

CAMPAÑA LIII – año 2012

APROBADO en Asamblea 20 de mayo 2011

“La salud, derecho de todos. Actúa.”

ODM 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Introducción

¿En qué mensajes vamos a centrar la Campaña 53? La Campaña del año 2012 va a estar centrada en el Objetivo 6 del Milenio: combatir el VIH/SIDA, el paludismo (malaria) y otras enfermedades.

Esta Campaña quiere ser un llamamiento en pro del desarrollo integral de cada persona y del desarrollo solidario de la humanidad, desde un enfoque integral de la promoción de la salud y de las condiciones básicas de vida de las personas. La expansión de las enfermedades contagiosas y de las demás provocadas por factores ambientales depende de la capacitación del ser humano para prevenirlas y controlar sus daños en uno mismo y en los demás. Nadie puede quedar indiferente ante las heridas del hambre, la miseria y la ignorancia.

SUMARIO

- 1.- Qué es lo que fundamenta y anima nuestro trabajo
 - 1.1.- Intentamos educar nuestro sentir y nuestro actuar en el seguimiento de Jesús de Nazaret
 - 1.2.- Intentamos actuar como el “buen samaritano”, como el que se encuentra con el enfermo y se hace su compañero de viaje.
 - 1.3.- Denunciamos las causas por las que enferman y mueren las personas y pedimos la efectiva responsabilidad de todos para erradicarlas.
 - 1.4.- Reclamamos que la salud no se convierta en un negocio multimillonario; y que los avances en la investigación de vacunas y fármacos sean puestos al servicio del derecho a la salud de los más pobres.
- 2.- El VIH/SIDA es una de las epidemias más destructivas de la historia
 - 2.1.- Información básica sobre VIH/SIDA
 - 2.2.- Cómo afronta la Iglesia Católica y Manos Unidas la lucha contra el VIH/SIDA
- 3.- El Paludismo (la malaria) afecta, sobre todo, a los pobres debido a la malnutrición
 - 3.1.- Información sobre el paludismo
 - 3.2.- Manos Unidas trabaja para erradicar el paludismo
- 4.- La tuberculosis (TB) constituye un grave problema de salud pública en los países en vías de desarrollo.
- 5.- Otras enfermedades olvidadas

La salud, derecho de todos. Actúa. Campaña 53

En primer lugar, abordamos la razón de nuestro trabajo con respecto a estas enfermedades y las injusticias que las causan; en segundo lugar, informamos sobre tres enfermedades principales y sobre otras olvidadas, pero activas en países en desarrollo, y exponemos cómo está contribuyendo Manos Unidas para erradicarlas.

1.- Qué es lo que fundamenta y anima nuestro trabajo

Exponemos, en cuatro afirmaciones fundamentales, nuestros motivos para combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades y por qué exigimos el cumplimiento del 6º Objetivo del Milenio.

1.1.- Intentamos educar nuestro sentir y nuestro actuar en el seguimiento de Jesús de Nazaret.

Durante su vida en la tierra, Jesús se mostró siempre cercano al sufrimiento de los hombres. La experiencia de la curación de los enfermos ocupó gran parte de su misión pública. A Él acudían enfermos, tullidos, ciegos y leprosos. Toda una cadena de dolor vivido tantas veces en la marginación social. Él pasó por el mundo haciendo el bien y curando las enfermedades.

Pero, en los Evangelios, estas curaciones físicas son signos que nos hablan de la necesidad de una curación más profunda. La más grave enfermedad que aqueja al ser humano es vivir como si Dios no existiera, enrocarse en la propia autosuficiencia y dar la espalda al prójimo.

El ejemplo de Cristo se prolonga en la Iglesia. Ella sigue siendo sus manos para sus hermanos en todo el mundo: “Lo que hicisteis con uno de estos, mis humildes hermanos, conmigo lo hicisteis” (Mt 25, 40).

1.2.- Intentamos actuar como el “buen samaritano”, como el que se encuentra con el enfermo y se hace su compañero de viaje.

La figura bíblica del “buen samaritano” sirve para expresar el principio de la “compasión”, como la determinación constante de hacer todo lo que esté en nuestras manos para entrar en la enfermedad del “otro”, compartir sus penas y aliviar su sufrimiento. Es una forma de “hospitalidad”, de recibir en casa al enfermo, nuestro prójimo.

Los enfermos de SIDA, paludismo o malaria, tuberculosis, chagas, dengue, entre otras enfermedades, tienen valor para nosotros, nos importan, son seres humanos que no pierden su dignidad ética; nuestra compasión activa nos compromete con ellos para ser compañeros de viaje en la recuperación de su salud y en el desarrollo de todas sus capacidades.

1.3.- Denunciamos las causas por las que enferman y mueren las personas y pedimos la efectiva responsabilidad de todos para erradicarlas.

La enfermedad forma parte de la experiencia humana. Pero nuestra experiencia fundamental es que hemos sido creados para vivir la vida de manera plena.

Las enfermedades que vamos a referir en este documento de la próxima campaña no son una maldición divina. Sus causas están identificadas: unas están ligadas a comportamientos humanos; otras, a la falta de acceso a los recursos básicos necesarios para vivir en condiciones dignas. Son enfermedades que se pueden prevenir por un doble camino: que las autoridades sanitarias se planteen el objetivo de asegurar a los ciudadanos el acceso a los tratamientos preventivos y curativos; que cada persona, en familia y en comunidad, tome conciencia, se eduque y adopte comportamientos saludables para el presente y el futuro.

La atención al enfermo y el derecho a la salud se entienden de este modo como una cuestión moral: de justicia social y de responsabilidad personal, familiar y comunitaria.

1.4.- Reclamamos que la salud no se convierta en un negocio multimillonario; y que los avances en la investigación de vacunas y fármacos sean puestos al servicio del derecho a la salud de los más pobres.

El 97% de las muertes por enfermedades infecciosas, que cada año se cobran la vida de 15 millones de personas, ocurre en los países en vías de desarrollo. La investigación y el desarrollo de nuevos fármacos se centran, casi exclusivamente, en los problemas sanitarios de los países desarrollados. El acceso a la salud y a los bienes necesarios para ello, como los fármacos y las vacunas, están condicionados por la desigualdad económica. Vacunas y prevención, sin embargo, son indispensables si se quiere mejorar las condiciones de vida y de salud de las poblaciones pobres.

Haber convertido la salud en un negocio multimillonario es un escándalo que tenemos que denunciar. La Santa Sede, directamente o a través de las organizaciones de cooperación, en repetidas ocasiones ha exhortado a las grandes industrias farmacéuticas, apelando a su responsabilidad social, con el objetivo de que rebajen los precios de los fármacos y garanticen el acceso a los medicamentos para todos¹.

El acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OMC), recogido en la Declaración de Doha (2001), aprobada por unanimidad, establece que las normas de propiedad intelectual no deben impedir a los países más pobres

¹ Mons. Paul Josef Cordes, Presidente de "COR UNUM", presentación del Mensaje de Juan Pablo II para la Cuaresma, 29 de enero de 2004; Discurso de Benedicto XVI a los participantes en el 25º Congreso Internacional de farmacéuticos católicos, 29 de octubre de 2007.

proteger su salud pública; y reconoce el derecho de estos países a producir, exportar e importar “genéricos”: fármacos con principios activos protegidos por patentes, pero con un coste de producción más bajo². No obstante, los países más ricos y las multinacionales farmacéuticas incumplen este acuerdo.

Manuel Patarroyo, inventor de la vacuna contra la malaria y Premio Príncipe de Asturias, afirma: *“no creo que siendo el conocimiento universal, alguien tenga que apropiarse de él para su beneficio particular, como las multinacionales farmacéuticas... El conocimiento debe servir a los intereses colectivos, no a los intereses privados... Llegó la hora de que los países en vías de desarrollo se unan contra el boicot de las multinacionales a la fabricación de genéricos”*.

Estas son las razones...

... por las cuales Manos Unidas contribuye con su trabajo a crear una corriente de vida plena para todos, combatiendo las enfermedades y sus causas. A través de nuestros socios locales y del apoyo a los proyectos que tienen como finalidad atender la enfermedad, Manos Unidas es presencia del amor de Dios entre los que sufren, prolongando la misión de Cristo en la vida de la Iglesia.

2.- El VIH/Sida es una de las epidemias más destructivas de la historia

El VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis son las tres enfermedades que centran la atención de la cooperación internacional³. Según el *Fondo Global contra la Malaria, el Sida y la Tuberculosis*, el aumento de los casos de estas enfermedades en países en desarrollo se debe a varios factores: las crisis económicas, que agravan aún más las dificultades de conseguir alimentos y causan desnutrición; el colapso de los sistemas sanitarios y las medidas de control insuficientes; la expansión del VIH/SIDA, la resistencia a los fármacos, el aumento de personas infectadas, el número creciente de refugiados y desplazados, los problemas del deterioro ambiental, entre otros.

2.1.- Información básica sobre VIH/SIDA

• Algunos datos

El VIH sigue siendo la principal infección mortal del mundo. En el año 2008 eran 33´4 millones de personas las que padecían VIH, de los cuales, 22´4 millones vivían en el África subsahariana. Aproximadamente 17´5 millones de menores de 18 años quedaron huérfanos en 2008, 14´1 millones en el África subsahariana.

Las mujeres representan casi un 60% de los infectados en el África subsahariana. La mujer embarazada portadora tiene un 35% de probabilidades

² En el envase del medicamento “genérico” consta el nombre del principio farmacológico, por ejemplo: “aspirina” es nombre comercial propiedad de Bayer; “AAS” (ácido acetil salicílico) es el nombre genérico del principio activo de la aspirina.

³ **VIH**: virus de la inmunodeficiencia humana. **SIDA**: síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. Con los tratamientos actuales, una persona VIH-positiva puede vivir muchos años sin desarrollar la enfermedad del SIDA.

de transmitírsele al bebé y la mitad de los lactantes infectados mueren antes de los 2 años.

- **Formas de contagio**

Las formas de contagio más comunes tienen lugar a través de tres cauces: la sangre, contiene la concentración más alta del VIH; fluidos como el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

Para que exista contagio es necesario que el VIH entre en el flujo sanguíneo. Las **vías de transmisión** o contagio son, entre otras:

- ✓ Relaciones sexuales que comportan riesgo: el mayor número de casos se da por contacto sexual por vía vaginal. El informe ONUSIDA 2010 advierte sobre el aumento de casos en parejas heterosexuales.
- ✓ Contacto sanguíneo directo: antes tenía lugar por transfusiones de sangre (por el desconocimiento de la enfermedad), ahora lo más habitual es infectarse por compartir agujas para inyectarse droga.
- ✓ Transmisión de madre a hijo: algunos casos de madres que infectan a sus bebés a través de la placenta, el cordón umbilical o la leche materna.
- ✓ Heridas abiertas o infección de mucosas: la transmisión puede darse en el ano, el recto, la vagina, el pene, la boca y los ojos, así como en heridas abiertas o nuevas, pero nunca en piel intacta sin heridas recientes.

- **Las causas**

Las causas hay que buscarlas en los aspectos biológicos de la transmisión de la enfermedad y su tratamiento; en factores sociales y culturales, en la exclusión y la marginación de las poblaciones del Sur en lo que se refiere al acceso a la educación, a métodos de prevención, de diagnóstico o tratamiento.

Las mujeres y las niñas son más vulnerables a la infección por el VIH debido a causas fisiológicas y a las discriminaciones que sufren las mujeres, obligadas muchas veces a casarse o a mantener relaciones sexuales con los hombres.

En los países más afectados, las encuestas nacionales más recientes indican que por cada hombre joven infectado con el VIH llega a haber hasta tres mujeres jóvenes infectadas.

2.2.- Cómo afronta la Iglesia Católica y Manos Unidas la lucha contra el VIH/SIDA

Algunas organizaciones locales y organismos internacionales centran sus campañas sobre la prevención del contagio del VIH casi exclusivamente en la defensa y distribución de preservativos. El contagio del virus es visto sólo como un problema higiénico sanitario.

Manos Unidas afronta la cuestión como problema sanitario y como cuestión moral vinculada al verdadero sentido de la sexualidad.

- **La prevención del contagio del VIH**

No corresponde a Manos Unidas dictar a nuestros socios locales las medidas que deben adoptar los beneficiarios de los proyectos de desarrollo para prevenir el contagio de la enfermedad. Entendemos que es una cuestión que afecta a la responsabilidad individual y pública. En consecuencia, cada persona y las autoridades sanitarias locales, en el ejercicio de sus responsabilidades, defenderán lo que consideren más adecuado y actuarán según lo humanamente posible para el mayor bien de las personas.

En Manos Unidas, siguiendo la enseñanza de la Iglesia, entendemos que no se trata sólo de un problema higiénico sanitario, sino de mucho más. La prevención del contagio del VIH está relacionada, directamente y en gran medida, con la concepción y la vivencia de la sexualidad humana, vinculadas a su vez a las creencias religiosas y morales.

En Manos Unidas tenemos una visión profundamente humana de la sexualidad. Fundamentamos nuestra visión en la revelación acerca de la verdad del ser humano, creado por Dios hombre y mujer, y con la ayuda de la antropología reconocemos que existen unas determinadas exigencias naturales para que el ejercicio de la sexualidad sea plenamente humano y moralmente bueno. En consecuencia, entendemos que “este ejercicio plenamente humano y moralmente correcto de la **sexualidad humana** requiere la existencia de una donación **mutua personal, amorosa y estable**, de modo que la unión sexual entre varón y mujer pueda responder a sus **finés esenciales que son la expresión de un amor mutuo de donación personal y la apertura a la posibilidad del nacimiento de un hijo** con todas sus consecuencias y obligaciones. Así es la sexualidad humana y sólo así puede ser vivida a fondo. Así son los planes de Dios” (Mons. Fernando Sebastián)⁴.

Para nosotros es prioritario proclamar lo anterior y educar a los adolescentes y los jóvenes para que vivan la sexualidad de manera sana, sustentada en los valores de la castidad y la fidelidad; y es más importante que distribuir preservativos bajo la idea de la sexualidad como juego de placer y el motivo del “sexo seguro”⁵. Cuando la sexualidad es entendida como objeto de consumo y se crea la mentalidad de que hay que gozarla de la forma más placentera posible, sin más ley que la del deseo, **se renuncia fácilmente a educar a las personas en el respeto al otro, en los valores del autocontrol personal**, la castidad y la fidelidad; y se favorece, implícita o explícitamente, la **promiscuidad sexual**, el aumento de conductas sexuales de riesgo y, por tanto, más posibilidades de **contagio del VIH**.

Entre las posibles medidas de prevención, al preservativo hay que darle solamente la importancia que tiene: es un instrumento que actúa como “barrera”, con más o menos eficacia, no es la mejor, ni la más segura ni la única manera de prevenir el contagio del VIH. Para nosotros la cuestión no es si sirve o no para prevenir el contagio; es más importante defender que, convertirlo en la única medida, sin más referencia que la relativa utilidad, no ayuda a promover una sexualidad plenamente humana, conforme a la concepción cristiana de la vida y sus exigencias morales. El mal no está

⁴ <http://infocatolica.com/blog/veritasincaritate.php/la-iglesia-y-el-sida>

⁵ Cf BENEDICTO XVI, *Caritas in veritate*, 44.

simplemente en el preservativo y su uso, sino en la cultura de la banalización de la sexualidad y de todo lo que esto conlleva⁶.

A propósito de la prostitución como vía de extensión del contagio del VIH

“En este sentido, es necesario poner de relieve que la situación que en muchas áreas del mundo se ha creado por la actual difusión del sida, ha hecho que el problema de la prostitución sea aún más dramático. Quien es consciente de estar infectado con el VIH y que por tanto puede contagiar a otros, además del pecado grave contra el sexto mandamiento comete uno contra el quinto, porque conscientemente pone en serio peligro la vida de otra persona, con repercusiones también para la salud pública. A este respecto, el Santo Padre afirma claramente que los profilácticos no son «una solución real y moral» del problema del sida, y también que la «mera fijación en el preservativo significa una banalización de la sexualidad», porque no se quiere afrontar el extravío humano que está en el origen de la transmisión de la pandemia. Por otra parte, es innegable que quien recurre al profiláctico para disminuir el peligro para la vida de otra persona, intenta reducir el mal vinculado a su conducta errónea. En este sentido, el Santo Padre pone de relieve que recurrir al profiláctico con «la intención de reducir el peligro de contagio, es un primer paso en el camino hacia una sexualidad vivida en forma diferente, hacia una sexualidad más humana». Se trata de una observación completamente compatible con la otra afirmación del Santo Padre: «Ésta no es la auténtica modalidad para abordar el mal de la infección con el VIH».

(...)

En conclusión, los miembros y las instituciones de la Iglesia Católica deben saber que en la lucha contra el sida hay que estar cerca de las personas, curando a los enfermos y formando a todos para que puedan vivir la abstinencia antes del matrimonio y la fidelidad dentro del pacto conyugal. En este sentido, hay que denunciar también aquellos comportamientos que banalizan la sexualidad, porque, como dice el Papa, representan precisamente la peligrosa razón por la que muchos ya no ven en la sexualidad una expresión de su amor. «Por eso la lucha contra la banalización de la sexualidad forma parte de la lucha para que la sexualidad sea valorada positivamente y pueda desplegar su acción positiva en la totalidad de la condición humana» (*Luz del mundo*, p. 131).”

Por otro lado, la finalidad de Manos Unidas no es sólo curar los males existentes, de los cuales el SIDA es uno de ellos; sino, sobre todo, erradicar las causas que los originan. Las “estructuras de pecado”, como la ignorancia, la discriminación sexual, el vivir en la miseria, la explotación laboral y sexual, la trivialización de la vida y de la sexualidad, así como del matrimonio y de la fidelidad conyugal, entre otras, son las causas sobre las cuales hay que actuar si queremos erradicar comportamientos sexuales de riesgo favorecedores del contagio de la infección del VIH y de otras enfermedades.

- **La Iglesia tiene una relación de ayuda muy importante con las personas infectadas de SIDA**

Las instituciones católicas forman entorno al 30% de las instituciones que se dedican en todo el mundo a atender a los enfermos de SIDA, pero no se quiere

⁶ Nota aclaratoria de la Congregación para la Doctrina de la Fe *Sobre la banalización de la sexualidad. A propósito de algunas lecturas de “Luz del mundo”,* 21 de diciembre de 2010.

reconocer, entre otras cosas, porque se dice que la Iglesia católica es “promotora” del SIDA porque no permite el preservativo.

La realidad es que Congregaciones y Asociaciones internacionales tales como las Vicentinas, Caritas Internacional, Comunidad de San Egidio, Padres Camilos, Juaninos, Jesuitas, Religiosas de la Madre Teresa, el Hospital del Niño Jesús de la Santa Sede, los Farmacéuticos católicos, entre otros, realizan por todo el mundo una labor imprescindible.

La siguiente afirmación de la Conferencia Episcopal de México resume bien la acción de la Iglesia: "la postura de la Iglesia católica a favor de la abstinencia y la fidelidad, y el esfuerzo por atender a millones de enfermos de sida es una contribución muy valiosa para defender la vida y la salud de tantos seres humanos necesitados de un apoyo fraterno, que es siempre la base de cualquier justicia social"⁷. Llamamos la atención sobre dos ejemplos significativos.

La Comunidad de San Egidio y el programa DREAM

La Comunidad de San Egidio⁸ lleva a cabo, desde el 2002, el programa llamado DREAM (Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition), de enfoque global, para tratar el sida en África. En la actualidad, DREAM está presente en Mozambique, en Malawi, en Tanzania, en Kenia, en la República de Guinea, en Guinea Bissau, en Nigeria, en Angola, en la República Democrática del Congo y en Camerún...

En África, el sida va asociado a otros problemas: la pobreza, la malnutrición, la tuberculosis, la malaria, el escaso nivel de educación sanitaria, por citar sólo algunos ejemplos. No se puede separar la infección del VIH de este contexto.

Existe una respuesta al sida: la terapia. Hablar de *terapia* se ha convertido en algo normal. Y eso es muy importante, porque hubo un tiempo en el que sólo se podía hablar de prevención y de formación, pero ahora existe una vía más amplia que todos podrían recorrer.

Llevar los fármacos antirretrovirales a los países africanos no es suficiente. Hace falta también una intervención a gran escala para reorganizar los sistemas sanitarios, que se encuentran en pésimas condiciones, y para reactivar e implementar las actividades elementales de educación sanitaria y de promoción de la salud, necesarias para contener la expansión de la epidemia.

Muchas organizaciones no gubernamentales, muchos investigadores y voluntarios, muchos misioneros y misioneras, presentes en varios países africanos, se han unido al trabajo de DREAM, y han ofrecido sus centros y sus recursos, compartiendo a fondo el valor y las características irrenunciables del proyecto: la centralidad de la persona, la excelencia de las prestaciones sanitarias, la comunicación de la esperanza, la gratuidad y la accesibilidad.

⁷ Comisión Episcopal de Pastoral Social (CEPS), la Comisión Episcopal Mexicana (CEM) ha apoyado la participación de la Iglesia Católica en la XVII Conferencia Internacional sobre el VIH y sida, en México DF, del 3 al 8 de agosto de 2008.

⁸ www.santegidio.org

La Fundación “El Buen samaritano” al servicio de los enfermos más necesitados

Esta Fundación de la Iglesia Católica, con sede en el Vaticano, trabaja como promotora y puente de ayudas que se necesitan con carácter permanente y urgente⁹. Fue constituida por el Papa Juan Pablo II en 2004 y confirmada por Benedicto XVI, con personalidad jurídica pública, canónica y civil; está confiada al Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y su finalidad es el sostenimiento económico de los enfermos más necesitados, con particular atención a los de SIDA.

“El Buen Samaritano” promueve, orienta y coordina -hasta cierto punto-- las ayudas que se dan en toda la Iglesia y que brindan diversas organizaciones. Actúa donde nadie lo hace, anima a las organizaciones de ayuda a los enfermos de SIDA; donde las instituciones no llegan, entonces sí entra la Santa Sede con esta Fundación.

Una de las labores es el suministro de antirretrovirales. En el orden real, lo más importante es ayudar al que está en situación urgente, atender al que está muriéndose. En el orden lógico, es prioritaria la prevención.

- **MANOS UNIDAS apoya a los socios locales en la prevención, terapia y atención a las personas**

Presentamos un ejemplo de proyecto sobre la lucha contra el SIDA que ayuda a comprender cómo trabaja Manos Unidas con nuestros socios locales.

Está ubicado en Kenya (este de África).

Kenya tiene, según las últimas estadísticas, 2,5 millones de personas infectadas de SIDA que dejan un balance de 890.000 huérfanos a causa de la enfermedad. El número de niños seropositivos menores de 5 años es de 106.000, la mayoría de los cuales han sido infectados por vía materna; entre los jóvenes de 15 a 19 años, este porcentaje se sitúa en el 35%. Las infecciones entre las mujeres son el doble que entre los hombres. Cada día mueren en el país 700 personas a causa de esta enfermedad.

A la vista de estos escalofriantes datos, las Hermanas Franciscanas Misioneras de África, congregación católica nativa, han puesto en marcha el programa denominado "**Educación para la Vida**" con el objetivo de informar y concienciar a la población más vulnerable sobre los riesgos del SIDA y ofrecer formación orientada a provocar cambios de conducta en la sociedad en relación a la enfermedad. Para ello desarrollan un programa anual de talleres y seminarios dirigidos a la población más joven, a escolares de primaria y secundaria, a líderes juveniles y a facilitadores, cuya formación revierte de forma multiplicadora en toda la sociedad. Además, imparten formación a las personas que se ocupan de la atención de enfermos de SIDA y a quienes se encargan de los más vulnerables y niños huérfanos.

Asimismo, llevan a cabo programas de difusión en la radio para sensibilizar a toda la sociedad sobre esta epidemia de dimensión nacional. En total llevan a cabo 141 programas o intervenciones al año.

Desde 1994 el programa "**Educación para la Vida**" ha llegado a 818.822 personas. Manos Unidas ya colaboró en el año 2004 con "Educación para la vida" para desarrollar sus programas durante cinco años. De nuevo solicitan a Manos Unidas colaboración para continuar su labor durante un año más. Con ello se contribuirá a

⁹ Entrevista al Presidente de la Fundación “El Buen samaritano”, cardenal Javier Lozano Barragán. www.zenit.org, lunes 14 de enero de 2008.

reducir la incidencia del SIDA en Kenya mediante la formación en la prevención y la mejora de la atención y no discriminación de los enfermos.

3.- El Paludismo (malaria) afecta, sobre todo, a los pobres debido a la malnutrición

3.1.- Información sobre el paludismo

El paludismo es una enfermedad causada por un parásito, denominado *Plasmodium*, que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados. En el organismo humano, los parásitos se multiplican en el hígado y después infectan los glóbulos rojos. Pican, sobre todo, entre el anochecer y el amanecer.

- **Datos y cifras**

En 2008 hubo 247 millones de casos de paludismo, que causaron cerca de un millón de muertes, sobre todo en niños africanos. En África, cada 45 segundos muere un niño de paludismo. La enfermedad causa un 20% de las muertes infantiles.

Aproximadamente la mitad de la población mundial corre el riesgo de padecer paludismo. La mayoría de los casos y de las muertes se registran en el África subsahariana. No obstante, también se ven afectadas Asia, Latinoamérica y, en menor medida, Oriente Medio y algunas zonas de Europa. En 2008 el paludismo se daba en 108 países y territorios.

- **Grupos de riesgo**

Entre los grupos de población que corren un riesgo especial se encuentran los niños pequeños, de zonas con transmisión estable, que todavía no han desarrollado inmunidad frente a las formas más graves de la enfermedad.

El paludismo es causa de numerosos abortos (hasta un 60% en el caso de la infección por *P. falciparum*), eleva las tasas de mortalidad materna del 10% al 50% y provoca bajo peso al nacer. Se calcula que anualmente mueren 200.000 lactantes a consecuencia del paludismo padecido durante el embarazo.

Las mujeres con infección palúdica placentaria también corren mayor riesgo de transmitir la infección a sus hijos recién nacidos.

Los pacientes con VIH/SIDA corren mayor riesgo de sufrir el paludismo en caso de ser infectados.

- **Diagnóstico y tratamiento**

El paludismo es una enfermedad febril aguda. Hay cuatro tipos de paludismo humano. Puede ser difícil reconocer el origen de los primeros síntomas: fiebre, dolor de cabeza, escalofríos y vómitos, que generalmente aparecen de 10 a 15 días después de la picadura. Si no se trata, puede poner en peligro la vida del enfermo en poco tiempo, porque altera el aporte de sangre a órganos vitales.

El diagnóstico y el tratamiento temprano del paludismo la enfermedad, suelen lograr la mejoría del paciente, pueden evitar la muerte, y contribuyen a reducir la transmisión. La OMS recomienda que, antes de administrar el tratamiento, se confirme el diagnóstico con métodos parasitológicos, cuyos resultados pueden obtenerse en escasos minutos.

Entre las medidas fundamentales para controlar el paludismo (la malaria) se encuentran el tratamiento rápido y eficaz con combinaciones de medicamentos basados en la artemisinina.

La adquisición de medicamentos antipalúdicos sigue aumentando rápidamente en todo el mundo. A pesar de ello, el total de los fondos para combatir la malaria sigue siendo muy inferior a los 6.000 millones de dólares que en 2010 se consideraban necesarios.

Por otro lado, la resistencia a los antipalúdicos se ha extendido dificultando el fruto de los esfuerzos para controlar la enfermedad. La OMS recomienda un control sistemático de la resistencia a los antipalúdicos y está prestando su apoyo para esta tarea.

Cuando los pacientes son tratados con una sola terapia a base de artemisinina, pueden dejar el tratamiento tras la desaparición de los síntomas, pero este tratamiento parcial no evita que sigan teniendo parásitos en la sangre. Si no se les administra, al mismo tiempo, un segundo fármaco, los parásitos resistentes sobreviven y pueden transmitirse a otros mosquitos, y de éstos a otras personas. Por consiguiente, las monoterapias son la causa principal de la propagación de la resistencia a la artemisinina.

• **Prevención**

La protección personal frente a las picaduras de los mosquitos es la primera línea de defensa en la prevención del paludismo. Hay dos formas de prevención eficaces en circunstancias muy diversas:

- ✓ Los mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada, de modo que todos los residentes en zonas de riesgo duerman bajo esos mosquiteros.
- ✓ La fumigación de interiores con insecticidas de acción residual es la forma más potente de reducir rápidamente la transmisión del paludismo. Los mejores resultados se consiguen cuando se fumigan al menos el 80% de las viviendas de la zona afectada y es eficaz durante 3 a 6 meses, dependiendo del insecticida utilizado y del tipo de superficie sobre la que se aplica. En algunos casos el DDT puede ser eficaz durante 9 a 12 meses. Actualmente se están desarrollando insecticidas con acción residual más prolongada para la fumigación de interiores.
- ✓ En la prevención del paludismo también se pueden utilizar medicamentos. En los viajeros, la enfermedad puede prevenirse mediante quimioprofilaxis.

En 2007-2009 se entregaron en países africanos casi 200 millones de mosquiteras tratadas con insecticida, pero necesitan unos 350 millones para que la cobertura sea total.

El desarrollo de nuevos insecticidas alternativos es una tarea lenta y cara. Detectar lo antes posible la resistencia a los insecticidas debe ser una tarea esencial de todos los países para controlar el paludismo y garantizar que se están utilizando los métodos más eficaces.

El paludismo afecta de forma desproporcionada a los empobrecidos, que no pueden pagar el tratamiento o tienen un acceso reducido a la atención sanitaria, y atrapa a las familias y a las comunidades en una espiral de pobreza.

- **Iniciativas para la erradicación**

Muchos países, especialmente de las zonas templadas y subtropicales, han tenido éxito en la erradicación del paludismo. La campaña mundial de erradicación del paludismo lanzada por la OMS en 1955 tuvo éxito en algunos países, pero no logró su objetivo, por lo que se abandonó antes de dos décadas y se centró en el objetivo, menos ambicioso, de controlar la enfermedad.

- ✓ Programa mundial sobre la Malaria (OMS): propone medidas basadas en pruebas, se ocupa de la asistencia técnica, de la vigilancia, control y evaluación de los avances contra la enfermedad y de la coordinación de los esfuerzos en esta lucha
- ✓ Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo (La OMS es también cofundadora y anfitriona): constituye el marco mundial para la aplicación coordinada de medidas contra el paludismo. La Alianza, que moviliza acciones y recursos y propicia el consenso entre los asociados, consta de más de 500 miembros, entre los que se encuentran los países donde el paludismo es endémico, sus asociados bilaterales y multilaterales para el desarrollo, el sector privado, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, fundaciones e instituciones universitarias y de investigación.
- ✓ Iniciativa para la Vacuna contra la Malaria: se creó en 1999 con el objetivo de desarrollar una vacuna eficaz contra la malaria y garantizar que ésta llegara a toda la población. Este grupo localiza estudios de vacunas prometedoras y establece acuerdos con los grupos científicos que están trabajando en ellas. Hay 10 programas de desarrollo de la vacuna alrededor del mundo. Dos de ellos se han desarrollado en Mozambique y en Kenia y estudian la seguridad y la eficacia de las vacunas en zonas endémicas.

3.2.- Manos Unidas trabaja para erradicar el paludismo (la malaria) y otras enfermedades

El proyecto siguiente se desarrolla en **Malawi**, donde los niños mueren, sobre todo, de paludismo (malaria).

El proyecto se sitúa en Mangochi, una zona de Malawi bañada por tres lagos. Su situación geográfica facilita la subsistencia de la población que tiene como actividad principal la pesca. Algunos de sus habitantes aseguran su alimentación cultivando maíz, arroz y mandioca a pequeña escala. Pero, por otra parte, el gran número de arroyos y riachuelos de la zona tiene como efectos negativos el aislamiento de las aldeas y la proliferación del paludismo (malaria).

La mayoría de la población vive por debajo de la línea de pobreza con menos de un dólar al día. El 55% de las mujeres y el 15% de los hombres son analfabetos. En Malawi la mortalidad infantil se debe básicamente a la malaria, la malnutrición, la diarrea, la neumonía y el SIDA. En Mangochi las cifras del paludismo impresionan. Un 23% de los niños menores de 5 años mueren cada año por malaria, es la mayor causa de las muertes infantiles.

Nuestro socio local, la comisión Católica de Salud de la diócesis de Mangochi, ha realizado un plan estratégico con la ayuda de CORDAID. Para ello realizó un estudio donde se han reflejado los mayores problemas y carencias de salud de la diócesis. Este estudio puso de manifiesto que la malaria es la principal causa de muerte entre los niños de 0 a 5 años. Ante esta situación, la diócesis preparó un plan de actuación urgente.

Por ello, solicitó a Manos Unidas ayuda para la puesta en marcha de un programa de dos años en dos de las zonas en que se divide la diócesis que permita disminuir el índice de mortalidad mediante actuaciones destinadas a la educación de la población y a la disminución del número de transmisiones de la enfermedad. Con este programa se prevé conseguir los siguientes fines:

- disminuir en un 50% la mortalidad infantil a causa de la malaria,
- mejorar la situación socio-económica de la población al reducir el número de enfermos;
- y mejorar la atención que se presta en los centros de salud al bajar las cargas que suponen disminuir el enorme número de enfermos que sufren malaria.

La población participará en el proyecto mediante el trabajo de voluntarios que se encargarán de hacer llegar a la población el programa y visitar a los enfermos. El programa incluye, además de charlas de concienciación a distintos niveles, el reparto de mosquiteras, la fumigación de las aldeas y el desarrollo de la medicina natural para combatir la enfermedad. Al ocuparse, por una parte, de las causas directas de la enfermedad y, por otra, de la educación de la población para su prevención, se prevé que los beneficios del proyecto sean a largo plazo.

Este proyecto se sitúa dentro de las actuaciones dirigidas a la consecución del 6 Objetivo de Desarrollo del Milenio "Combatir el SIDA, el Paludismo y otras enfermedades".

4.- La tuberculosis (TB) constituye un grave problema de salud pública en los países en vías de desarrollo.

La tuberculosis continúa siendo una de las mayores causas de muerte producida por un agente infeccioso, en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, cerca de 2 millones de personas fallecieron a causa de la tuberculosis, mientras que cerca de 10 millones de personas en el mundo contrajeron la enfermedad.

Veintidós países padecen el 80% de los casos de tuberculosis del mundo. India posee la mayor incidencia de TB, con tasas máximas comúnmente encontradas en barrios urbanos marginales; la sobrepoblación aumenta el contagio y la falta de espacio o acceso a agua potable puede impedir la

eliminación adecuada de la flema infectada que expulsan las personas infectadas al toser.

- **Cómo se contagia**

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa que se propaga por el aire. Sólo las personas enfermas de tuberculosis pueden transmitir la infección. Cuando tosen, estornudan, escupen o hablan, los sujetos infectados expulsan en el aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos. Basta con que una persona inhale unos pocos gérmenes para que contraiga la infección. Cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el bacilo de la tuberculosis. Un tercio de la población mundial está actualmente infectada.

Si no recibe tratamiento, una persona con tuberculosis activa puede infectar a una media de 10 a 15 personas en un año. Sin embargo, los sujetos infectados no desarrollan necesariamente la enfermedad. El sistema inmunitario opone una “barrera” al bacilo tuberculoso, el cual, protegido por una gruesa capa cérea, puede mantenerse latente durante años. En los sujetos infectados cuyo sistema inmunitario se ha debilitado, la probabilidad de enfermar es mayor.

- **VIH y tuberculosis**

Medio millón de personas mueren cada año por tuberculosis asociada al VIH. Si se cumplen los objetivos del *Plan Mundial para Detener la Tuberculosis*, a finales de 2015, todos los enfermos de tuberculosis serán sometidos a la prueba del VIH y, si ésta es positiva, recibirán antirretrovirales y la atención que requieran para curarse.

La combinación del VIH y la tuberculosis es mortífera, porque cada enfermedad acelera el avance de la otra. El VIH debilita el sistema inmunitario, la probabilidad de enfermar de tuberculosis entre los VIH-positivos es mucho mayor que entre los VIH-negativos. La tuberculosis, que es una de las causas principales de defunción entre las personas VIH-positivas, provoca alrededor del 13% de las defunciones debidas al sida en el mundo.

- **Tratamiento**

Si bien es una enfermedad que puede curarse, el tratamiento exige combinar varios medicamentos, como mínimo, durante seis meses. El sistema DOTS (Tratamiento Directamente Observado – procedimiento corto), supone que un observador supervisa que el paciente con TB se tome el medicamento anti-TB tres veces a la semana durante al menos dos meses, y requiere la hospitalización del enfermo.

Este método de tratamiento es menos efectivo cuando se trata de poblaciones apartadas de los centros de salud públicos, generalmente alejados de los barrios marginales; esto hace más difícil y costosa la identificación de los pacientes de TB y, por tanto, también su tratamiento.

Los laboratorios de la mayoría de los países siguen utilizando un método de diagnóstico desarrollado hace un siglo, consistente en buscar el bacilo de la tuberculosis en el esputo con ayuda de un microscopio. Y todavía no hay

ninguna vacuna que prevenga la tuberculosis pulmonar, que es la forma más común de la enfermedad.

- **Iniciativas de diagnóstico y tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del programa “Alto a la Tuberculosis” y de su apoyo al “Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2011-2015”, ha trazado un ambicioso objetivo, el de reducir a la mitad la prevalencia y mortalidad de la enfermedad de cara al año 2015.

El Plan Mundial aspira a hacer llegar los métodos de diagnóstico y tratamiento recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a 32 millones de personas a lo largo de los próximos cinco años.

Además de ayudar a los programas de salud pública a adoptar las modernas pruebas diagnósticas ya existentes, el Plan Mundial establece un proyecto de investigación dirigido a desarrollar dos nuevas pruebas de diagnóstico rápido que puedan ser utilizadas por personal convenientemente preparado para diagnosticar con precisión los casos de tuberculosis "durante la espera del paciente" incluso en los puestos de salud periféricos más básicos.

Para el año 2015, el objetivo es que haya tres regímenes terapéuticos nuevos: uno para la tuberculosis sensible a los medicamentos y dos para la tuberculosis farmacorresistente. Actualmente, en todos los países estudiados, se ha comprobado la aparición de cepas resistentes a algún medicamento, e incluso han aparecido cepas resistentes a todos los principales fármacos antituberculosos. Ello tiene su origen en tratamientos irregulares o parciales, es decir, cuando el enfermo no toma todos los medicamentos prescritos de manera regular y durante el periodo fijado.

"Es necesario difundir urgentemente las iniciativas contra la tuberculosis: si fracasamos, 10 millones de personas, entre ellos 4 millones de mujeres y niños, perderán la vida de aquí a 2015", ha señalado la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de (OMS), que alberga la Alianza “Alto a la Tuberculosis”. "El control de la tuberculosis funciona, pues la incidencia mundial de la enfermedad viene disminuyendo desde 2004, aunque demasiado lentamente".

- **Manos Unidas lucha con los “adivasis” en la India contra la tuberculosis y otras enfermedades.**

Este proyecto se sitúa en **Woka, Noreste de la India**, zona fronteriza con Nagaland, con frecuentes problemas tribales y violencia comunal.

Se dirige a la población *adivasis* de 20 pueblos distantes en un radio de 30 Km. El gobierno de Assam no los reconoce como "tribales" es decir, legalmente no tienen entidad alguna, algunos viven en los mismos campos, (el 70%) completamente marginados y aislados.

Carecen de todo: agua potable, vivienda digna, servicios médicos, medios de comunicación: no hay carreteras, por lo que en tiempos de monzón quedan incomunicados. El 67% de los hombres son analfabetos y las mujeres son

prácticamente analfabetas. Actualmente las jóvenes son llevadas mediante engaño a grandes ciudades para ser objeto de tráfico sexual.

Son rechazados siempre como "extranjeros" que usurpan la tierra que pisan y trabajan por lo que los niños no son escolarizados en la escuela pública. Existe una alta incidencia de mortalidad materno-infantil. El centro de salud más cercano queda a 15 Km. Padecen enfermedades como malaria, TB, parasitosis, enfermedades de la piel, anemia, diarreas, etc.

La parroquia de St. Peter's, en Woka, mantiene una relación abierta y cordial con los adivasis de la zona y solicita la colaboración de Manos Unidas para llevar a cabo un proyecto con doble objetivo: realizar un programa de concienciación, fortalecimiento y alfabetización de la mujer y construir un internado para hacer posible la educación de niñas y jóvenes, procedentes de pueblos muy distantes, que serán la esperanza y las futuras líderes de su sociedad.

5. - Otras enfermedades olvidadas

Son enfermedades tropicales que afectan gravemente a la población de los países en desarrollo. A pesar de afectar a millones de personas, su tratamiento es caro, ineficaz o inexistente y parecen haber caído en el olvido de la comunidad internacional. La falta de voluntad política, tanto de los gobiernos de los países ricos, como de los países afectados, unida a intereses comerciales internacionales y al afán de lucro de grandes empresas farmacéuticas, hacen que el panorama para millones de enfermos sea desolador (Informe CONGDE).

5.1.- Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas es una enfermedad parasitaria tropical, generalmente crónica, causada por el protozoo *Tripanosoma cruzi*. Se transmite por medio de un insecto hematófago (chinche) denominado vulgarmente vinchuca, el cual transmite el parásito cuando defeca sobre la picadura que él mismo hizo para alimentarse; también puede transmitirse por transfusión de sangre contaminada, al ingerir alimentos contaminados por el parásito o porque la madre infectada se la transmite al feto.

Se estima que son infectadas por la enfermedad de Chagas entre 15 y 17 millones de personas cada año, de las cuales mueren unas 50.000. La enfermedad tiene mayor prevalencia en las regiones rurales más pobres de América Latina, en países como Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia y Chile, sobre todo en zonas rurales.

La enfermedad de Chagas tiene dos fases: la aguda y la crónica. Ambas fases pueden ser asintomáticas y ser potencialmente mortales.

La fase aguda tiene lugar en las primeras semanas o meses de la infección. Generalmente pasa inadvertida porque no hay síntomas o son sólo leves y no exclusivos de la enfermedad de Chagas.

Durante la fase crónica, la infección puede seguir sin mostrar síntomas durante décadas o incluso de por vida. Sin embargo, algunas personas padecen: complicaciones cardíacas, que pueden suponer agrandamiento del corazón

(miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, alteración del ritmo o frecuencia cardíaca y paro cardíaco (muerte súbita); y/o complicaciones intestinales, que pueden incluir un agrandamiento del esófago (megaesófago) o del colon (megacolon) y pueden causar dificultades para comer o defecar.

Prevención y tratamiento

Hacer análisis rutinarios para encontrar a las personas infectadas con el parásito; especialmente en áreas donde la transmisión vectorial es activa, en zonas rurales y en zonas de recepción de inmigrantes de áreas endémicas.

Para que los medicamentos y las pruebas de diagnóstico lleguen hasta los centros de salud primaria en las zonas más remotas es necesario contar con fuertes cadenas de suministro.

Actividades de control vectorial: cuando se trata a un enfermo es necesario inspeccionar su casa y su entorno, fumigar si hay chinches. Además, se debe fumigar de forma sistemática en áreas de riesgo para controlar la proliferación del insecto y, además, invertir en la mejora de las viviendas. (*Médicos sin Fronteras*).

5.2.- Dengue

Esta enfermedad se transmite a través de la picadura de un mosquito de la especie *Aedes* infectado por alguno de los cuatro virus del dengue. La enfermedad afecta a habitantes de zonas tropicales y subtropicales. Los síntomas aparecen transcurridos entre 3 y 14 días tras la picadura infecciosa.

Los síntomas varían, desde una fiebre moderada hasta una fiebre alta, con dolores de cabeza intensos, dolor muscular y articular. No existen fármacos antivíricos específicos contra el dengue. Es importante mantener al paciente hidratado.

El dengue hemorrágico (fiebre, dolor abdominal, vómitos, hemorragia) es una complicación potencialmente mortal que afecta principalmente a los niños. El diagnóstico temprano y una buena atención clínica garantizan la supervivencia de los pacientes.

"Revise su vivienda al menos una vez por semana. **Elimine las aguas estancadas y tape los recipientes llenos de agua que vaya a utilizar.** ¡Combatamos el dengue! Aviso del Ministerio de salud pública", reza un mensaje de texto enviado por una compañía de telefonía móvil a todos sus usuarios, en Paraguay, país que decretó "alerta sanitaria" ante el avance de la enfermedad.

5.3.- Enfermedad del sueño

La infección se transmite por la mosca tsé-tsé, que se reproduce en áreas pantanosas, a lo largo de los ríos en las selvas y sabanas. Los habitantes de las aldeas están expuestos a estos insectos cada vez que van a la selva o al río para buscar agua, lavar ropa, cazar o pescar.

La enfermedad del sueño amenaza a más de 60 millones de personas en 36 países de África Subsahariana, de los cuales, menos de cuatro millones, acceden al sistema de salud.

Cuando la mosca tsé-tsé pica a una persona, le inyecta el parásito protozoario (trypanosoma) en la corriente sanguínea. El parásito se reproduce en la sangre y en el sistema linfático e, inmediatamente, ataca el sistema nervioso central.

Los primeros síntomas de la enfermedad son fiebre, dolor de cabeza y dolor en las articulaciones. En esta fase, el tratamiento es relativamente sencillo, pero el diagnóstico es difícil. Posteriormente, cuando el parásito invade el cerebro, el estado mental del paciente se altera y produce trastornos en el sueño, además de dolor intenso, confusión mental y convulsiones. En esta fase, la enfermedad se caracteriza por síntomas neurológicos que, si no se tratan, llevan al debilitamiento físico, somnolencia, al coma y a la muerte. Lamentablemente, es en esa última fase cuando la mayoría de los enfermos busca tratamiento.

En los años 20, en la República del Camerún, un médico llamado Jamot inició un control eficaz de la enfermedad que consistía en enviar equipos móviles a las aldeas para diagnosticar y tratar a la mayor cantidad posible de enfermos. El programa del Dr. Jamot tuvo éxito porque consiguió vaciar la reserva humana de tripanosomas. Recientemente, las guerras han provocado la desorganización de los sistemas de salud y movimientos migratorios lo que ha favorecido la proliferación de los trypanosomas.

Tratamiento

La enfermedad del sueño es difícil de tratar. El tratamiento consiste en administrar isetionato de pentamidina, suramina, melarsoprol y eflornitina, pero estos medicamentos son escasos, tóxicos y generan resistencia del parásito.

La Eflornitina, un medicamento con menos efectos colaterales que los otros, es una alternativa más segura y eficaz para la fase avanzada del T. b. gambiense. Sus propiedades contra los tripanosomas se descubrieron fortuitamente y, debido a su gran capacidad para sacar a los pacientes del coma se lo llamó Remedio de la Resurrección. Sin embargo, la producción se interrumpió en 1995 porque no era rentable. La enfermedad afecta fundamentalmente a las poblaciones pobres que no pueden pagar el medicamento. En 2001, después de algunos años de fuerte presión internacional, liderada por Médicos sin Fronteras y por la Organización Mundial de la Salud, el fabricante reinició la producción de Eflornitina para atender las necesidades estimadas de 5 años y para contribuir a los programas de investigación de la OMS sobre esta enfermedad.

Prevención

La enfermedad del sueño se puede prevenir a través del control eficaz de la mosca tsé-tsé. La hembra de esta mosca produce, aproximadamente, 10 larvas durante su corto período de vida. Por lo tanto, prevenir la diseminación de la enfermedad del sueño a través del control de la mosca tsé-tsé debería ser una alternativa eficaz. Los métodos tradicionales incluyen la eliminación de

arbustos para destruir el hábitat de la tsé-tsé y el rociado de insecticidas por aire o sobre el suelo. Métodos menos perjudiciales para el medio ambiente, incluyen el uso de trampas con las llamadas carnadas vivas, que consiste en colocar insecticida sobre los animales domésticos, que después será ingerido por la mosca tsé-tsé. La elección del método de control depende mucho del tipo de la mosca tsé-tsé y también del grado de compromiso del gobierno y de los medios económicos que éste y la comunidad afectada inviertan en ello.

5.4.- Filariosis linfática

Es una enfermedad tropical parasitaria que se transmite por la picadura de un mosquito. Actualmente hay 120 millones de personas infectadas, de las cuales, 40 millones están incapacitadas y desfiguradas a causa de las lesiones que causa. Afecta principalmente a Asia, África y a algunos países de América del Sur.

5.5.- Leishmaniasis o Kala azar

Según la OMS, se producen alrededor de 500.000 nuevos casos cada año. Aproximadamente, el 90% se diagnostican en 5 países: India, Bangladesh, Nepal, Brasil, y Sudán.

La Leishmaniasis es una enfermedad parasitaria tropical causada por una variedad de Leishmaniasis que se transmite por la picadura de ciertos tipos de mosca de la arena. La forma más grave, la leishmaniasis visceral, también es conocida como kala azar (fiebre negra en hindi).

Cuando una persona se infecta, su sistema inmunológico se debilita y es más frágil frente a otras infecciones. Los síntomas son anemia, pérdida de peso, agrandamiento de bazo y ganglios linfáticos, y fiebres prolongadas.

Muchas infecciones y muertes nunca se conocerán, porque las personas que sufren kala azar suelen vivir en lugares remotos y raramente acuden a un centro de salud. La coinfección con VIH/SIDA está empeorando la situación.

Al principio, el diagnóstico se basa en la fiebre prolongada y esplenomegalia clínica (agrandamiento del bazo). A los pacientes sospechosos se les hace una prueba de diagnóstico rápido que sólo requiere una gota de sangre. En caso de que el resultado sea negativo, el kala azar puede ser descartado o buscado por otra prueba serológica o mediante el examen microscópico del bazo, la médula ósea o los ganglios. Estas pruebas requieren conocimientos técnicos y laboratorios a menudo no disponibles en las zonas donde viven la mayoría de los pacientes. Se han desarrollado otros dos tests para el diagnóstico de la leishmaniasis visceral, pero requieren un laboratorio bien equipado y personal cualificado.

Tratamiento

Las opciones de tratamiento actuales incluyen anitmoniales pentavalente (Pentostam, SSG genérico, Glucantime, desoxicolato de anfotericina B, anfotericina B liposomal (Ambisome), paromomicina y la miltefosina. Aunque la lista de posibles tratamientos parece extensa, cada uno tiene limitaciones significativas. En la actualidad, uno de los tratamientos más habituales es el

estibogluconato de sodio (SSG), que es bastante tóxico y requiere un tratamiento prolongado. Sin embargo, cada vez aparecen más resistencias a este medicamento.

El tratamiento más efectivo que existe en estos momentos es la anfotericina B liposomal, conocida por el nombre comercial de AmBisome. Se trata de un fármaco muy efectivo, con bajas tasas de recaída, menos toxicidad que otros y un tratamiento más corto que los medicamentos habituales. Sin embargo, su precio es demasiado alto: unos 300 euros por paciente.

CONCLUSIÓN

El objetivo de conseguir una buena salud para todos es obligación y cometido, ante todo, de los poderes públicos, que deben garantizar servicios de calidad; es su obligación también alentar a las personas a adoptar hábitos de vida saludables. Pero es también una responsabilidad de cada persona: descuidar o poner en riesgo la salud propia y la de los demás es atentar contra el derecho fundamental a la vida.

Combatir las enfermedades infecciosas, atender a las personas enfermas y erradicar las causas que las producen requiere planteamientos integrales, no sólo científicos, sanitarios y técnicos. El ser humano nos importa. Manos Unidas, juntamente con nuestros socios locales, nos hacemos compañeros de camino de las personas enfermas en África, América Latina y el Caribe, Asia y Oceanía, en los sitios más olvidados.