El objetivo es enviar cuatro cartas sucesivas de presión política.

Como medio informativo existe la web,
<http://www.stopmalaria.org>

en cinco idiomas, en la que se actualiza toda la información relativa a la conferencia de Bonn y se explica cómo se puede participar en la lucha contra la malaria a través de descarga de banners, reparto de folletos, poster, y sobre todo con la actividad de envío de fotografías apoyando la campaña para formar un mapa de África con las imágenes de todos los participantes.

“**MUESTRA TU CARA A LA MALARIA**” se diferencia respecto a las recogidas de firmas habituales para causas diversas, en la facilidad y efectividad de participación para todo aquel que se sienta identificado con la lucha contra la malaria. No es necesario más que tener acceso a internet y una cámara de fotos para así poder subir a la sección “Entra en Acción” de la web de la campaña, una imagen en la que se vea claramente quién es la persona fotografiada. Puede ser una foto en grupo o individual, se da la opción de añadir un mensaje, o dejarlo en blanco, poner el nombre, o no ponerlo. Lo importante es participar para un objetivo común, construir un “mosaico de caras” que rellene el mapa de África, 100.000 caras para la lucha contra la malaria. En esta actividad se puede participar de manera individual, y

también a nivel asociativo, como **medicmundi** aragón, que hasta junio del año próximo, tendrá un stand de recogida de fotos en su tienda de comercio justo en Zaragoza.

Esta asociación tiene además la intención de realizar un documental que se grabará en África, por personas africanas, y nos mostrará qué opinan ellas de la malaria, cómo la viven y qué iniciativas surgen en sus países.

El punto más fuerte de la campaña es el próximo 25 de abril, nuevamente Día Internacional de la Malaria, en el que diversas asociaciones de **medicmundi** organizan un **Maratón de Cuentos Solidarios** en torno al tema de la malaria, con actividades de difusión de información sobre la campaña y recogida de fotos, en varios puntos del país simultáneamente. Ese día terminará también el concurso **Jóvenes en Busca del Sur** organizado por las asociaciones de **medicmundi** de Araba, Gipuzkoa y Bizkaia. Este concurso ya se ha desarrollado en otras ocasiones y siempre ha sido una actividad de gran éxito. Se trata de un proyecto de sensibilización dirigido a jóvenes de entre 19 y 28 años, con el triple objetivo de fomentar el interés y el conocimiento de la realidad de los pueblos del Sur por un lado, promover la reflexión sobre las causas, consecuencias y soluciones ante los problemas relacionados con la desigualdad social en el mundo por otro, y en tercer lugar, favorecer el trabajo creativo y en equipo.

Es un concurso con 4 pruebas que se darán a conocer en los diferentes medios de comunicación antes de febrero del próximo año, cuando empezará de manera oficial. La forma de participar es colectiva, cada equipo participante está integrado por un mínimo y máximo de 4 personas. Se podrán consultar las bases y resto de información en la web:

<http://www.jovenesenbuscadelsur.org>

Las asociaciones de Euskadi preparan también “*Malhayamalaria-malarikatua*” un proyecto de sensibilización organizado por **medicmundi** y la asociación teatral **Abstractoesfera**, cuyo objetivo es despertar la conciencia sobre la urgencia de poner las medidas necesarias para acabar con la malaria en África a través de una obra teatral itinerante.

medicmundi andalucía grabará un spot televisivo para emitir en los medios locales y preparará un almanaque 2009 de sensibilización del tema.

En Baleares se hará una campaña de educación sobre la malaria en centros escolares, que comienza en diciembre de este año. Asociaciones como **medicmundi** navarra ya han desarrollado algunas actividades como reparto de folletos de sensibilización en centros de salud, farmacias, exposiciones, etc. Se han publicado diversos artículos en las revistas Panacea, Consumidores del Departamento de Consumo del Gobierno de Navarra, el presente número de la revista El Sur, etc.

La asociación **medicmundi** alicante ha presentado en octubre la campaña en el Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina, en un stand informativo.

En la asociación **medicmundi** catalunya se han centrado sobre todo en el reparto de folletos informativos en diversas actividades en las que han participado en la Universidad, Colegios Oficiales de Médicos, ferias de entidades y su intención es continuar la difusión en todos los eventos en los que se participe en el 2009.

Hay muchas actividades por definir y posibles alianzas con otras ONG para conseguir más fuerza en nuestra causa. Infórmate a través de la web <http://www.stopmalaria.org> y sabrás qué puedes hacer para lograr junto con **medicmundi**, un mundo libre de malaria.

MBAYEKO TEKORONZA

PETROLEO Y SALUD EN EL CHACO BOLIVIANO

Un estudio muestra efectos negativos de la actividad petrolera sobre la salud de las personas y el medio ambiente

medicumsmundi exige mayor transparencia a las empresas petroleras



medicumsmundi ha editado el informe "Mbayeko Tekoronza", Salud y Petróleo en lengua guaraní, estudio científico realizado por Silvia Gonzalez, investigadora de la Universidad Rey Juan Carlos.

El trabajo explora, mediante un estudio epidemiológico, el impacto que tienen las explotaciones de petróleo sobre la salud de las poblaciones residentes cerca de las áreas petroleras del Chaco boliviano.

Durante el trabajo de campo se recogieron 43 muestras de agua procedentes de las fuentes de consumo de cada una de las comunidades estudiadas. Se estudiaron, en diferentes momentos comparativos, las condiciones de salud de 1.000 personas, la mitad de las cuales viven en zonas de exposición a la actividad petrolera y la otra mitad residentes en zonas no expuestas.

Los estudios confirman la contaminación de los ríos próximos a los pozos de extracción de petróleo e indican una severa exposición de los residentes a los compuestos del petróleo. 18 de las 21 comunidades analizadas tienen en alguna de sus fuentes de consumo compuestos potencialmente dañinos para su salud, muchos de los cuales pueden provenir de la industria petrolera, tales como los hidrocarburos totales de petróleo. Los síntomas encontrados más frecuentemente son problemas respiratorios, náuseas, dolores articulares, dolor de cabeza y oídos, y afecciones en la piel y el aparato digestivo.

El Chaco es la región de Bolivia que tiene las mayores reservas de gas y petróleo. Trabajan allí 11 empresas, entre las que destacan las extranjeras Petrobrás, Total, Maxus y Repsol YPF, que tienen el derecho de explotación sobre el 20% de las reservas. Las empresas Chaco y Andina, administradas por las transnacionales BP y Repsol YPF controlan el 15% de las reservas totales del país.

La pretensión de **medicumsmundi** es que las comunidades bolivianas afectadas se apropien de este informe y exijan al gobierno de su país la puesta en marcha de un sistema sanitario adecuado, el control ambiental de la actividad petrolera para que no provoque efectos nocivos en la salud de la población, la actualización de una legislación exigente sobre aguas, y sistemas eficaces de vigilancia.

La industria petrolera tiene que ser más transparente, incrementar sus protocolos preventivos y de seguridad, y mejorar los procesos de control y supervisión de su actividad. Los organismos internacionales deben apoyar la realización de estudios científicos independientes, y elaborar una Legislación Universal sobre calidad de aguas, con especial referencia a los componentes derivados del petróleo.

En la Exposición de Zaragoza se celebró, el 4 de septiembre, una mesa redonda en la que **medicumsmundi** presentó sus experiencias de investigación y acompañamiento a comunidades de varios países de América Latina, afectadas por explotaciones petroleras.

EL GOBIERNO DE GUATEMALA RECIBE LA PROPUESTA

"SALUD

QUE MEDICUS MUNDI HA EXPERIMENTADO CON ÉXITO

TARJETAS VISA DE **medicumsmundi**

SE ESTRENA UN VIDEO QUE RECOGE LA EXPERIENCIA

El día 30 de octubre se celebró en Guatemala un Foro Nacional para presentar la propuesta y resultados de un proyecto de Salud Integral para comunidades indígenas que viven en áreas rurales de población dispersa. Al Foro, donde se dieron cita más de 600 personas, acudieron el Vicepresidente de la República, Rafael Espada, el Ministro de Salud, Celso Cerezo, y el representante de la Organización Panamericana de Salud, Luis Octavio Ángel.

Este proyecto de "Salud Integral e Incluyente" ha formado a agentes locales de salud comunitaria, profesionales y bilingües, que llevan a cabo un triple programa de atención, familiar y comunitaria. Incorpora también en su quehacer los recursos humanos y terapéuticos de la medicina tradicional. Los resultados más evidentes de esta

INTEGRAL"



29



experiencia piloto son que la población frecuente los servicios de salud a los que antes no acudía, han mejorado los controles de embarazo y postparto y la salud de menores de 5 años, y ha crecido, hasta doblarse, el número de vacunaciones infantiles.

Para documentar esta experiencia *medicus mundi* ha realizado un video "Tejiendo el huipil de la salud", que se ha estrenado con éxito en el Foro Nacional en Guatemala y en la Casa de Cultura de Burlada, en un acto en que intervinieron las dos corales burladesas, San Juan y San Blas, y los actores Nieves Oteiza y Paco Ocaña que recitaron poemas del escritor k'iche' Humberto A'kabal.

Este proyecto ha sido presentado a la convocatoria "Tu eliges, tu decides" de Caja Navarra. Lleva el número **13.931** y el título "Consolidación de un modelo de atención primaria en tres distritos de Guatemala"

2.835 personas y entidades utilizan las Tarjetas VISA-*medicusmundi* de Caja Navarra y Caja Laboral. Durante el último año nuestra Asociación recibió de ambas cajas, por este concepto, un total de 32.570 euros, que se destinaron a financiar proyectos de desarrollo en África y América Latina.

Solicitar el cambio de VISA o una nueva VISA-*medicusmundi* es una decisión fácil y eficaz: puede hacerse en cualquier oficina de Caja Navarra o Caja Laboral, no tiene ningún coste para la persona usuaria que recibe los mismos servicios de pago-crédito, y beneficia a la Cooperación. Si no lo has hecho aún, tú puedes CAMBIAR TU VISA, e invitar a tus familiares y amigos a hacerlo también.



Mejorando la salud materna en Perú



La fotografía que ilustra esta página es un ejemplo de atención al parto con adecuación cultural. La mujer que está dando a luz se llama Hilaria Huaman Sarmiento. Vive en el distrito de Churcampá, en la región andina de Huancavelica.

Hilaria que, como antes hacían otras muchas mujeres, habría tenido el parto en su casa, con insuficientes condiciones de higiene y escasa seguridad en caso de complicaciones, aceptó dar a luz en el Centro de Salud. Pero lo hizo en unas condiciones nuevas, acordes con su tradición cultural.

Tuvo su alumbramiento de pie y con toda su ropa. Nada de desnudarse o parir echada en una camilla. Tiraba de una cuerda que le ayudaba en su esfuerzo, estaba sostenida por su esposo, que le abrazaba y asistía con masajes en la espalda, y acompañada por una comadrona tradicional que le ofrecía una infusión caliente. Todo ello en un ambiente cálido, sobre muebles de madera y no de metal, y con una luz tenue. Los sanitarios que le atendían eran bilingües, quechuahablantes como Hilaria, y capacitados en habilidades interculturales.

Churcampá, a 3.000 metros de altitud, es una de las zonas más pobres de Perú. Tenía, hace pocos años, una alta mortalidad materna cifrada en 238 mujeres muertas por cada cien mil recién nacidos vivos. En España esa tasa es de 4 por cien mil.

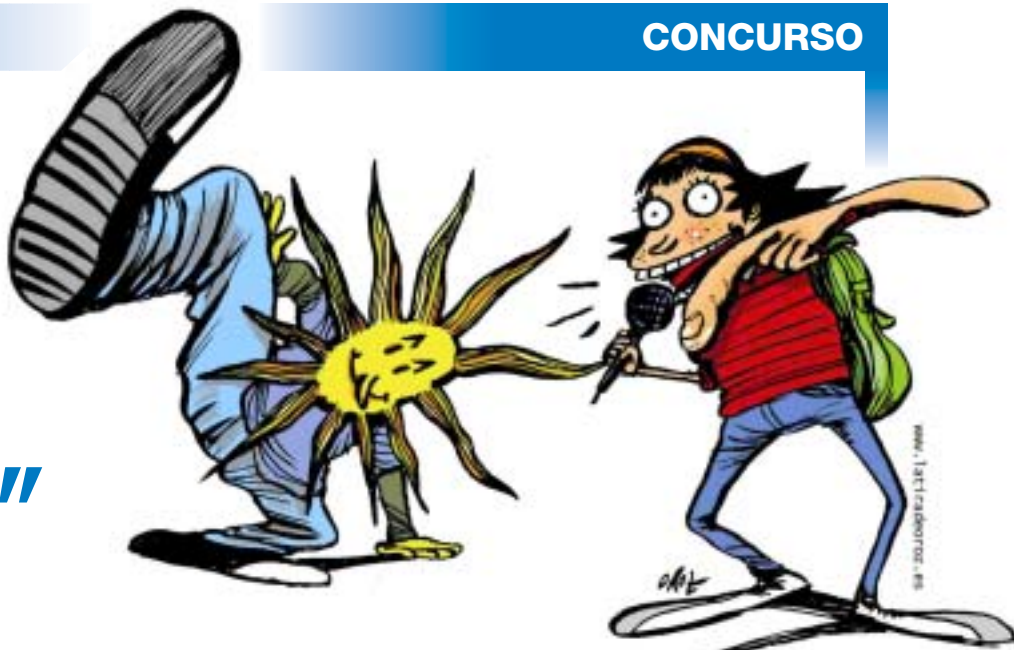
Un Proyecto llevado en consorcio por tres ONGD locales: Calandria, Kallpa y Salud sin Límites, y nuestros compañeros peruanos de **medicumsmundi**, y financiado por el Gobierno de Navarra y los Ayuntamientos de Altsasu/Alsasua y Noain, ha obtenido importantes resultados en sólo tres años. Se ha pasado de un 30% de partos en centros sanitarios al 80%. En el año 2007 hubo en la zona 1.800 madres gestantes.

Así, mediante la adecuación cultural y la participación comunitaria, se han superado las barreras culturales y las geográficas para una población que vive dispersa en muy pequeñas aldeas. Hay “casas de acogida y espera”, situadas estratégicamente entre los poblados y los centros sanitarios, a donde pueden acudir las mujeres y sus familiares unos días antes del parto, para, sin dejar de estar en el ambiente familiar e incluso atender a los animales domésticos, poder esperar la hora del parto más cerca de la institución sanitaria.

127 promotoras y promotores de salud voluntarios vigilan los embarazos y su atención en las diferentes comunidades. Al par se hace un programa de educación sanitaria a través de la radio, en quechua, y en la escuela. Hasta tal punto que los hijos mayores se convierten en agentes de salud, explicando a sus madres, a menudo analfabetas, las ventajas de dar a luz con mayores garantías sanitarias.



"JOVENES EN BUSCA DEL SUR"



El equipo que eligió el nombre "Rodrigo Mendozas", formado por seis jóvenes pamploneses, resultó ganador de la sexta edición del concurso "Jóvenes en busca del Sur". Tendrá como premio, el año 2009, un viaje de 15 días a Bolivia para conocer aquel país y proyectos de cooperación que en él realiza **medicmundi**. El segundo premio fue para el grupo "No es utopía" al que pertenecen seis chicas. Este equipo recibirá una bolsa de 2.600 euros para preparar y realizar un viaje colectivo, dentro de nuestro país, a fin de conocer una experiencia relacionada con la solidaridad y/o la cooperación. Los demás grupos participantes recibieron un DVD con materiales sonoros preparados por todos los concursantes.

Era la sexta vez que este concurso se celebraba en Navarra. Y la respuesta fue alta, creativa y entusiasta. A lo largo de cinco semanas tomaron parte en él N jóvenes de entre 18 y 26 años, organizados en 29 equipos diferentes

Unos graciosos dibujos del humorista César Oroz sirvieron para presentar las características y las pruebas sucesivas de este "juego para imaginar y viajar en equipo". Se trata de una actividad lúdica y de sensibilización organizada por **medicmundi** y dirigida a la gente joven

con el doble objetivo de mejorar su conocimiento e interés por la realidad de los países del Sur y de favorecer el debate y el trabajo creativo en equipo.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Malaria y la realidad de Bolivia, inspiraron las cinco pruebas planteadas y desataron la creatividad grupal. Así cada grupo compuso su propio "rap del milenio", realizó un supuesto viaje y remitió "una postal desde Bolivia" al destinatario que eligió libremente, diseñó con gran imaginación una "actividad reivindicativa" para que pudiera participar en ella un grupo numeroso de jóvenes, creó un "árbol de la pobreza" haciendo visibles sus raíces y el tipo de frutos que produce, y finalmente, en un juego urbano, buscó "los mosquitos de la malaria" con el fin de combatirlos.

La actividad concluyó con una fiesta celebrada en el Civiox Municipal Jus la Rocha. Colaboraron en la realización del concurso el Gobierno de Navarra, el Ayuntamiento de Pamplona, la Fundación Hermanos Sarasibar, Diario de Navarra, el taller estable "Apunto teatro" de Burlada, y un grupo de personas voluntarias de **medicmundi**.



UN PROYECTO PARA APOYAR

Salud integral para indígenas en Guatemala



Una experiencia exitosa que deseamos consolidar y que el Ministerio de Salud extienda a otras zonas del país.

Tiene como protagonistas a 18.600 personas, indígenas mam y k'iche' de los departamentos de Quetzaltenango y Sololá. En los 5 años de la experiencia han crecido el acercamiento y la confianza de la población hacia los servicios de salud, ha aumentado las vacunaciones, y han disminuido la mortalidad materna e infantil y la malnutrición.

El modelo reivindica el derecho de todas las personas a la salud. Para ello acerca los servicios a las comunidades, mediante 9 Casas de Salud y, sobre todo, mediante 28 Agentes de Salud Comunitaria, hombres y mujeres que son parte de la comunidad local y conocen su lengua y cultura.

El proyecto ofrece Atención Integral en Salud. Desarrolla tres programas: individual, familiar y comunitario. Tiene muy en cuenta la equidad en la atención a hombres y mujeres. Se adecúa a la cultura indígena y utiliza los recursos personales y terapéuticos de la medicina tradicional

UNA EXPOSICIÓN A VISITAR

Pueblos Indígenas de América

30 Fotografías de Miguel Bergasa



El fotógrafo pamplonés Miguel Bergasa, viaja con frecuencia, desde hace más de 25 años a distintos países de América Latina y es un testigo siempre respetuoso y bien informado del espacio vital de personas y comunidades indígenas.

Identificado enteramente con la actividad de cooperación y educación para el desarrollo que realiza **medicumsmundi**, le ha entregado, en 30 fotografías, lo mejor de su nutrida colección. Un álbum en el que ofrece retratos individuales, y documenta paisajes y modos de vida: intimidad familiar, vivienda, escuela, trabajo, mercado, organización comunitaria, fiesta y reivindicación.

En colaboración con la Mancomunidad de la Comarca de Pamplona, presentamos esta exposición en dos espacios diferentes. Del 29 de noviembre al 14 de diciembre puede visitarse en la Casa de Mendillorri, los sábados domingos y festivos de 11'30 a 14'00 horas. Luego, durante las vacaciones Navideñas, del 20 de diciembre al 14 de enero en el Batán de Villava, donde se podrá ver, además de todos los sábados y domingos, los días 26, 29 y 30 de diciembre de 11,30 a 14 horas. La entrada es libre.

UN COMERCIO SOLIDARIO

MERCADERES, 21 (antigua farmacia)



El comercio solidario de Navidad es un punto de información, encuentro y presencia anual de **medicumsmundi** en el corazón de Pamplona. Una actividad que la Organización ha mantenido, de manera ininterrumpida, todos los años desde que se creó en 1972. Lo prepara y mantiene un grupo de personas voluntarias que se reúnen con frecuencia para organizar esta actividad y otras relacionadas con el comercio justo y el consumo responsable.

Este año ofrece una gran variedad de objetos de artesanía y alimentos de comercio justo, procedentes de 33 países diferentes de África, América Latina y Asia. El Comercio Solidario permanecerá abierto hasta el 5 de enero, todos los días laborables, sábados incluidos, de 10 a 13,30 y de 17 a 20 horas.

Felicite la Navidad con tarjetas de

**medicusmundi**
navarra

Paisajes de Navarra



1 Uztárroz
Jesús Lasterra



2 Nieve en Elbete (Baztan)
Ana María Marín



3 Primera nieve en la Ciudadela
Manuel Terán



4 Puente jacobeo de Gares
Grupo CABALA

Comprando estas tarjetas usted contribuye a realizar proyectos de Cooperación y de Educación para el Desarrollo

CARACTERÍSTICAS DE LAS TARJETAS

Tarjetas dobles. Cartulina estucada 240 grs. Impresión color.

Formato

Nº 1 y 2: tamaño plegado 13,5 x 19 cm.

Nº 3 y 4: tamaño plegado 21 x 10 cm.

INFORMACIÓN Y PEDIDOS

Helena Urzáiz

c/ Ronda de las Ventas, 4 - 1º
31600 BURLADA

Tel. 948 131 574 - Fax 948 131 442

E-mail: helena.urzaiz@medicusmundi.es

PRECIOS DE TARJETA Y SOBRE

Pedidos de hasta 99 unidades: 0,80 /unidad (IVA incluido).

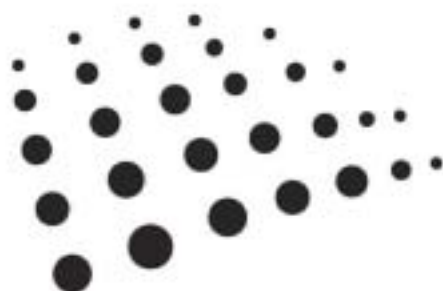
Pedidos a partir de 100 unidades: 0,75 /unidad (IVA incluido).

Los pedidos a partir de 100 unidades tendrán un 10% de descuento si se formulan antes del día 31 de octubre.

salud para todo el mundo

Fiare

Un banco en manos de la ciudadanía



Campaña de captación de capital social

Aquí puedes hacer
tus aportaciones

REAS Navarra.

Artica, 32 Bajo - Pamplona • Tél.: 685 517 030

o en cualquier oficina de CAJA LABORAL en Navarra



Hacia una
Cooperativa
de Crédito
de Banca Ética