



CUADERNOS

Noviembre - Diciembre 2010, Vol. XXIV, n.º 6

SIDA Y TUBERCULOSIS EN AFRICA SUBSAHARIANA

Por

Amparo Cuesta (HMNSDA)





ÍNDICE

Editorial	3
I. SIDA, TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA	4
Situación real	4
Estado de la Pandemia de VIH en África	4
El impacto del VIH y el Sida	5
La lucha contra la epidemia de VIH y Sida	6
La tuberculosis	7
Manejo conjunto del Sida y la Tuberculosis en África	8
Programas conjuntos de Sida y Tuberculosis	9
La epidemia de Sida en Malawi y su manejo	10
Un problema a resolver	11
II. LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN GENERAL	12
Los mayores exterminadores de los jóvenes	12
Enfermedades infecciosas que causan el 90 % de las defunciones	13
Evitable a bajo costo	14
¿Se acerca el final de algunas enfermedades infecciosas?	16
Conclusión	23

IMAGEN PORTADA: El símbolo del Sida. Mercado de Sokoni, en Kenia. © Allan Gichigi/IRIN

Está publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Consejería de Inmigración y Cooperación de la Comunidad de Madrid, la Dirección General de Inmigración y Cooperación al Desarrollo del Ayuntamiento de Madrid. El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de Fundación SUR y no refleja necesariamente la opinión de los co-financiadores.

Imprime: Printing'94, S.L.

FUNDACIÓN SUR-Departamento África
 Director: José Julio Martín-Sacristán Núñez
 Redacción y administración: c/ Gaztambide, 31. 28015-Madrid
 D.L.: M-13193-1989 ISSN: 1136-0984
<http://www.africafundacion.org>
 e-mail: correo@africafundacion.org
 Teléfono: 915 441 818.
 Fax: 915 497 787.
 Declarado de utilidad pública OM.17.10.1995



EDITORIAL

Este número de “Documentos” se centra en un tema del que todos hemos oído hablar, pero del que, probablemente, pocos hayan tenido la oportunidad de profundizar en sus graves repercusiones ni en las soluciones concretas que se podrían ofrecer. Se trata de las enfermedades contagiosas en África, y, en primer lugar, del SIDA y la Tuberculosis, dos enfermedades que necesitan una estrategia común; pero se refiere también a otras enfermedades numerosas y extrañas, aun más que sus propios nombres.

Está escrito por Amparo Cuesta, Hermana Misionera de Nuestra Señora de África (HMNSA), que ha trabajado al servicio de la población de Malawi durante más de treinta años. Ha ejercido de enfermera especializada en medicina tropical, y ha estado encargada de la dirección de hospitales de misión. Del 1997 al 2003 participó activamente en la coordinación del Programa de Atención al Enfermo de Sida, un proyecto vanguardia en el campo de la salud pública, dirigiendo el trabajo de más de quinientos voluntarios.

Como dice Amparo, aun queda mucho por hacer en este campo y, aunque se puede, no se hace porque no queremos. Esperemos que este documento aporte su granito de arena y consiga movilizar nuestras voluntades. De ese modo contribuiremos a evitar un sufrimiento innecesario, en especial para unas enfermedades que tienen remedio.

JOSÉ JULIO MARTÍN-SACRISTÁN NÚÑEZ
DIRECTOR GENERAL DE LA FUNDACIÓN SUR



LA FUNDACIÓN SUR NECESITA TU COLABORACIÓN

ECONÓMICA:

Tras varios años ofreciendo un servicio gratuito de producción y envío de información sobre África: Africana Noticias, Cuadernos y libros, ahora necesitamos tu ayuda para poder continuar con la gratuidad de nuestros servicios. Te invitamos a que nos ayudes específicamente en los costes postales y, en general, con las actividades de la Fundación Sur para que podamos mejorar nuestros servicios y ampliar nuestras prestaciones.

Los donativos se pueden hacer a través de cheques nominativos o transferencia bancaria:

Fundación Sur: Banco Sabadell Atlántico: 0081-0640-67-0001385942

Caja Madrid: 2038-1760-80-6000427682

La Caixa: 2100-1418-60-0200179413

O con tarjetas de crédito y débito a través de nuestra página web

Puedes desgravar tus donativos en la declaración del IRPF en un 25%, (para empresas un 35%). Para poder enviar el certificado es imprescindible que tengamos el NIF/CIF y demás datos personales actualizados.

TRADUCTORES:

Si sabes inglés, francés o portugués y quieres colaborar traduciendo artículos regular o esporádicamente, contacta con nosotros.

FONDO BIBLIOTECARIO:

Si estás en Madrid y quieres colaborar en el mantenimiento administrativo del fondo bibliotecario, pásate por nuestro centro, en la calle Gaztambide, 31.

TRANSCRIPTORES:

Si deseas colaborar transcribiendo archivos de audio a texto, ponte en contacto con nosotros.

SIDA, TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN ÁFRICA SUBSAHARIANA

Situación real

El virus VIH y la enfermedad del Sida hace años que se ha convertido en la pandemia más grande de la era moderna. Desde que se reconoció en 1982, el VIH /Sida se ha cobrado más de 20 millones de vidas y ha dejado huérfanos a 12 millones de niños. A finales de 2003 se estimaba que 40 millones de adultos comprendidos entre los 34 y los 46 años vivían con VIH/Sida en todo el mundo, de los cuales la mayoría estaban en los países más pobres y menos desarrollados. Solamente en 2003, 5 millones de personas sufrieron nuevas infecciones de VIH y 3 millones murieron de Sida.

Este estudio tratara de analizar en profundidad y dar los datos que afectan a la población africana por ser África el continente que tiene más víctimas causadas por esta enfermedad y donde el número de casos de Tuberculosis esta creciendo de una manera alarmante, a pesar de todos los esfuerzos que se hicieron en los años 70 para luchar y controlar la expansión de esta enfermedad.

Estado de la Pandemia de VIH en África

El África Subsahariana acoge aproximadamente el 10% de la población mundial que vive esta catástrofe de la enfermedad del Sida. En 2003 se estimaba que entre unos 25 a 28 millones de personas vivían infectados con el virus en el sub-continente y de 3 a 3.4 millones eran nuevas infecciones a la vez que de 2.2 a 2.4 millones murieron de Sida ese año. En años sucesivos estas cifras crecieron hasta alcanzar los 32-33 millones en 2005. A diferencia de otros continentes, las mujeres africanas corren un riesgo superior, por lo menos de 1.2 veces más que los hombres de adquirir la infección del VIH. En el grupo de mujeres de edad comprendida entre los 15 y 24 años el riesgo es aun mayor, hasta 2.5 veces más que los varones de esa misma edad. Esto es debido a que el VIH se transmite más fácilmente de hombres a mujeres que viceversa. La actividad sexual entre las jóvenes comienza a una edad más temprana que los varones ya que tienen sexo con hombres de edad mucho más avanzada que ellas.

La infección de VIH varía mucho de país a país a través del continente africano. Desde Mauritania que tiene menos de un 1% hasta alcanzar un 40% en Botsuana y Suazilandia.

África del Sur cuenta con menos del 2% de la población mundial y posee, sin embargo más de un 30% de su población con VIH/ Sida. Las estadísticas realizadas de 1997 a 2003 sobre 140.000 mujeres embarazadas, atendidas en 300 clínicas/maternidad en 22 países africanos, nos muestran que la infección de VIH se había estabilizado en todos los países y sub-regiones desde finales de los 90. En África del Este hay una pequeña inflexión a la baja en lo que respecta a esa infección, de una manera muy modesta pero gradual, lo que supone una cierta esperanza. En África Central y Occidental la infección ha permanecido estable y en los países del sur de África las cifras son estables o peores con un crecimiento de infectados de VIH.

Algunos observadores interpretan que esta aparente “estabilidad” en el número de infecciones es una indicación de que la epidemia de VIH/ Sida en África Subsahariana ha alcanzado el punto de retorno. Desgraciadamente, esto no parece ser el caso. La “estabilización” de las cifras de VIH se da porque se igualan con las cifras de la mortalidad del Sida. En otras palabras, la epidemia en el África Subsahariana sigue aumentando. El tiempo que esto va a durar así va a depender y depende mucho de la **efectividad de la prevención, el tratamiento y los programas de cuidados a los enfermos.**

La mayoría de las infecciones en el África Subsahariana se deben al VIH 1. El VIH 2, es menos común y se encuentra principalmente en África del Oeste aunque algunas infecciones con este



virus también se han confirmado en otros países africanos como Angola y Mozambique. El VIH 2 crece más despacio y es de más difícil transmisión, desarrolla más lentamente el Sida y se asocia con una mortalidad más reducida.

La mayoría de las infecciones son transmitidas por medio de relaciones heterosexuales, aunque las infecciones de madre a bebe, las de las transfusiones de sangre infectada y las de jeringuillas también juegan un papel importante. Los factores más específicos y con mayor riesgo son el sexo entre hombres mayores y mujeres jóvenes, la falta de circuncisión masculina y la presencia de enfermedades sexuales transmitidas con o sin úlceras genitales.

La frecuente presencia de úlceras genitales causadas por el herpes simple supone para las mujeres jóvenes un riesgo grande de infección con el VIH. Hay ciertos datos, en particular en África del Sur en donde hombres y mujeres tienen a menudo más de una, normalmente dos o tres parejas sexuales, que pueden alternarse durante meses o años. Este hecho difiere del de las parejas monógamas más corriente en las sociedades llamadas occidentales, o de la del sexo casual o comercial que se da en todas las partes del mundo.

Está matemáticamente probado que la transmisión de VIH es mucho más rápida y por tanto desemboca diez veces más rápidamente en una epidemia cuando se dan relaciones sexuales asiduas y variadas con varias parejas, que en las relaciones monógamas. Este fenómeno puede explicarse biológicamente por el hecho de que el poder de infección es mayor durante las primeras semanas y meses después de que una persona haya adquirido la enfermedad por lo que la persona que mantiene distintas relaciones pone en alto riesgo a todo el grupo que tiene como pareja. Esto contrasta con aquellos que tienen una sola relación duradera durante meses o años, por lo que la Salud Pública de un país necesita concentrar muchos esfuerzos para señalar a la población este hecho y avisar de los peligros ocasionados por tener relaciones con varias parejas.

El Impacto del VIH y el Sida

En todos los países afectados el Sida impide su desarrollo y ejerce un peso grande sobre las familias y los individuos. Sin embargo el VIH y el Sida tienen sin duda alguna un impacto mucho más devastador en el África Subsahariana. En algunos países africanos el VIH y las enfermedades ocasionadas por el Sida son responsables de más del 40% de todas las admisiones de hospital. En un hospital de un distrito de Malawi el 70 % de los pacientes adultos admitidos eran VIH positivos y el 45 % tenían Sida, el 36% de los admitidos para operaciones quirúrgicas eran VIH positivos y el 8% tenían Sida.

El Sida es la causa mayor de las muertes que acontecen en Abidján, Costa de Marfil, y en Francistown, Botsuana. La mortalidad registrada en jóvenes y adultos, en jóvenes con un grado alto de educación en zonas rurales es muy alta. El 90 % de los 2.1 millones de niños infectados con VIH en todo el mundo viven en África Subsahariana. Algunos de los estudios hechos con madres cogidas al azar muestra que la infección de madre al bebe por el virus y la posterior consecuencia de mortalidad de bebes son corrientes en África Subsahariana. Antes de cumplir el año, el 35 % de los niños infectados por VIH han muerto y en los de niños dos años el porcentaje llega al 52%. Mientras que en los niños no infectados el porcentaje es del 5% y el 8% respectivamente.

La mortalidad entre adultos y con cierta extensión la de los niños ha dado como resultado la reducción considerable de los años de vida en zonas rurales y urbanas de África. Por ejemplo en Botsuana, Zimbabue y Suráfrica, los años de vida han descendido de 60 años en 1990 a sólo 30 en 2009. Matando a los adultos en los años mas productivos de sus vidas el Sida esta privando a toda la región de los conocimientos y capacidades básicas esenciales para un desarrollo económico. El nivel de vida de los pobres esta amenazado por el VIH/Sida y los gastos necesarios para proveer los cuidados a enfermos absorben una tercera parte de los ingresos mensuales en una casa. La Educación también sufre, los maestros





y profesores con VIH/ Sida están muriendo casi en el mismo porcentaje que son preparados para esa tarea. Los sistemas sanitarios, débiles de por sí, tienen que hacer frente al impacto negativo de sus profesionales que sufren la devastación de la epidemia igual que el resto de la población. El problema de los huérfanos es enorme y un número muy grande de niños tiene que crecer con la ayuda de sus abuelos. Muchos huérfanos no pueden beneficiarse de la educación primaria, sufren malnutrición y pobreza. Esta situación genera una espiral de violencia, crimen y comercio de sexo. El Sida retrasa el desarrollo y crea condiciones que generan inestabilidad política.

La lucha contra la epidemia de VIH y Sida

Intentando cambiar el panorama

Los retrovirales o la terapia contra el virus que produce el Sida son el mejor medio que se posee para reducir la enfermedad y la mortalidad de los pacientes con VIH que sufren de las enfermedades oportunistas y del Sida. Si se asume según las indicaciones, prescripciones y consejos debidos, la terapia existente trata la infección del VIH y previene muchas de las complicaciones que amenazan la vida con Sida además son un incentivo poderoso para que la gente acepte una ayuda psicológica y acepte hacerse el examen de sangre del VIH. Estas intervenciones son capitales tanto para el tratamiento como para la prevención de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud con su iniciativa de proveer a 3 millones de personas en países en vías de desarrollo en 2005 con medicinas gratuitas, hizo buenos pero muy lentos progresos de ayuda a algunos enfermos que lo necesitaban desesperadamente.

La rapidez es necesaria. Por otro lado, la masiva cantidad de medicamentos Retrovirales ARV, que se necesitan en Africa Subsahariana no pueden ser distribuidos usando el modelo de “medicina” o del estándar medico. Hay que utilizar otros medios más sencillos. El modelo contra la tuberculosis ha sido usado durante muchos años de una manera exitosa proveyendo tratamiento a millones de pacientes en países pobres del mundo y muchos de esos conceptos se utilizan ahora para dar el tratamiento de los retrovirales. Un ejemplo muy bueno es el que ha sido adoptado siguiendo este modelo en un país pequeño de Africa: **Malawi que se embarcó en la distribución de retrovirales a escala nacional.**

Una epidemia de estas magnitudes siempre requiere una ayuda significativa de la comunidad internacional que asegure los medicamentos retrovirales y la posibilidad de efectuar una prevención efectiva en el cuidado de enfermos. Lo que se ha gastado en el Sida a escala mundial, según las últimas estadísticas, aumentó de unos 300 millones de dólares en 1996 a 5 billones en 2003 cuando lo que se necesitaba para 2005 eran 12 billones y 20 billones en 2007 para la prevención y tratamientos en países con tasas de ingresos bajos y medios. Desde entonces se han hecho también muchos esfuerzos en el campo de nuevos microbicidas y adelantos por conseguir una vacuna eficaz contra el virus. Precisamente porque estas son las herramientas del futuro es muy importante preparar un esfuerzo en todos los frentes posibles contra el VIH con los medios que se tienen y se conocen en este ámbito y que, sin embargo, son pocos usados. Estos esfuerzos son necesarios para:

- a) educar e informar a todos los jóvenes del peligro de infección del VIH a través de los programas existentes para ellos,
- b) informar del uso del condón y sus propiedades,
- c) promover el que las personas voluntariamente pidan consejo e información para hacerse el test del VIH. El 90% de los infectados por el virus que no conocen su estado,
- d) asegurar que los programas que atienden a los que usan drogas tengan suficiente provisión y distribución de agujas y jeringas para ellos e





e) impulsar el tratamiento de medicación preventiva existente para luchar contra la transmisión del virus entre la madre y el bebe.

Es importante que el paquete de medidas para el cuidado y la ayuda a los infectados por el VIH lleguen a ser una realidad para todos, incluyendo la posibilidad de hacer un diagnóstico bueno y seguro, prevenir la infección de la tuberculosis utilizando la prevención con Isoniazida, y para las enfermedades oportunistas el medicamento de Cotrimoxazole para los adultos y niños. Todas estas medidas deben impartirse dentro de los sistemas de Salud que en muchos de los países del mundo infectados y afectados por el virus están en una situación cercana al colapso total. El fortalecimiento de los sistemas de Salud haciendo cara a situaciones de desastre como la ausencia de personal, la falta de una buena información, un control muy pobre de los recursos financieros y una distribución desigual de los medios que se tienen es esencial para poder cambiar el rumbo contra la pandemia de VIH.

Los problemas están identificados, las soluciones están ahí de una manera parcial o completa y en palabras del Doctor Lee Yong –Wook de la Organización Mundial de la Salud, **“lo mas crucial ha sido empezar”** y traducir todos nuestros conocimientos en acción.

La Tuberculosis

Cerca de dos billones de personas, uno de cada tres individuos de la población mundial están infectados con el bacilo de la tuberculosis y a riesgo de desarrollar tuberculosis en un periodo futuro de la vida. Cada año alrededor de 100 millones de personas se infectan y el número actual de los que desarrollan la enfermedad anualmente es de 10 millones, de los cuales 3 millones mueren. La tuberculosis representa un peligro para la salud de los niños desde tiempos inmemoriales. Hacia finales de esta década se estima que mas de 15 millones de bebés y niños habrán desarrollado la enfermedad y habrá una mortalidad de 5 millones en el mundo entero.

Existen varios factores que han propiciado el resurgimiento de la tuberculosis. De estos el más importante es el efecto de la coexistencia del virus VIH en muchos países pobres. Otros factores son:

- los ocasionados por las migraciones de poblaciones rurales con un alto riesgo de infección a países o zonas industrializados;
- el impacto de las malas condiciones sociales;
- el fenómeno de resistencia en las personas desarrollado contra los múltiples medicamentos que se utilizan contra la Mycobacterium tuberculosis y que se ha producido debido al inadecuado tratamiento que se ha hecho en muchos casos
- la ineficacia en muchos países de programas de prevención y vigilancia.

Algunos países industrializados han experimentado una disminución de esta enfermedad en niños mientras que otros han visto que el porcentaje de descenso ha sido más lento o incluso ha dado un giro en sentido contrario. En Africa, casi todos los países han notificado un aumento en porcentajes y países como Zambia han cuadruplicado esas cifras en comparación con los años 70. En países industrializados como Inglaterra y Gales el porcentaje de TB bajó de 7/100.000 en 1978 al 3.2/100.000 en 2003.

La Tuberculosis en Africa

El África subsahariana, con una población que equivale a un poco más del 10% de la población mundial, alberga más de 25 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, dos tercios del





total de casos mundiales. Las infecciones pulmonares oportunistas constituyen causas importantes de enfermedad y mortalidad entre los adultos infectados por el VIH en este sub-continente. De estas enfermedades, la tuberculosis (TB) es, con mucho, la más grave y de mayor preponderancia y en algunos países es la causa de muerte de un tercio o más de todas las causas de muerte relacionadas con el SIDA. Dada su frecuencia y el hecho de ser un grave problema de salud pública, la TB encabeza la lista del diagnóstico diferencial de las personas—con infección por el VIH coexistente o sin ella—que se benefician del sistema de atención de salud por tos crónica y otros síntomas pulmonares. En la medida en que se agrava la inmunodepresión causada por el VIH, las manifestaciones clínicas y radiográficas de la TB se hacen cada vez más atípicas.

La neumonía extra hospitalaria ocupa el segundo lugar entre las complicaciones pulmonares asociadas a la infección por el VIH/SIDA, y su causa más frecuente es la *Streptococcus pneumoniae*, usualmente sensible a los antibióticos betalactámicos corrientes. La prevalencia de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* está aumentando, debido a un mejor reconocimiento de sus características clínicas y radiográficas, como también a intervenciones diagnósticas más intensas; sin embargo el resultado del tratamiento sigue siendo mediocre en la mayoría de los países. Es corriente la presencia simultánea de varias infecciones, y entre ellas generalmente la TB. Aparentemente se considera poco usual la localización pulmonar de infecciones como la nocardiosis, la criptococcosis, el sarcoma de Kaposi y tal vez de la histoplasmosis, pero es probable que se subestimen estos diagnósticos. Lo que se necesita urgentemente es hacer progresos en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de todas estas enfermedades, pero por encima de todo sería muy beneficiosa una ampliación considerable de un programa de tratamiento con medicamentos retrovirales.

Precisamente porque la tuberculosis o las infecciones pulmonares son generalmente la primera manifestación de una posible infección del VIH el personal que trabaja en el área de la salud debería inmediatamente utilizar esta posibilidad para aconsejar al paciente que se haga el test del VIH. La Tuberculosis es más difícil de diagnosticar en los pacientes con VIH que en aquellos que no lo tienen. Una de las razones de esta diferencia consiste que en pacientes con las dos infecciones hay un desarrollo de la enfermedad en diversos órganos del cuerpo por lo que es más difícil hacer un claro diagnóstico. La otra es que la presencia del bacilo de la tuberculosis en la muestra que se usa para diagnosticar la Tuberculosis en pacientes con doble infección es menor que en aquellos que solo sufren TB. Esto es un hecho muy notable y significativo en toda el Africa Subsahariana.

En el año 2000 el 31 % de los casos de Tuberculosis en Africa Subsahariana eran también VIH positivos. Esta cifra varía pero en muchos países alcanza hasta el 70 % y naturalmente entre la población afectada que es la de 15 a 49 años de edad. Por lo que la diferenciación del diagnóstico tanto para pacientes externos o internos del hospital casi siempre incluye el test de TB.

Manejo conjunto del Sida y la Tuberculosis en Africa

Actualmente, dada la disponibilidad creciente de medicamentos retrovirales (ARV) para luchar contra el VIH en países de escasos recursos, numerosos médicos precisan instrucción sobre su utilización. Es así en particular para los médicos que atienden pacientes con tuberculosis (TB), si se considera la estrecha relación entre la TB, el VIH y el SIDA. Las decisiones más importantes a las que se confrontan los médicos que tratan personas infectadas por el VIH, son las que conllevan referencia a los problemas de pacientes con infección TB concomitante. Todos los individuos con síntomas y signos que sugieran la infección por el VIH, incluidos todos los pacientes con TB, deben recibir por parte del responsable de atención sanitaria, el ofrecimiento de pruebas diagnósticas sobre el VIH por métodos rápidos. Y es muy importante considerar los aspectos que deben tratarse en las sesiones de orientación previas a las pruebas diagnósticas y posteriores a ellas. Se deben examinar los pacientes con infección por el VIH a fin de determinar el estadio clínico de la infección; en condiciones ideales deberían practicarse algunas pruebas de laboratorio para evaluar el nivel de inmuno-depresión y para orien-



tar la decisión del mejor momento para comenzar el tratamiento ARV y las medidas preventivas. En ese momento se deben presentar los protocolos ARV recomendados y las orientaciones propuestas para el seguimiento de los pacientes. Se debe exigir un buen cumplimiento con el tratamiento ARV, indicando los factores que inducen y refuerzan la observancia terapéutica.

El tratamiento antituberculoso constituye una alta prioridad y sus principios son idénticos para pacientes con o sin infección del VIH. Se deben de presentar las indicaciones sobre el uso de medicamentos ARV en pacientes con TB. Se debe establecer un sistema estandarizado y complementario de información, con el objeto de vigilar el tratamiento de los pacientes con TB e infección por el VIH y evaluar la eficacia de las iniciativas conjuntas de atención de la TB y del VIH. Gracias al diagnóstico y tratamiento de los casos adicionales de infección por el VIH, detectados a través del programa de lucha contra la TB, los médicos tienen la posibilidad de disminuir la carga de mortalidad causada por el VIH y en consecuencia por la TB.

Este pequeño estudio sobre la situación de la Tuberculosis y el Sida en Africa ha tratado de dar luz a los problemas pulmonares y sus complicaciones que afectan a los habitantes del Africa Subsahariana que padece los infectados por el virus VHI y el Sida. La tuberculosis encabeza la lista tanto para los adultos como para los niños, le siguen de cerca las enfermedades respiratorias agudas y una variedad de otras enfermedades en las que sus clínicas manifestaciones están caracterizadas pobremente.

Es obvio que para mejor acertar y tratar a las personas con VIH cuando ellas se ponen enfermas y darles adecuada prevención contra otras enfermedades endémicas de la región, se necesita saber mucho mas de lo que se conoce hasta el momento sobre las complicaciones pulmonares, cómo diagnosticarlas mejor y cómo tratarlas. Eso quiere decir que hay que incrementar los esfuerzos en el campo de la investigación existente.

Otra gran prioridad es que todas las personas que necesiten retrovirales, los reciban. Los retrovirales han ayudado mucho a mejorar el cuadro dramático y severo de ciertas enfermedades oportunistas del Sida e incluso a mejorar la supervivencia de los pacientes VIH/Sida en los países industrializados. Pero más importante que los tratamientos y las medicinas es necesario crear en el campo de la PREVENCIÓN. La solución definitiva del SIDA depende de la prevención, evitando la expansión del VIH a personas que no están infectadas. Por tanto mientras esperamos la vacuna totalmente efectiva contra el virus el ABC promulgado por las Organizaciones de la Salud es la única arma probada efectiva para evitar el contagio del VHI.: practicar la Abstinencia, la Fidelidad a su propia pareja y evitar la promiscuidad y utilizar los Preservativos.

Programas conjuntos de Sida y Tuberculosis

En la actualidad existen programas conjuntos elaborados para la lucha contra el contagio de las personas infectadas de VIH/Sida y Tuberculosis. Están planificados por orden de prioridad: hay que actuar, cómo hacerlo, quién debe hacerlo y cómo seguir un control y una evaluación de estas actividades.

Precisamente porque las personas infectadas con VIH experimentan drásticas consecuencias cuando se infectan con Tuberculosis, un buen control de TB en los organismos de la salud es crucial para evitar la transmisión de la enfermedad. Hay que mantener controles administrativos seguidos de medidas ambientales y protecciones personales. También deben existir reglas claras para el personal de salud que tiene VIH y que, en ningún caso, debe trabajar con enfermos que tengan Tuberculosis. Además hay que programar modificaciones en los sistemas de los programas de TB y VIH con el fin de poder hacer un sistema complementario pero de tipo estándar para seguir el control de quienes tienen las dos enfermedades. Existen en algunos países unos buenos programas para luchar contra la Tuberculosis por lo que no tienen que contemplar grandes modificaciones. El simple hecho de que los enfermos tengan una tarjeta en la que se indica el test de la TB puede complementarse con un



apartado simple en el que se indique que el paciente ha tenido información y recibido ayuda psicológica para hacerse el test del VIH.

La Epidemia de Sida en Malawi (Africa Central) y su manejo

Un modelo a repetir

Malawi es un pequeño país muy empobrecido en la región sur-central de África. Tiene una población de 11 millones de habitantes. Desde los años 90, este país está sufriendo una severa epidemia de VIH/Sida. Se estima en unas 900.000 personas entre adultos y niños, las personas que están viviendo con el VIH/Sida. Predomina en un 14,4% entre los adultos de 15 a 49 años. El Sida es la causa 85.000 muertes por año y hasta 200.000 personas deberían recibir los retrovirales. Sin embargo y para hacerse una idea en el 2004 solo entre 4.000 a 5.000 pacientes recibían el tratamiento en los ámbitos de la salud pública y privada.

Fue en ese año y después de un proceso de consulta que el Malawi desarrolló un plan nacional para la distribución de retrovirales contra el Sida, basándose en su propias líneas de actuación. Un modelo único. Para ello cincuenta y cuatro hospitales y clínicas de la Sanidad Publica fueron seleccionados



Voluntarias del cuidado de enfermos del Sida. Malawi.

para comenzar esta aplicación que en un año se extendió hasta 59 centros. Estos centros estaban distribuidos por todo el país para así cubrir las necesidades de todas las regiones sin discriminación alguna.

Una vez que las informaciones fueron recibidas por los hospitales, un tandem formado por la Jefe de Hospital, el doctor a cargo de la parte médica y la enfermera seleccionada para la distribu-



ción de los retrovirales recibieron entrenamiento y los conocimientos necesarios para ejecutar dicho trabajo. Esta parte mas teórica de formación fue seguida por prácticas efectuadas por la enfermera y el médico durante un tiempo en los hospitales en los que ya se impartían los retrovirales, y así adquirir experiencia sobre el terreno. Esta formación se hizo rápidamente en los 59 hospitales. En Diciembre de 2004, 379 personas, (65 doctores, 125 Diplomados en medicina y 189 enfermeras), habían hecho su formación teórica y habían superado sus exámenes basados en saber como incrementar el uso de retrovirales a pacientes del Sida.

Después se pidió a los hospitales que elaborasen un plan de actuación para acrecentar este servicio en sus centros. El Ministerio de Salud, con una unidad de VIH hizo la inspección y valoración de estos planes para determinar la efectividad de los mismos en su futura ejecución. A finales de 2004 los 59 hospitales ya habían sido examinados y 47 de ellos cumplieron los requisitos y criterios necesarios. A finales de ese año, 23 hospitales ya estaban impartiendo los retrovirales y unos 10.000 pacientes habían comenzado el tratamiento. Los otros hospitales esperaron la llegada de más medicamentos antes de comenzar a incrementar el programa. Los pacientes con Sida tienen que recibir el tratamiento de retrovirales de por vida y no debe interrumpirse el tratamiento en ningún momento. Esa posible interrupción crearía efectos secundarios y problemas graves en el paciente.

Hasta 2004 los retrovirales que se impartían en la clínica de la Luz del Hospital de Lilongüe, capital de Malawi costaba 25 dólares americanos al mes. Esto dio lugar a una discontinuidad del tratamiento en un 40% debido a que los pacientes tenían que escoger entre seguir costando sus medicinas o atender a otras necesidades perentorias como comida, vestido, educación para sus hijos, funerales etc. Esto ocasionó la mortalidad de los pacientes entre un 15 y un 20 %. Estos pacientes retardaban sus tratamientos hasta que ya estaban desesperadamente enfermos y no podían resistir más. Sin embargo en el hospital del distrito de Thyolo en donde los mismos retrovirales se repartían a los pacientes gratuitamente solo se registro un 1% de casos interrumpidos y el 10% de mortalidad. El mensaje que se daba al Ministerio de la Salud era bien claro: los medicamentos debían impartirse gratuitamente a todos los pacientes.

Implementación del Programa

Malawi, como otros países en desarrollo, ha descentralizado las dos fases: la inicial y la de continuación del tratamiento de la tuberculosis en los dispensarios rurales comunitarios. Al comienzo del tratamiento el paciente puede escoger entre recibir los medicamentos y seguir su supervisión en el hospital, o ir al dispensario y convivir con los familiares. En la siguiente fase el paciente o alguien delegado por él puede recoger los medicamentos cada mes en el centro de Salud más cercano a su domicilio.

Por el contrario en la fase inicial del tratamiento de los retrovirales, estos se distribuyen de la clínica a un hospital. Intentar que los pacientes que sufren TB y además son VIH positivos acudan a un hospital desde lugares remotos es impensable. La comunicación es muy mala en las zonas rurales y durante la época de lluvias los caminos son intransitables. Esta es la razón por la que muy pocos pacientes con ambas infecciones comiencen el tratamiento de los retrovirales.

Un problema a resolver

No toda la gente infectada con el virus VIH necesita el tratamiento de los retrovirales que combaten al Sida. Pero en relación con los 45 millones de infectados en el mundo y de los más de 5 millones que viven con Sida en África, la pregunta sería: ¿Podrán acceder a los retrovirales de una manera masiva y total todos aquellos que lo necesitan? En Malawi en 2007 más de 350.000 enfermos estaban registrados en el programa. ¿Qué pasa con los enfermos del resto de los países africanos y del resto del mundo que los necesitan? Debido a las condiciones de muchas regiones de África, ¿se pueden establecer programas de distribución de retrovirales que lleguen a todos los enfermos del Sida? Contamos con factores positivos que facilitan dicha distribución: Los Fondos económicos,



como el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria están a disposición de la prevención y el tratamiento del VIH y el Sida que no existían en la década anterior. Existen también medicamentos genéricos, a bajo coste, que combinan tres medicamentos retrovirales en uno con la facilidad de ingestión que eso supone para el paciente. Estos medicamentos genéricos seguros y bien tolerados por los pacientes son: stavudine, lamiduvine y nevirapine.

Sin embargo también hay problemas como el de la capacidad de manufacturar los medicamentos a escala internacional y la capacidad de su distribución en muchos países. Algunos laboratorios fueron puestos fuera de la lista de la OMS por ejemplo Cipla y Ranbaxy en la India en 2004 por no poseer calificación para ello. En muchos países del África Subsahariana las infraestructuras del Sistema Sanitario son muy débiles y la capacidad de supervisión aun más. En definitiva, hay una gran carencia de personal sanitario y recursos humanos a todos los niveles.

LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN GENERAL

Los mayores exterminadores de los jóvenes

Actualmente, una crisis de proporciones mundiales provocada por las enfermedades infecciosas amenaza los progresos duramente obtenidos en la salud y la esperanza de vida. Las enfermedades infecciosas son ahora los mayores exterminadores de niños y adultos jóvenes en el mundo. Producen más de 13 millones de defunciones al año. Estas enfermedades son la causa de una de cada dos muertes en los países en desarrollo. Sólo en la próxima hora, 1.500 personas morirán de una enfermedad infecciosa, de ellos, más de la mitad tienen menos de cinco años. El resto, en su mayoría son adultos en edad laboral, y muchos de ellos son el sostén de la familia y de sus padres. Ambos son grupos plenos de vida cuya pérdida difícilmente pueden permitirse los países.

La mayor parte de las defunciones por enfermedades infecciosas se producen en los países en desarrollo, los países con menos dinero para gastar en atención a la salud. En los países en desarrollo, aproximadamente la tercera parte de la población, sus habitantes viven con ingresos inferiores a 1 dólar por día. Casi uno de cada tres niños está mal nutrido. Uno de cada cinco no está totalmente inmunizado en su primer cumpleaños. Por otro lado, más de la tercera parte de la población mundial carece de acceso a los medicamentos básicos. Frente a ese telón de fondo de pobreza y descuido no es sorprendente que se haya permitido ganar terreno a enfermedades infecciosas mortales. Actualmente, algunos de los países más pobres están pagando un elevado precio por la complacencia y el olvido del mundo.

Todo ello ha empeorado por el enorme aumento de los movimientos masivos de población en el último decenio. En 1996, hace ya más de una década, hasta 50 millones de personas - 1% de la población mundial - sufrió el desarraigo de sus hogares. No sólo los refugiados y las personas desplazadas son especialmente vulnerables a las enfermedades infecciosas; su movimiento puede ayudar a propagar las enfermedades infecciosas a nuevas zonas.

Mientras tanto, el crecimiento de ciudades densamente pobladas, con agua insalubre, mal saneamiento y pobreza extendida, ha creado el terreno de cultivo perfecto para los brotes de enfermedades. En los barrios miserables de las ciudades es poco probable que los niños estén vacunados contra las enfermedades causantes de mortandad y que los padres sean capaces de pagar la atención de salud cuando caen enfermos. En esas circunstancias, enfermedades que estuvieron controladas en otros tiempos pueden rápidamente ganar terreno y establecerse de nuevo.

Además, muchas enfermedades que antes se consideraban sin relación con las enfermedades infecciosas, en particular el cáncer, se sabe ahora que son el resultado de infecciones crónicas. El cáncer Cerviño-uterino, por ejemplo, uno de los cánceres más corrientes en las mujeres del mundo en desarrollo, está asociado a la infección por el papilomavirus humano, según los conocimientos actua-





les. Mientras tanto, las hepatitis B y C infecciosas crónicas pueden producir el cáncer de hígado, estimándose que está expuesta más del 6% de la población mundial. Además, el cáncer de vejiga puede ser el resultado de la infección crónica por esquistosomiasis.

Sin embargo, las enfermedades infecciosas no son sólo un problema de los países en desarrollo. A no ser que quede controlada, la crisis amenaza también a los países industrializados. Antiguos azotes, como la tuberculosis y la difteria, han aparecido en forma de epidemias explosivas en Europa y otros países industrializados. El brote de poliomielitis que se produjo en 1996 en Albania, Grecia y la República Federal de Yugoslavia mostró con qué facilidad puede reintroducirse una enfermedad en países que estaban exentos si se permite que baje la cobertura de la inmunización. El rápido aumento de los viajes aéreos significa que las enfermedades pueden ahora ser transportadas de un continente a otro en cuestión de horas. Actualmente, ningún país está a salvo de la amenaza de las enfermedades infecciosas. Esto sucede en un momento en que el arsenal de medicamentos disponibles para tratar las enfermedades infecciosas se está agotando progresivamente debido a la creciente resistencia de los microbios a los medicamentos anti-microbianos.

Teniendo en cuenta que la escala y la complejidad de la crisis de las enfermedades infecciosas son tan grandes y que las causas están tan estrechamente ligadas a la pobreza, existe la tendencia a cierto fatalismo respecto a la situación. Ahora bien, la situación está lejos de ser desesperada. Los esfuerzos destinados a prevenir y controlar esas enfermedades figuran entre los medios más factibles y asequibles de aliviar la pobreza e impulsar el desarrollo económico y social.

Hoy día se considera que disponemos de oportunidades abiertas para efectuar avances espectaculares frente a enfermedades antiguas y para establecer un sistema de control que se anticipe y nos proteja de enfermedades nuevas e inesperadas. Si fallamos, el aumento de la resistencia a los medicamentos y la aparición de nuevas bacterias y virus amenazan con complicar el control de las enfermedades infecciosas desde los puntos de vista científico y económico.

Enfermedades infecciosas que causan el 90% de las defunciones

La mayoría de las defunciones por enfermedades infecciosas - casi el 90% - están provocadas por un pequeño puñado de enfermedades. La mayoría de ellas han sido azotes de la humanidad a lo largo de toda su historia, causando con frecuencia estragos en las poblaciones con más eficacia que las guerras. En la edad de las vacunas, los antibióticos y los progresos científicos espectaculares, esas enfermedades deberían estar sometidas a control. Sin embargo, en los países en desarrollo siguen causando muertes en la actualidad a un ritmo alarmante. A veces, como los brotes recientes de gripe, provocan también cuotas alarmantes de mortalidad en los países industrializados.

Cada tres segundos muere un niño, en la mayoría de los casos, causada por una enfermedad infecciosa. En algunos países, uno de cada cinco niños fallece antes de cumplir cinco años. Cada día mueren de paludismo 3.000 personas, tres de las cuales son niños. Cada año, 1,5 millones de personas fallecen por tuberculosis y otros ocho millones son infectados por primera vez.

Tras estas defunciones se halla una tragedia humana. Dado que esas enfermedades afectan sobre todo a los niños pequeños y los adultos ganadores del sustento, su efecto en las familias puede ser catastrófico. Los niños pueden perder al padre, a la madre o a ambos a causa de las enfermedades infecciosas. Por sí sola, la epidemia de SIDA ha dejado huérfanos a más de ocho millones de niños. Para empeorar la situación, las familias corren el riesgo de endeudarse por la pérdida de ingresos y por el alto costo de la atención sanitaria, entrando así en el círculo vicioso de la pobreza y la mala salud.



Enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas provocan la muerte de casi dos millones de niños menores de cinco años. Están muy extendidas en los países en desarrollo y los padres no reconocen a menudo los signos de peligro. Los niños mueren simplemente porque sus organismos están a menudo debilitados por la rápida pérdida de líquidos y la malnutrición, a menudo escasa.

Las enfermedades diarreicas imponen una pesada carga a los países en desarrollo, produciendo 1.500 millones de casos de enfermedad al año en los niños menores de cinco años. La carga alcanza sus niveles máximos en las zonas pobres, en donde el saneamiento es escaso, la higiene insuficiente y el agua no es potable. En ciertos países en desarrollo, epidemias y enfermedades diarreicas tales como el cólera y la disentería afectan tanto a los adultos como a los niños. Entre las enfermedades diarreicas importantes figuran la fiebre tifoidea y la rotavirus, que es la principal causa de la diarrea deshidratante grave entre los niños.

Paludismo

El paludismo produce la muerte de más de un millón de personas al año, la mayoría de ellas niños pequeños. La mayor parte de las defunciones por paludismo se producen en el África Subsahariana, en donde el paludismo provoca una de cada cinco defunciones infantiles. Las mujeres son especialmente vulnerables durante el embarazo. Esta enfermedad puede provocar la muerte, los abortos o el alumbramiento de niños prematuros y afectados de insuficiencia ponderal.

El paludismo puede arrollar con rapidez a un niño pequeño produciendo fiebre alta, convulsiones y dificultades respiratorias. Si se llega al paludismo cerebral, forma aguda de la enfermedad, el niño entra en coma y puede fallecer en 24 horas. La alta incidencia de los casos de paludismo (más de 275 millones al año en todo el mundo) puede imponer una elevada carga económica a las familias y los Estados por la disminución de la productividad, la pérdida de posibilidades educativas y los altos costes de la atención de salud.

Sarampión

El sarampión es la enfermedad más contagiosa que ataca a la especie humana. Es una importante causa de mortalidad infantil en los países en desarrollo, provocando unas 900.000 defunciones al año. El virus del sarampión puede en definitiva ser responsable de más defunciones infantiles que cualquier otra causa, debido a las complicaciones por neumonía, enfermedades diarreicas y malnutrición.

Evitable a bajo costo

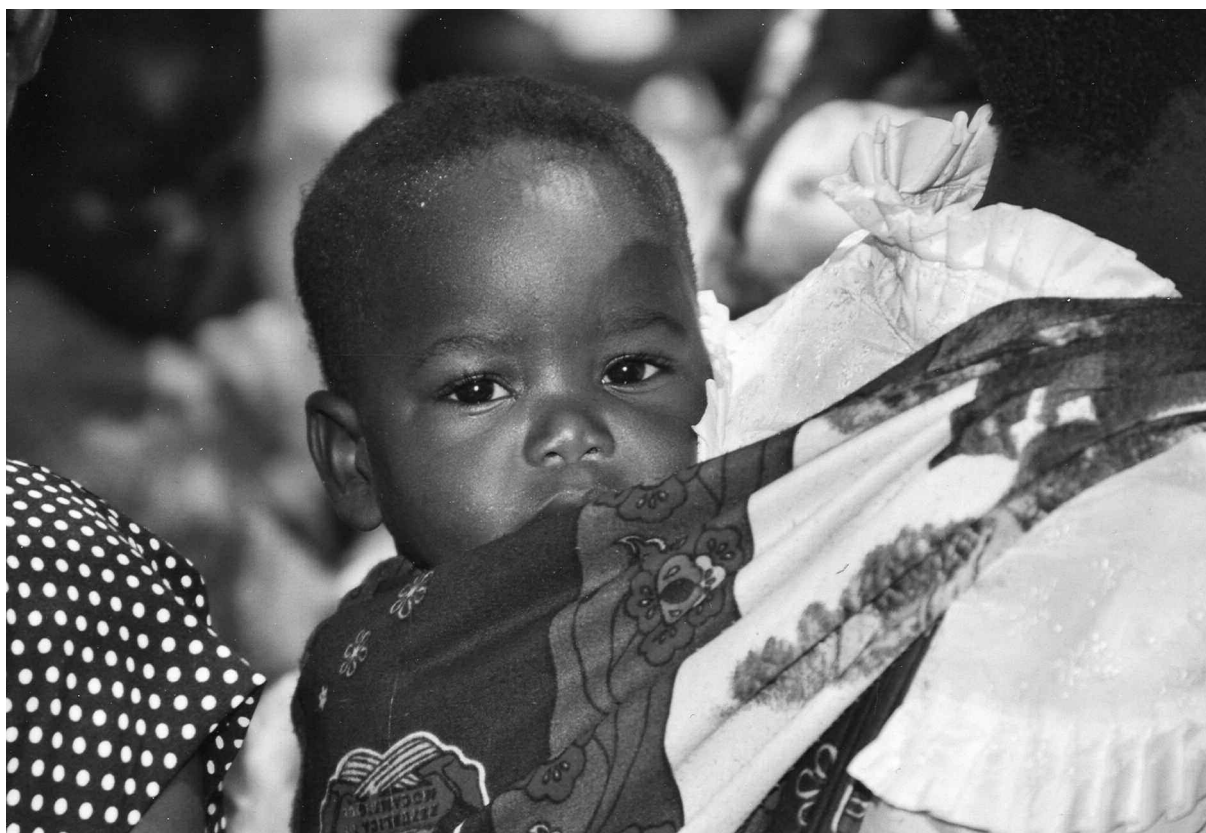
Se pueden prevenir la mayoría de los 13 millones de defunciones que se producen al año por enfermedades infecciosas. Existen ya intervenciones sanitarias de bajo costo para prevenir o curar las enfermedades infecciosas que causan los mayores estragos en vidas humanas. La mayor parte de esas intervenciones se hallan ampliamente disponibles desde hace años.

Desafortunadamente y por variados motivos no se están utilizando. Un motivo es la insuficiencia de fondos dedicados a la salud en los países en desarrollo. Son factores contribuyentes el fallo de los gobiernos en el establecimiento de prioridades, la falta de colaboración trans-sectorial y la incapacidad de débiles sistemas de prestación de servicios de salud para llegar a toda la población, en particular a los más vulnerables y difíciles de alcanzar.



Lucha integrada contra las enfermedades de la infancia (LIEI). Esta estrategia de bajo coste puede reducir radicalmente el 70% de las defunciones producidas por neumonía, enfermedades diarreicas, paludismo, sarampión, malnutrición y otras enfermedades infecciosas como la meningitis.

Los niños gravemente enfermos sufren a menudo más de un trastorno a la vez, dificultando el diagnóstico preciso. La terapéutica combinada puede salvarles la vida. El tratamiento puede incluir sales de rehidratación oral para tratar la diarrea, antibióticos de bajo coste para tratar la neumonía, medicamentos antipalúdicos y suplementos vitamínicos y minerales. Otro enfoque primordial es la prevención mediante la promoción de la vacunación, la lactancia materna y las mejores prácticas alimentarias. Cada año pueden salvarse millones de vidas mediante el enfoque de la LIEI. Por sí solo, el tratamiento correcto de la neumonía y de las enfermedades diarreicas puede evitar hasta tres millones de muertes al año.



Vacunaciones infantiles. El uso más amplio de vacunas de bajo coste puede evitar 1,6 millones de defunciones al año en niños menores de cinco años. Sin embargo, en la actualidad uno de cada cinco niños no está todavía plenamente inmunizado contra las seis principales enfermedades causantes de muertes: difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, sarampión y TB.

Mosquiteros de cama impregnados. Una de cada cuatro muertes infantiles por paludismo podría evitarse si los niños expuestos durmieran por la noche debajo de mosquiteros para evitar las picaduras de mosquito. Los mosquiteros de cama impregnados de insecticida cuestan aproximadamente 10 dólares cada uno y casi 1 dólar al año para comprar el insecticida necesario para impregnar de nuevo el mosquitero. En la actualidad se dispone de estuches para impregnar de nuevo con insecticida los mosquiteros utilizados en el hogar. El coste de un mosquitero y el suministro de insecticida para un año son inferiores al coste de una hora de aparcamiento en Nueva York, París o Tokio.

Disponibilidad de medicamentos esenciales. En los países en desarrollo, millones de personas mueren innecesariamente por enfermedades que podrían tratarse fácilmente con medica-





mentos inocuos y poco costosos. Más de la **tercera parte de la población mundial carece de acceso regular a medicamentos esenciales** capaces de salvar la vida. Los medicamentos pueden ser excesivamente costosos para las personas de ingresos más bajos y, a veces, son medicamentos que no están disponibles.

En África, en donde muchos de los países más pobres no disponen ni de \$ 1 por habitante cada año para comprar medicamentos, menos de la mitad de las personas tiene acceso a los medicamentos básicos que necesitan.

El envasado sencillo de los medicamentos es un medio poco costoso para aumentar el cumplimiento del tratamiento antipalúdico. Los estudios realizados en Ghana muestran que más del 80% de los pacientes que reciben el conjunto del tratamiento antipalúdico en envases alveolados («blister») numerados terminan el tratamiento. Entre los que reciben los medicamentos sueltos y sin envasar, medio habitualmente utilizado en los países en desarrollo, sólo el 65% completan el tratamiento.

La amplia disponibilidad entre los padres de un simple paquete de medicamentos de acción rápida, junto con la formación precisa para reconocer los síntomas del paludismo, pueden salvar las vidas de muchos niños con paludismo grave.

Otras estrategias importantes. Los suplementos de vitaminas y minerales poco costosos pueden también salvar vidas. Hasta una de cada cuatro muertes infantiles por enfermedades infecciosas, principalmente por sarampión y enfermedades diarreicas, pueden evitarse administrando suplementos de vitamina A. Las muertes infantiles por paludismo pueden reducirse mediante el empleo de suplementos de hierro para tratar la anemia. Ahora bien, esos remedios poco costosos no siempre están disponibles en donde más se necesitan. La educación eficaz para la salud puede también salvar innumerables vidas, promoviendo el comportamiento sexual inocuo, la nutrición e higienes apropiadas y la inmunización, teniendo por seguro que los padres sepan lo que han de hacer cuando un niño cae enfermo.

¿Se acerca el final de algunas enfermedades infecciosas?

En toda la historia sólo se ha erradicado una enfermedad infecciosa: la viruela. Actualmente, otras dos enfermedades - la poliomielitis y la dracunculosis - están al borde de la erradicación. Otras enfermedades están siendo sometidas a control de modos graduales o reducidos a un nivel adecuado dentro del sistema de salud existente. Ahora bien, los avances no siempre son continuos. Los cambios ambientales, los conflictos internos, los movimientos de población en masa y el colapso de los servicios básicos de salud pueden arrollar rápidamente los esfuerzos de lucha contra las enfermedades infecciosas. En las fases finales en las que una enfermedad resulta menos visible, los progresos se ven a menudo dificultados por la complacencia. **Nunca puede considerarse que los éxitos estén garantizados.**

Invertir en el desarrollo saludable

Se dispone de medicamentos y estrategias de lucha eficaces para reducir de una manera espectacular las muertes y los sufrimientos causados por las enfermedades infecciosas. Sin embargo, **muchos gobiernos no consiguen que esas estrategias reciban los fondos necesarios para tener éxito.** En algunos casos ello se debe a que los presupuestos sanitarios son tan pequeños que resultan irrealistas. En otros casos, las prioridades de los gastos en salud no se destinan a las amenazas más urgentes.

Uno de los países más pobres no tiene más de 7 dólares por habitante para gastar cada año en atención de salud, con lo cual es difícil asegurar que queden satisfechas incluso las necesidades de salud más básicas. Como término medio, los gastos en salud en los años 90 en los países de bajos





ingresos fueron de 16 dólares por habitante. Comparativamente, los gastos medios en salud en los países de altos ingresos los 90 fueron superiores a 1800 dólares por habitante. Los países de bajos ingresos gastan el 4% del PIB por habitante en salud, la mitad que los países más ricos. En otros países, el gasto es todavía menor. En Camerún, Indonesia, Nigeria y Sri Lanka, por ejemplo, es inferior al 2% de su PIB.

La ayuda de donantes ha favorecido las iniciativas de salud financiadas insuficientemente. Además, los recursos disponibles son relativamente pequeños. Los proyectos de salud, nutrición y población reciben menos del 5% del apoyo por donantes, esto es, la quinta parte de la cantidad destinada a proyectos de energía, transporte y comunicaciones.

Las enfermedades infecciosas son una preocupación descuidada dentro de este sector desatendido. En 1990, los asociados bilaterales y multilaterales, las fundaciones y las ONG proporcionaron poco más de 800 millones de dólares para ayudar a los países en desarrollo a luchar contra las enfermedades infecciosas. Esto representa menos del 2% de los fondos totales de donantes. Esta suma ha de ser alargada al máximo si se tiene en cuenta que el 50% de las muertes en los países de bajos ingresos están producidas por enfermedades infecciosas.

Dadas esas disparidades, no es sorprendente que un niño nacido en un país en desarrollo tenga actualmente mil posibilidades más de morir de sarampión que un niño nacido en un país industrializado. O que los niños nacidos en Singapur tengan la probabilidad de vivir 40 años más que los niños nacidos en Sierra Leona.

Sin embargo, más dinero no es la solución cuando se proporciona a gobiernos que no utilizan los recursos de modo eficaz en relación con el coste. En algunos países en desarrollo, el 60% o más de los gastos estatales en salud se destinan a satisfacer los gastos de funcionamiento de hospitales urbanos y la compra de equipos costosos. No presupuestar algunas actividades costosas de esas instituciones permitiría salvar miles de vidas segadas por las enfermedades infecciosas.

Todos los países deben estar especialmente interesados en apoyar las iniciativas mundiales de lucha contra las enfermedades infecciosas. Cualquier segmento de la sociedad que ignore la propagación de las enfermedades entre sus vecinos lo hace a su propio riesgo. Cuando un país resulta un débil eslabón de la cadena mundial en vigilancia y lucha contra las enfermedades, todos quedan afectados. Debemos utilizar con eficacia los instrumentos actualmente disponibles, mientras existe todavía una oportunidad abierta. La viruela es un ejemplo destacado. Si no se hubiera erradicado la viruela en los escasos países en donde existía en 1977, el mundo podría estar todavía pagando un elevado precio en la actualidad. Era imprevisible la inminente aparición del VIH/SIDA.

Esas lecciones se han descuidado. Los progresos que el mundo puede realizar ahora contra las enfermedades infecciosas tal vez no sean factibles cuando pasa un decenio. El aumento de la fármaco-resistencia y la aparición imprevista de nuevos microbios pueden cerrar las actuales oportunidades de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Muchos países no aplican todavía las normativas recomendadas por la OMS

Puede perderse dinero en la prevención y lucha contra las enfermedades infecciosas si no se establecen políticas eficaces de salud pública. A lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud y sus asociados técnicos han formulado de nuevo estrategias de bajo coste basadas en la práctica clínica óptima en los Estados Miembros, la eficacia operativa, los descubrimientos científicos, la efectividad en relación con el costo y, por encima de todo, en lo que funciona mejor. **Cuando se aplican de modo efectivo, esas estrategias pueden ahorrar millones de vidas.**





El problema es que muchos países no utilizan todavía esas estrategias o no les dan la debida amplitud para establecer una diferencia. Por ejemplo, la lucha integrada contra las enfermedades de la infancia, estrategia que tiene la posibilidad de salvar millones de vidas infantiles cada año, sólo se ha adoptado hasta ahora en 57 países y, hasta la fecha, la estrategia no ha sido aplicada en toda su amplitud en ningún país. La expansión de esa estrategia y de otras eficaces se ve a menudo obstaculizada por la debilidad del sistema de salud del país, con falta de suministros médicos disponibles o dificultades para retener personal médico cualificado, y extremadamente sobrecargado de trabajo.

El paludismo supone un riesgo especial para las mujeres en el curso del embarazo. Es más probable que las embarazadas mueran por paludismo, durante la gestación o en una fecha ulterior, debido a la anemia crónica. Muchas sufren abortos o partos prematuros y dan a luz a niños con insuficiencia ponderal. Los bebés pueden nacer con paludismo al haber sido infectados en su vida intrauterina. Para evitar esa situación, la OMS recomienda que todas las embarazadas de las zonas de paludismo de alto riesgo reciban medicamentos antipalúdicos para evitar la infección. Sin embargo, sólo una de cada cinco está protegida en la actualidad. Con frecuencia tiene la culpa la falta de fondos y el mal funcionamiento de los sistemas de atención sanitaria.

Las **vacunas a bajo costo** disponibles por medio de la OMS y el UNICEF evitan unos tres millones de defunciones infantiles al año y consiguen que por lo menos 750.000 niños menos crezcan sin discapacidades mentales ni físicas. Sin embargo, en África, solo la mitad de los niños están inmunizados antes de su primer cumpleaños. Menos de la mitad de todas las embarazadas están protegidas contra el tétanos, que cada año produce la muerte de casi 300.000 recién nacidos y unas 40.000 madres.

La **vacuna contra la hepatitis B**, cuyo uso recomienda la OMS en todos los programas de inmunización infantil, está actualmente introducida en más de 100 países. Sin embargo, los países del África Subsahariana, del sub-continente indio, de Europa central y oriental, y los Nuevos Estados Independientes son todavía incapaces de proporcionarse esta vacuna, incluso al precio especial para los países en desarrollo de 0,50 a 1 dólar por dosis. Se estima que existen en todo el mundo 350 millones de portadores con infección crónica por la hepatitis B, que pueden transmitir la enfermedad durante muchos años antes de sufrir la cirrosis del hígado o el cáncer hepático. La hepatitis B produce la muerte de unas 92.000 personas al año, pero la hepatitis crónica B origina otras 700.000 defunciones cada año por cirrosis y cáncer hepático. En muchas partes de África, Asia y la costa del Pacífico, el cáncer hepático primario es una de las principales causas de mortalidad. El 66% de la población mundial vive en zonas en las que existen altas tasas de infección por hepatitis B.

Asimismo, una **vacuna anti-amarílica, contra la fiebre amarilla**, poco costosa se halla en el mercado desde 1937, pero en la actualidad todavía no está disponible para ciertos países de los más expuestos, entre ellos algunos de los países más pobres del mundo. La OMS recomienda la administración habitual de la vacuna a todos los niños en las zonas de fiebre amarilla de África y Latinoamérica, así como a todas las personas que viajan a esos países. La fiebre amarilla es una virosis hemorrágica con una elevada tasa de mortalidad. Desde los últimos años ochenta se ha producido una espectacular reaparición de la enfermedad en África y las "Américas".

En un estudio de 1993 sobre la eficacia en relación con el coste, basado en datos procedentes de Nigeria, se observó que la administración habitual de la vacuna anti-amarílica era siete veces más eficaz para reducir el número de casos de muerte que la lucha contra las epidemias mediante la vacunación en masa de urgencia. Sin embargo, entre los 45 países expuestos a la fiebre amarilla, más de la tercera parte incluyen la vacuna anti-amarílica en los programas de inmunización habitual.

Numerosos factores contribuyen a la propagación de las enfermedades infecciosas

En muchos países, la falta de fondos y el inapropiado uso de los medios existentes de modo eficaz en relación con el coste dedicado a luchar contra las enfermedades infecciosas son factores agra-





vados por el fallo en tomar en cuenta el efecto de la salud en otros sectores. Con demasiada frecuencia, los determinantes primordiales de la salud, así como las soluciones, se hallan fuera del control directo del sector de la salud. Están arraigados en sectores tales como el saneamiento y el abastecimiento de agua, los cambios ambientales y climáticos, la educación, la agricultura, el comercio, el turismo, el transporte, el desarrollo industrial y la vivienda. Sin embargo, muchos países carecen de la capacidad necesaria para medir el efecto de dichos sectores en la salud. A menos que se aborden esas cuestiones, puede ser difícil prevenir o incluso controlar algunas enfermedades infecciosas. Por ejemplo, el vínculo entre la calidad ambiental y la salud es decisivo. Actualmente, más del 10% de todos los trastornos evitables se deben a la mala calidad del medio ambiente: vivienda insalubre, hacinamiento, contaminación del aire de locales, insuficiencia del saneamiento y utilización de agua no potable.

La vivienda insalubre y las malas condiciones ambientales ejercen su mayor efecto en las infecciones agudas de las vías respiratorias y enfermedades diarreicas. Los niños son la población más afectada, representando hasta el 36% de todos los trastornos evitables debidos a problemas ambientales.

En los países en desarrollo, unos 700 millones de personas - principalmente mujeres y niños de las zonas rurales pobres - inhalan humo nocivo procedente de la combustión de madera y otros productos. Se hallan muy expuestos a infecciones respiratorias agudas, en particular la neumonía. Más de mil millones de personas carecen de acceso al agua potable, lo que aumenta su vulnerabilidad a las enfermedades diarreicas y parasitarias. En África, Asia y América Latina, por lo menos 600 millones de personas de las ciudades viven en casas o barrios insalubres. En todo el mundo, casi 1.000 millones de personas no tienen acceso a los servicios sanitarios.

Además, los cambios en el uso del suelo y del agua pueden ejercer también un efecto importante en la incidencia de las enfermedades. La deforestación, el desarrollo agrícola, los embalses y los planes de regadío pueden desencadenar brotes de enfermedades parasitarias u otras de carácter infeccioso favoreciendo la difusión de los mosquitos propagadores del paludismo o de los moluscos de agua dulce que difunden la esquistosomiasis. Se hallan especialmente expuestos más de 500 millones de personas pobres que viven en regiones ecológicamente frágiles. Entre otras enfermedades afectadas por los cambios ambientales se hallan la filariasis linfática, la fiebre dengue, la leishmaniasis, la enfermedad de Chagas y la meningitis bacteriana.

Mientras tanto, un aumento del calentamiento mundial puede ejercer un efecto análogo en la difusión de las enfermedades tropicales. Un aumento de la temperatura de sólo 1 a 2 c. en los próximos 50 años podría ampliar hacia el norte la zona de presencia de los mosquitos transmisores del paludismo, aumentando la proporción de la población mundial expuesta al paludismo y a otras enfermedades transmitidas por mosquitos, como el dengue y la filariasis linfática.

La pobreza y la malnutrición son otros factores primordiales que influyen en la salud. La malnutrición es especialmente mortal en combinación con enfermedades infecciosas tales como la neumonía, el paludismo, el sarampión y las enfermedades diarreicas, las principales enfermedades causantes de muertes en los niños. Es un factor subyacente en más de la mitad de todas las muertes infantiles. A finales de los noventa 160 millones de niños padecían malnutrición moderada o grave. Se ha estimado que más de una persona de cada cuatro en el mundo vive en condiciones de pobreza, y más de mil millones de ellos con ingresos inferiores a un dólar diario. Incluso en los países industrializados, 100 millones de personas viven por debajo del nivel de pobreza.

Enfermedades que siguen cogiendo desprevenido al mundo

Mientras prosigue la batalla para el control de las enfermedades infecciosas conocidas, han surgido otras amenazas nuevas. Enfermedades que se consideraban en retirada han realizado un mor-





tal regreso. Lo que es peor, han surgido nuevas enfermedades causantes de muertes, muchas de las cuales no son evitables ni tratables.

La situación está empeorando en lugar de mejorar. En los pasados dos decenios se han identificado por primera vez 30 enfermedades emergentes en seres humanos. En los últimos diez años, brotes de antiguos enemigos como la peste, la difteria, la fiebre amarilla, el dengue, la meningitis, la gripe y el cólera, han segado muchas vidas.

El aumento de los movimientos masivos de población, el enorme crecimiento del comercio internacional y el transporte de animales vivos y productos de animales han contribuido a propagar las enfermedades a zonas donde nunca antes habían existido. En algunos casos, los cambios ambientales, como la deforestación, han llevado a la humanidad a un contacto más estrecho con animales e insectos portadores de enfermedades. Se sabe que en el pasado decenio más del 66% de las enfermedades emergentes procedían de animales, tanto silvestres como domésticos. Además, cambios meteorológicos estacionales excepcionales pueden influir en los hábitats animales y producir un conjunto de nuevas enfermedades que afectan a los seres humanos. En 1993, un brote de una nueva enfermedad en Estados Unidos - el síndrome pulmonar de la hantaviriosis - hizo su aparición a causa de una sequía que llevó a los roedores portadores de la enfermedad a un contacto más estrecho con las personas. Se produjeron más de 50 casos de la enfermedad en varios Estados. Murió más del 66% de los casos.

Mientras tanto, los cambios en la producción, la manipulación y la elaboración de los alimentos han aumentado la incidencia de enfermedades transmitidas por los alimentos, como la salmonelosis, que procede de los huevos infectados, o de una forma potencialmente mortal de E.coli, que desencadena brotes de la enfermedad.

En el inicio de la década de los noventa, una importante epidemia de difteria se extendió por la Europa oriental. El número de casos aumentó vertiginosamente en tres años y la epidemia fue declarada emergencia internacional. En 1980, Europa registró menos del 1% de los casos de difteria de todo el mundo.

En la última década se ha producido un aumento espectacular de la sífilis y de otras ITS. En la Federación Rusa se observó en 1989-1995 un aumento de 40 veces de las tasas de infección por sífilis, mientras que las tasas en los Nuevos Estados Independientes aumentaron entre 15 y 30 veces. En África, en 1996-1998 se observaron brotes de meningitis con 300.000 casos y 35.000 defunciones.

El África oriental sufrió importantes epidemias de cólera, que afectaron a decenas de miles de personas en diez países. Una epidemia anterior a la de cólera registrada en las "Américas", la primera en el siglo, comprendió más de un millón de casos y unas 11.000 defunciones. En 1992 se detectó una nueva cepa del bacilo colérico en la Bahía de Bengala, que se ha extendido ya a otros 10 países.

Además, el dengue, la más grave fiebre hemorrágica, aumenta al extender su difusión el mosquito vector de la enfermedad, estableciendo nuevos hábitats en las "Américas" y en parte de África y Asia. En los últimos 40 años, el número de casos se ha multiplicado por lo menos por 20. También se ha incrementado en el mismo periodo el número de casos de fiebre hemorrágica dengue, que puede aparecer después de un segundo o tercer ataque de fiebre dengue. La enfermedad es ahora hiperendémica en muchos países. En 1996, siete países africanos notificaron defunciones por fiebre amarilla, otra enfermedad hemorrágica vírica que se está propagando a nuevas zonas.

En el pasado decenio se han producido explosiones repentinas de la peste de los roedores humana. En 1994, la peste humana reapareció en Malawi, Mozambique y la India, después de una ausencia de 15 a 30 años. En 1996-1998 se produjo un brote de tifus epidémico en Burundi, que afectó a unas 100.000 personas. La enfermedad, transmitida por los piojos, ha surgido en el pasado en el curso de guerras o hambrunas.





Existen actualmente otras enfermedades mortales que han de tenerse en cuenta: VIH/SIDA, la fiebre hemorrágica Ébola, la fiebre Lassa, la virosis de Marburg, una nueva forma de gripe animal aparecida en personas, la enfermedad de los legionarios y la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Se cree que algunas han surgido de los bosques tropicales y han cruzado la barrera de las especies para infectar al hombre. Otras se han agravado al actuar como coinfecciones mortales con enfermedades tales como la TB o la leishmaniasis y el VIH/SIDA.

Ébola registrado en 1995 fue un dramático recuerdo de la necesidad de la vigilancia constante frente a las enfermedades emergentes. Aunque sólo se trató de un pequeño brote de 316 casos, murieron más del 75% de los enfermos. La tercera parte aproximadamente de las víctimas eran profesionales de atención sanitaria que entraron en contacto con la sangre o líquidos orgánicos de sus pacientes. Dos años más tarde, en un brote de menor alcance en Gabón, hubo 58 casos y 43 defunciones.

La fiebre hemorrágica Ébola es una de las enfermedades infecciosas más virulentas que se conoce. No se dispone de ningún tratamiento ni vacuna y produce la muerte entre el 50 y el 90% de los afectados.

Los medicamentos están perdiendo su eficacia

El espectacular aumento de la difusión de microbios fármaco-resistentes en el pasado decenio está socavando los esfuerzos actuales para luchar contra las enfermedades infecciosas. Al ser cada vez más resistentes frente al arsenal de los medicamentos disponibles, enfermedades que se consideraban controladas, resultan cada vez más amenazantes en el espectro de enfermedades infecciosas incurables. Está gravemente afectada la lucha contra cinco de seis enfermedades mortales: TB, paludismo, neumonía, cólera y VIH.

Aunque la resistencia anti-microbiana afecta a los países tanto industrializados como en desarrollo, su efecto es más nocivo en los países en desarrollo. El problema es que el paso de medicamentos de primera línea normalmente poco costosos a medicamentos de segunda o tercera línea implica un enorme encarecimiento del tratamiento. En algunos de los países más pobres, el coste prohibitivo de tratamientos prolongados con medicamentos de sustitución significa que el tratamiento de algunas enfermedades es demasiado caro.

En los países de bajos ingresos, que puedan gastar menos de 7 dólares por habitante en salud, está fuera de su alcance el coste de tratamiento de un caso de TB multi-fármaco-resistente, que probablemente llegue a ser de 1.500 a 4.000 dólares por paciente.

Además, las formas multi-fármaco-resistentes de las enfermedades pueden resultar intratables en cualquier país, y a cualquier precio, una vez agotadas las opciones existentes. Las empresas farmacéuticas tropiezan con dificultades para fabricar nuevos antibióticos y otros medicamentos con suficiente rapidez para sustituir a aquellos que han dejado de ser eficaces.

El mal uso extendido de los medicamentos anti-microbianos forma parte de la raíz de esa crisis. Se producen en los países tanto industrializados como en los países en desarrollo. Cunde la sobreprescripción. Los antibióticos son prescritos a menudo para el tipo de infección al que no corresponden. En algunos casos, la posología es errónea y también lo es la duración del tratamiento.

Para empeorar la situación, algunos de los medicamentos actualmente en venta están falsificados. Los medicamentos para luchar contra las enfermedades infecciosas figuran entre los de falsificación más probable. Se piensa que están en juego cantidades de miles de millones de dólares. Además de causar muertes, los medicamentos anti-microbianos falsificados, que reducen deliberadamente las cantidades de ingredientes activos, contribuyen a la aparición del problema de la fármaco-resistencia, por el fallo del tratamiento.





Mientras tanto, el uso de agentes anti-microbianos en la medicina no-humana intensifica el problema. Aproximadamente, el 50% de los agentes anti-microbianos utilizados actualmente en la ganadería, la agricultura y la horticultura. Aunque no se conocen todavía sus efectos en la salud humana en toda su extensión, los expertos de la OMS han recomendado no utilizar los anti-microbianos en personas y tampoco deben emplearse para promover el crecimiento de animales.

La resistencia anti-microbiana puede reducirse sobremanera mediante la aplicación de la lucha integrada contra las enfermedades de la infancia, la mejora de las prácticas de prescripción, la formación del personal sanitario, la educación pública, el envasado de los medicamentos fácil de utilizar para fomentar la observancia del tratamiento y el estudio de pruebas sencillas que permitan el diagnóstico preciso. También es decisivo establecer sistemas nacionales de vigilancia que puedan detectar la resistencia anti-microbiana en una fase precoz y responder a la misma.

El mundo se está quedando pequeño para los microbios

En la Edad Media, las plagas mortales viajaban de un continente a otro, transmitidas por ratas infestadas por pulgas a bordo de buques. Actualmente viajan en avión, transportadas por pasajeros de las líneas aéreas que van de un rincón del mundo a otro. Y ello en cuestión de horas.

Al aumentar enormemente el número de pasajeros en las líneas aéreas internacionales, el mundo ha tardado en reconocer las consecuencias para la salud pública.

Enfermedades mortales transmitidas por vía aérea, como la peste neumónica, la gripe y la tuberculosis, pueden propagarse con facilidad en las hacinadas salas de espera de los aeropuertos, en el vuelo y/o por los pasajeros después de su regreso a su país de origen. Además, las enfermedades infecciosas pueden ser transmitidas también a través de las fronteras por medio de animales o insectos. Las enfermedades no respetan las fronteras nacionales.

Desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas

En las últimas décadas hemos aprendido a nuestra costa que las enfermedades están en constante movimiento. Peligrosos microbios se adaptan para sobrevivir. Debemos ir siempre un paso por delante si queremos sobrevivir. La carrera consiste en hallar nuevos instrumentos de bajo coste que puedan utilizarse no sólo para mejorar la prevención de las enfermedades sino para perfeccionar y acelerar su diagnóstico y tratamiento.

En el desarrollo farmacológico están en curso esfuerzos urgentes para desarrollar nuevos medicamentos que permitan el tratamiento de enfermedades como el paludismo, la tuberculosis y la neumonía. Dichas enfermedades se convierten rápidamente en resistentes a los medicamentos de primera línea. Sin una nueva generación de medicamentos de bajo coste, algunas enfermedades pueden resultar intratables en países incapaces de adquirir medicamentos de segunda línea más costosos. También se están probando nuevas terapias combinadas para tratar enfermedades tales como la filariasis linfática, la ceguera de los ríos y el paludismo, utilizando más de un medicamento para aumentar la eficacia y disminuir el riesgo de aparición de fármaco-resistencia. Entre otros medicamentos prioritarios figura un medicamento oral que puede reducir la mortalidad por leishmaniasis visceral y figura un nuevo medicamento de acción rápida, no inyectable, para tratar casos graves de paludismo.

En los primeros lugares de la lista de prioridades mundiales en el desarrollo de vacunas se hallan actualmente las dirigidas contra las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y el dengue. Entre todas ellas, la vacuna contra





Carteles para en la lucha contra el Sida. © Manoocher Deghati/IRIN

el VIH/SIDA es seguramente la más importante, ya que no existe tratamiento que cure la enfermedad como hemos podido exponer ampliamente en el capítulo tratado sobre el Sida.

Conclusión

El mundo parece terriblemente preocupado por la aparición cada año de alguna cepa nueva de la gripe. Esa enfermedad que sólo causa un mínimo de muertes a diferencia de todo lo expuesto en este estudio, es de alta prioridad para todos los países desarrollados. El hecho de que se convierta en una pandemia a nivel mundial como ha sido clasificada la gripe A, es sólo un pequeño ejemplo de lo que puede suceder a una sociedad globalizada en la que todos estamos relacionados, no hay nadie que pueda aislarse totalmente para prevenir infecciones y en la cual la supervivencia de uno o una persona debería considerarse como la supervivencia de toda la Humanidad.

Por Amparo Cuesta (HMNSDA)

Fuentes: Organización Mundial de la Salud. Profesor Anthony Harries. TB y Sida Malawi.

Edición y corrección: Eugenio Bacaicoa.

CUADERNOS

Últimos volúmenes publicados

n.º

Vol: 19 (2005)

- 1 África 2004 y revisión de los objetivos del milenio en 2005, por Odilo Cougil Gil (Enero-Febrero 2005)
- 2 Vivir positivamente con SIDA en África, por Odilo Cougil Gil (Marzo-Abril 2005)
- 3 El arroz, alimento para África, por Nuria Duperier de Mingo (Mayo-Junio 2005)
- 4 Ética y África, por Josefa Cordovilla Pérez (Julio-Agosto 2005)
- 5 y 6 Del Zaire a la República Democrática del Congo, por Ramón Arozarena (Septiembre-Diciembre 2005)

Vol: 20 (2006)

- 1 África 2005 y perspectivas para 2006, por Odilo Cougil Gil (Enero-Febrero 2006)
- 2 El impacto de la reforma agrícola del azúcar en la U.E. (Marzo-Abril 2006)
- 3 Agua Dulce en África. Por Felipe Fernández, Odilo Cougil y Carlos Echevarría J. (Mayo-Junio, 2006)
- 4 La «revolución blanca» de la leche en Burkina faso, Maurice Oudet (Julio-Agosto, 2006)
- 5 y 6 Ruanda: Dos defensores de los Derechos Humanos. coordinador: Carlos G^a Casas (Septiembre-Diciembre, 2006)

Vol: 21 (2007)

- 1 y 2 Antagonismo Tutsi - Hutu ¿Un trágico error colonial?, por Ramón Arozarena. (Enero-Abril, 2007)
- 3 y 4 África: La vida amenazada, por Begoña Iñarra Pampliega, Hmsda. (Mayo-Agosto, 2007)
- 5 y 6 Objetivos del Milenio: la educación es clave, editado por Manos Unidas y Fundación Sur. (Septiembre-Diciembre, 2007)

Vol: 22 (2008)

- 1 Menores soldados: El infierno del horror absoluto. (Enero - Febrero, 2008)
- 2 Salud de la mujer en África, coordinado por José Julio Martín Sacristán Núñez. (Marzo - Abril, 2008)
- 3 Mirar al Mundo con ojos nuevos: Escritoras Africanas, por Bibian Pérez Ruiz. (Mayo-Junio, 2008)
- 4 Crónica política de Ruanda y Burundi 2008, por Filip Reyntjens. (Julio - Agosto, 2008)
- 5 Racismo. Coordinado por Julio Martín Sacristán. (Septiembre - Octubre, 2008)
- 6 Una mirada a los retos de África hoy. Por Agustín Arteché Gorostegui. (Noviembre - Diciembre, 2008)

Vol: 23 (2009)

- 1 Religiones Tradicionales, por Eugenio Bacaicoa Artazcoz. (Enero - Febrero, 2009)
- 2 Islam en África Subsahariana I. Por Agustín Arteché Gorostegui. (Marzo - Abril, 2009)
- 3 Islam en África Subsahariana II. Por Agustín Arteché Gorostegui. (Mayo - Junio, 2009)
- 4 Crónica política de Ruanda 2008 - 2009. Por Filip Reyntjens. (Julio - Agosto, 2009)
- 5 Leopold Sédar Senghor. Por M^a Jesús Cuende González. (Septiembre - Octubre, 2009)
- 6 Educar en Mozambique. Una mirada desde los últimos, por Ramón Aguadero Miguel. (Noviembre - Diciembre, 2009)

Vol: 24 (2010)

- 1 Piratería en el Golfo de Adén, mitos y malentendidos, por Amparo Cuesta. (Enero - Febrero, 2010)
- 2 Fútbol en África, por Fundación Red Deporte y Cooperación. (Marzo - Abril, 2010)
- 3 Desarrollo directo en Burkina Faso, por Antonio Molina Molina. (Mayo - Junio, 2010)
- 4 y 5 Crónica Política de Ruanda y Burundi, 2009-10. Por F. Reyntjens y S. Vandeginste. Traducido por Ramón Arozarena. (Julio - Octubre, 2010)

Con la financiación de:



www.madrid.org

