

PERSPPECTIVAS

de Salud

Volumen 8 Número 1 • 2003

La revista de la Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



Espacios saludables para los niños

Juntos, preparando el futuro de la vida

Los ambientalistas a menudo citan nuestro compromiso con las generaciones futuras como la razón más fuerte para proteger el planeta: debemos cuidar el ambiente que heredarán nuestros niños. Pero como nos recuerda el tema del Día Mundial de la Salud de este año —“Preparemos el futuro de la vida”—, también debemos proporcionarles el mejor ambiente posible ahora, mientras son niños. El medio ambiente que rodea a cada niño puede repercutir en gran medida en su salud y felicidad, tanto en el presente como en el futuro.

Cada año, más de 5 millones de niños menores de 14 años mueren en todo el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el medio ambiente. Otros sufren lesiones o discapacidad como resultado de haber estado expuestos a riesgos ambientales en sus hogares, escuelas y barrios. Estos van desde problemas históricos como el agua contaminada, el saneamiento inadecuado y los productos químicos domésticos, hasta los más nuevos y emergentes: polución, ruido excesivo, adelgazamiento de la capa de ozono, y contaminantes orgánicos persistentes. En América Latina y el Caribe, unos 80.000 niños mueren cada año por causas relacionadas con estos riesgos.

Los niños son más vulnerables a los riesgos ambientales que los adultos porque respiran más rápido, y comen y beben más en proporción con su peso, por lo que absorben más sustancias tóxicas. A medida que crecen, hay “ventanas de sensibilidad”, durante las cuales sus organismos son especialmente sensibles. Los niños que padecen enfermedades crónicas o que tienen problemas en su desarrollo por estas causas no llegarán a ser adultos sanos y plenamente productivos.

El motivo de dedicar el Día Mundial de la Salud de este año a este tema es que la mayoría de los riesgos ambientales que afectan la salud de los niños son evitables. En las regiones en desarrollo, muchos de estos riesgos están relacionados con la pobreza: el saneamiento inadecuado, el agua contaminada, la higiene alimentaria deficiente, la vivienda precaria. Sin duda, eliminar la pobreza contribuiría a resolver estos problemas. Pero los individuos, las familias y las comunidades pueden hacer mucho, además de procurar las mejoras económicas.

La respuesta es la concientización y la movilización. A nivel individual y familiar, se trata de educar a las personas acerca de los riesgos ambientales en el hogar, de las prácticas personales y familiares que pueden evitarlos. A nivel comunitario, el reto es mayor pero puede dar buenos resultados. Como sugiere la nota de tapa, una de las maneras más eficaces de construir ambientes más sanos para los niños es a través de la movilización de las comunidades. El éxito de Jardín Paraná, en San Pablo, es un ejemplo. Y hay otros en la región: me vienen a la mente Villa El Salvador, en Lima, Perú, y Salcedo, en República Dominicana; al igual que los esfuerzos de los residentes de Huaquillas, Ecuador, y de Aguas Verdes, Perú, para limpiar el Canal de Zarumilla entre estas ciudades. También la labor de las ciudades hermanas Presidio y Ojinaga en la frontera EE.UU.–México para mejorar la calidad del aire que comparten.

Esta edición de *Perspectivas de Salud* considera el poder de la organización comunitaria en otros contextos en una nueva sección sobre salud pública de la comunidad. Dos de los artículos tienen un significado especial para mí. El primero trata sobre Villa Centenario, en El Salvador, un proyecto que quizá se considere “experimental” porque comenzó con la construcción de viviendas para 100 familias que perdieron todo en los terremotos del 2001, e intenta crear una comunidad con esa base. Los retos que esto presenta se esbozan en el artículo y el resultado final está por verse. Pero Villa Centenario es claramente un proyecto comunitario caracterizado por la esperanza. El otro, sobre las manzaneras de El Alto, Bolivia —trabajadoras comunitarias de salud—, también es muy especial para mí. Estaba en Bolivia cuando el grupo celebraba su segundo aniversario y tuve el privilegio de reunirme con voluntarias. Su poder único de llegada a los miembros de la comunidad les ha permitido llevar a cabo campañas de educación sanitaria eficaces y cerrar la brecha entre los servicios de salud pública y los clientes a los que intentan servir.

La participación comunitaria siempre ha sido un elemento clave de las campañas de salud, en el saneamiento, la vacunación, la educación sanitaria. En mi propia experiencia he visto cuánto pueden ganar las personas trabajando unidas, definiendo necesidades comunes, haciendo correr la voz entre sus vecinos y las fuerzas activas para imponer las exigencias de la comunidad a las autoridades electas. Esto es esencial no sólo para la salud pública sino también para el desarrollo democrático de nuestra región en general. Ayudar a las personas a fortalecer su propio sentido de la comunidad, y a través de la comunidad, su salud colectiva, siempre ha sido y seguirá siendo uno de los compromisos más fuertes de la OPS.



Mirta Roses Periago
Directora

Perspectivas de Salud

Volumen 8 Número 1

Publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Mirta Roses Periago, Directora

Bryna Brennan, Dirección

Donna Eberwine, Paula Andaló, Redactoras

Gilles Collette, Dirección artística

Bola Oyeleye, Diseñador

Alex Winder, Producción

Armando Waak, Fotografía

Perspectivas de Salud (ISSN 1020-556X) es publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la agencia internacional de salud más antigua en existencia en el mundo, y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con sede en 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037 EE.UU.

Teléfono: (202) 974-3000

Fax: (202) 974-3663. Internet: <http://www.paho.org>

©2003 Organización Panamericana de la Salud

Todos los derechos reservados

Los artículos no representan necesariamente el punto de vista oficial de la Organización Panamericana de la Salud. Las cartas e indagaciones editoriales deben ser dirigidas a la Redacción.

Reimpresión: Los artículos reimpresos con permiso deben llevar la siguiente nota de reconocimiento: “Reproducido de *Perspectivas de Salud*, la revista de la Organización Panamericana de la Salud publicada en inglés y español”. Las reimpresiones deben llevar el nombre del autor y dos copias tienen que ser enviadas a *Perspectivas de Salud*.

CORREO POSTAL: Envíe los cambios de dirección a la revista *Perspectivas de Salud*, Oficina de Información Pública (DPI), Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037.

Estados Miembros de la OPS

Antigua y Barbuda
Argentina
Bahamas
Barbados
Belice
Bolivia
Brasil
Canadá
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Dominica
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos de América
Granada
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
Saint Kitts y Nevis
Santa Lucía
San Vicente y las Granadinas
Suriname
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

Estados Participantes

Francia
Países Bajos
Reino Unido

Miembro Asociado

Puerto Rico

Artículos

2 **Por el bien de los niños** por Alexandre Spatuzza

Los niños necesitan espacios de vida saludables y limpios para crecer y prosperar. Sin embargo, en las Américas, medio ambientes degradados exponen cada día a millones de niños a serias amenazas para su salud. Ahora, las comunidades se están movilizándose para mejorar las condiciones de vida y asegurar ambientes saludables para sus niños.

8 **La nueva ola del sida** por Paula Andalo

La epidemia de sida se está diseminando en forma desigual a través del mundo, explotando en algunos países y avanzando despacio en otros. En las Américas, el Caribe y Centroamérica han sido particularmente afectados. Pero los expertos de la región advierten que ningún país debe bajar los brazos: las drogas pueden fallar, el virus puede mutar, y cepas más mortales pueden aparecer en cualquier momento.

14 **Secretos de la industria tabacalera** por Donna Eberwine

Documentos confidenciales revelan que la industria del tabaco ha llevado a cabo una campaña activa para desorientar al público de Latinoamérica y el Caribe sobre los peligros reales de los cigarrillos y los riesgos que corren los fumadores pasivos. Un informe de la Organización Panamericana de la Salud revela las tácticas engañosas que ha usado la industria para imponer sus intereses y minar los esfuerzos de control del consumo de tabaco en la región.

Sección especial: salud pública comunitaria

22 **Renacer de las cenizas** por Jorge Jenkins Molieri

En El Salvador, 100 familias que perdieron sus casas por los terremotos de 2001 se han unido para construir nuevos hogares y nuevas vidas. Su comunidad, Villa Centenario, es un proyecto de vivienda saludable que se convirtió en un modelo para la reconstrucción del país.

26 **Las vendedoras de la salud** por Abdel Padilla

En la ciudad de El Alto, en Bolivia, las promotoras voluntarias de salud conocidas como "las manzaneras" están enseñando a los habitantes las bases de la prevención y el autocuidado, mientras cierran la brecha entre los servicios de salud y sus destinatarios.

28 **Rescatar el arte de amamantar** por María del Mar Mazza

En El Limón, Guatemala, grupos de apoyo organizados por La Liga de la Leche Internacional enseñan a las nuevas mamás los beneficios del amamantamiento y las ayudan a aumentar la confianza en sus aptitudes maternas.

Columnas

Primera palabra
De la directora

30 **Última palabra**
Medicamentos
esenciales

32 **Cartas**



Portada:

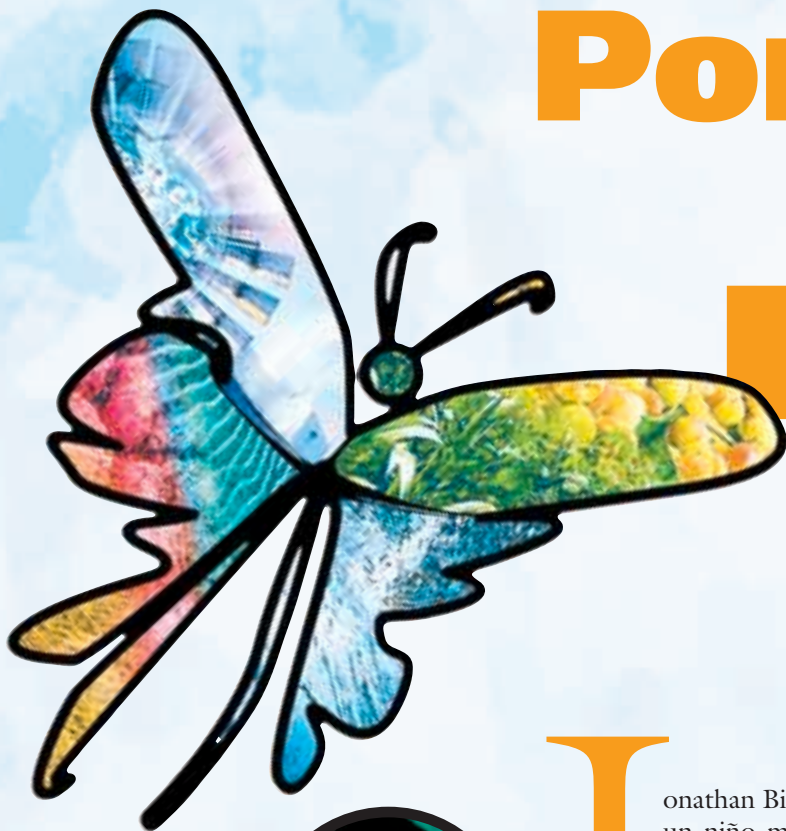
La niñez es una etapa para jugar, aprender, explorar el mundo. Pero para los niños que viven en la pobreza, el mundo puede ser un lugar peligroso. Crear ambientes más saludables para los niños es el lema de este año del Día Mundial de la Salud y el tema del artículo de tapa de este número de *Perspectivas de Salud* (ver artículo pag. 2).

Imagen: Corbis Professional collection

Por el bien de los niños

por Alexandre Spatuzza

La participación de la comunidad es clave para mejorar el entorno de los niños



Jonathan Bispo dos Santos es un niño muy activo de seis años que se divierte quitándole objetos de las manos a otras personas y, como muchos niños, le cuesta mucho quedarse quieto. Dos de sus pasatiempos favoritos son cazar cucarachas y hacer castillos de barro con el agua negruzca que pasa por el patio de tierra de su casa.

“Me gusta jugar al fútbol y correr por todos lados”, comenta al visitante mientras le muestra con orgullo algunas costuras rojas que tiene bajo el short. “Jonathan es terrible —interrumpe Rute, la madre, de 22 años—. Cuando le sale esa erupción no deja de rascarse y se le pone roja”.

Jonathan vive en una casita de ladrillos de tres habitaciones, con su madre y

tres hermanos, Jessica de ocho años, Luiz, de cuatro, y Milena, de tres. Los niños comparten un pequeño cuarto sin ventanas y un colchón sin ropa de cama, un armario y un puñado de juguetes. Según Rute los niños gozan de una salud normal, a excepción de fiebres ocasionales que ella atribuye a los bruscos cambios de temperatura del clima subtropical de San Pablo. No es raro que a una temperatura de 30° C durante el día, le siga una noche lluviosa y de solamente 15°.

“Cuando era más pequeño —dice Rute refiriéndose a Jonathan—, tenía agua en los pulmones. Pero ya se acostumbró a este clima”.

Jonathan ha tenido más suerte que su hermana Jessica. Según Rute, la niña tuvo un pulmón paralizado, principios de neumonía, bronquitis y apen-

dicitis —todo esto en sólo ocho años de vida. En esta calurosa tarde de verano, Jessica está en la escuela. Para llegar hasta allí tiene que caminar dos kilómetros por calles empedradas y con mucho tránsito. Por ahora, dice su madre, parece estar bastante sana.

“Es el destino —dice Rute—. No creo que las condiciones de vida tengan algo que ver con eso. Uno también puede tener problemas de salud aunque viva en un buen barrio”.

La familia dos Santos vive en el barrio Vale do Anhangabaú, en el centro de San Pablo, en la más grande de un conjunto de seis viviendas muy pequeñas. Comparten un patio central salpicado de escombros y entrecruzado por cuerdas que se estiran bajo el peso de la ropa húmeda. Las familias obtienen el agua y la electricidad por medio de conexiones ilegales. Su agua usada corre por el centro del patio, mientras que los retretes desaguan en una zanja cubierta. En total viven 13 niños en el conjunto (nacerán tres más este año). Comparten sus espacios para vivir y jugar con las ratas (unas cuantas menos ahora que se usó veneno) y muchas cucarachas y mosquitos. Y todo esto ocurre a escasos metros de la Alcaldía de San Pablo.

El conjunto donde reside Jonathan es un ejemplo de los riesgos ambientales a los que están expuestos millones de niños en Brasil y en el resto de las Américas. La falta de agua potable y de sistemas de cloacas, como también la presencia de vectores animales, son causados por la pobreza crónica y el desarrollo urbano espontáneo. Aunque la madre de Jonathan no ve una relación directa, los expertos sostienen que este tipo de condiciones ambientales tiene que ver con los 11 millones de muertes infantiles causadas por enfermedades prevenibles cada año en todo el mundo.

Peligro inminente

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas, 117 millones de niños viven en condiciones de pobreza. En su mayoría viven hacinados, en viviendas precarias y en vecindarios sin la infraestructura mínima. Por consiguiente se ven expuestos a infecciones respiratorias y del tracto intestinal, y a la diarrea, enfermedades que figuran entre las principales causas de defunción de niños menores de cinco años en la región.

La falta de sitios para jugar, de actividades formales de recreación y, a menudo, hasta de acceso a la escuela, exponen a los niños pobres a otra serie de riesgos ambientales. Entre estos se cuentan accidentes, como caídas, accidentes de tránsito, electrocución y asfixia, que sólo en Brasil causan 100.000 muertes infantiles al año, según notifica el grupo religioso Pastoral da Criança. La pobreza también aumenta los riesgos de exposición a la violencia, lo que incluye balas perdidas, abuso doméstico y homicidios.

Estos problemas son particularmente graves en las ciudades. “Los niños generalmente juegan en las calles porque no tienen otro lugar adonde ir —comenta Katia Edmundo, del Centro para la Promoción de la Salud (CEDAPS), una organización no gubernamental con sede en Río de Janeiro, la segunda ciudad de Brasil—. También hay

casos de niños que permanecen todo el día encerrados porque sus padres temen la violencia de las calles, pero tienen que ir a trabajar y no pueden pagar una guardería”.

Sin embargo, hay indicios de que la situación ha cambiado un poco durante el último decenio. Según el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), la cobertura de alcantarillado sanitario en la región aumentó del 66% de la población, en 1990, al 79% en 2000, mientras que la distribución del agua potable pasó del 80% a 85% en ese mismo período. Estas mejoras contribuyeron a la disminución de la mortalidad infantil y de la mortalidad de niños menores de 5 años en toda la región en la última década.

Brasil es uno de los países que logró una mayor reducción. La mortalidad de niños menores de 5 años bajó de 64 por 1.000 nacidos vivos en 1994, a 45.2 por 1.000 en 1999. En comparación, Colombia alcanzó una tasa más baja de 34 por 1.000 en 1999, pero había empezado con una tasa de 42 por 1.000 en 1994. Entre los principales factores que han contribuido al mejoramiento están el mayor acceso al agua potable y las iniciativas para la promoción de la salud, introducidas en 1991 e intensificadas considerablemente en los últimos siete años. El aumento en la matrícula escolar también ha ayudado.

Pero aún hay mucho camino por andar. “Alrededor del



20% de la población urbana disfruta de los niveles de vida del siglo XXI, pero el resto está muy marcado por las condiciones ambientales en que viven —dice Iván Estribí, consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Brasil y experto en salud ambiental—. En las ciudades, la gente tiene mayor acceso al agua potable, lo cual tiene gran influencia en la reducción de las muertes por enfermedades prevenibles. Pero habitan en viviendas insalubres y están expuestos a peligros como la contaminación industrial y los deslizamientos de tierra debido a los lugares donde están situadas las viviendas”.



Nery, un neumólogo adscrito a la oficina del Alcalde de San Pablo, ofrece el siguiente diagnóstico: según el gobierno de la ciudad, hay dos millones de personas que viven en chozas o viviendas precarias en las favelas o barriadas pobres de la ciudad. La última vez que fueron relevadas había más de 2.000 favelas. Si el gobierno local empieza a diagnosticar problemas y a ejecutar soluciones al ritmo de una comunidad cada mes, llevaría más de 150 años atender a toda la ciudad. Para Nery y otros defensores de los niños, la única manera de lograr mejoras es por medio de la movilización comunitaria.

equipo del pueblo de Guaratingueta, en el estado de San Pablo.

El verdadero nombre de este medio-campista derecho de 1,82 metros de alto es José Nilton Adelino Pereira. Explica que este improvisado terreno de fútbol también sirve como lugar de reunión para la comunidad, pero lo más importante es que aquí mismo el gobierno municipal construirá un proyecto educacional de 3,8 millones de dólares que contará con jardín infantil, escuela primaria (será la tercera escuela en este barrio), centro cultural y deportivo, y un espacio comunitario con el nombre de Centro Educacional Unificado, cuya sigla, CEU, también significa “cielo” en portugués.



En cuanto a las zonas rurales de Brasil, se considera que 20 millones de personas, aproximadamente el 12% de la población, están fuera del alcance de los programas gubernamentales. “No hay información oficial acerca de cómo vive esta gente ni de cómo obtiene el agua”, dice Estribí.

En el pasado se consideraba que los programas gubernamentales en gran escala eran la manera de abordar estos problemas. Pero hasta ahora su alcance ha sido limitado en sacar a los niños de los riesgos ambientales. Las crisis financieras crónicas hacen que sea difícil para los gobiernos federal, estatal y local detectar los problemas, y mucho menos resolverlos. Tito

Jardim Paraná es una comunidad de alrededor de 1.400 familias fundada hace ocho años en el lejano oeste de la ciudad de San Pablo. En una tarde soleada dos equipos de niñas compiten en un torneo de fútbol en el polvoriento campo de juegos de la comunidad.

“Canu”, un entusiasta del fútbol de 23 años, sale del campo donde ha estado ayudando con el torneo. Le confía a un visitante que está aguardando la noticia más importante de su vida, si le darán o no un contrato para jugar profesionalmente con un equipo en el estado de Santa Catarina, o si su representante logra negociar con el

“Será muy bueno porque sacará a muchos niños de las calles y eso es exactamente lo que necesitamos”, dice Pereira.

Pereira habla de las necesidades de los niños con la autoridad que le da su reciente ingreso a la edad adulta y las responsabilidades consiguientes. Vive con su hermana y juntos pagan el equivalente de 25 dólares al mes por un terreno de 60 metros cuadrados. También pagan por el agua corriente y la electricidad. Cuando el nuevo sistema de alcantarillado y drenaje esté listo, en un futuro cercano, también pagarán por el servicio y se beneficiarán con su utilización.

▲ El asentamiento de Glicério, bajo la autopista central de San Pablo, esconde muchos peligros ambientales. Para los niños, estos lugares aumentan el riesgo de daños accidentales, envenenamiento, problemas respiratorios y enfermedades vectoriales.

Jardim Paraná no siempre ha sido como ahora. “Llegué aquí cuando tenía 16 años y la violencia era habitual —recuerda Pereira—. Además de las pandillas que traficaban con drogas, había rateros y peleas por la tierra debido a que los líderes comunitarios intentaban frenar los nuevos asentamientos. En esa época mataron a uno de mis amigos, porque la joven que estaba robando el bar disparó accidentalmente. Yo me mantuve alejado de los problemas porque suelo ser amigo de todos”.

También recuerda los largos viajes a los centros de salud y hospitales, y las largas horas de espera para recibir tratamiento. Sus malestares principales solían ser la gripe y los dolores de estómago. Las



malas condiciones ambientales no ayudaban. Cuenta: “En esa época debíamos filtrar el agua y luego hervirla para poder beberla, pero mucha gente no lo hacía”.

La transformación de Jardim Paraná fue difícil pero no muy larga. La comunidad surgió a principios de los años 90, cuando el aumento de los alquileres y la falta de opciones de vivienda impulsaron a 180 familias a invadir tierras privadas. En 1995, una orden de desalojo del tribunal obligó a los ocupantes a



▲ Niños de Glicério juegan ante la cámara del fotógrafo..

Diagnosticar la salud y el ambiente

Según Paulo Capucci, ex asistente técnico de la Secretaría de Salud de la ciudad de San Pablo, la relación entre la salud y el entorno no es un misterio para los niños. “Los niños identifican los problemas del lugar donde viven. Un niño de un barrio de clase media señalará la contaminación del aire y la falta de espacios para el esparcimiento, mientras que un niño de una barriada pobre mencionará la falta de agua corriente —dice Capucci—. Si abordamos los problemas que se plantean a los niños, tenemos más probabilidades de resolver muchas de las inquietudes ambientales de una ciudad como San Pablo”.

Una de las iniciativas más importantes de los últimos tres años ha sido la gran expansión en San Pablo de un programa federal de salud conocido con el nombre de “Salud en la Familia.” El programa despliega equipos distritales de promoción de la salud que se encargan de visitar a las familias para identificar problemas de salud y del ambiente. En marzo de 2003, el número de equipos pasó a 701, de apenas 90 que funcionaban en 2001. La meta para fines de 2004 es poder contar con 1.749 equipos para atender los 41 distritos sanitarios de la ciudad de San Pablo.

Cada equipo está formado por un médico, una enfermera, dos asistentes de enfermería y seis agentes de salud comunitaria. Su objetivo es visitar por mes 200 familias, de preferencia las mismas. “Este contacto cercano con las familias permite a los agentes educar a las personas sobre los riesgos ambientales a los que están expuestos los niños —señala Anna Chiesa, coordinadora del programa de San Pablo—. Ya desde el primer contacto es posible iniciar los cambios, porque los agentes pueden enseñar mejores maneras para resolver los problemas.”

Según el personal del programa, el trabajo de los equipos produce resul-

tados inmediatos. En San Pablo, los funcionarios atribuyen al programa la leve disminución de la mortalidad infantil, en especial la debida a infecciones respiratorias. En Belo Horizonte, la tercera ciudad del país, el programa ha logrado una reducción del 80% en las internaciones de niños por infecciones respiratorias y asma. “Los agentes instruyen a las madres para que eviten riesgos y traten los síntomas”, explica Maria do Socorro Alves, consultora de promoción de la salud a nivel federal para el Ministerio de Salud.

Los datos suministrados por el ministerio establecen que hay 16.192 equipos de salud familiar que atienden a aproximadamente 50 millones de personas. El medio ambiente es uno de los aspectos principales de su trabajo. “La idea es que las personas tengan una actitud diferente hacia los servicios de salud pública y sus condiciones ambientales”, dice Alves.

En una ciudad como Recife, los equipos de salud debaten sobre la conservación de los humedales de agua salada, donde un numeroso grupo de personas pobres vive de la pesca de cangrejos. En un lugar como San Pablo, es más probable que se aborden asuntos relacionados con el entorno de las escuelas urbanas.

Para Thelma Nery, de la Organización Nacional de Salud, este tipo de programa basado en el contacto directo con las comunidades, el diagnóstico de los problemas y el empoderamiento de la comunidad, son las formas más eficaces de reducir los riesgos a los cuales están expuestos los niños. “Prestar servicios de salud pública puede que sea una responsabilidad fundamental del gobierno —dice—, pero es la sociedad la que debe indicar sus necesidades”.



organizarse y, al final, ellos y centenares de nuevos invasores compraron la tierra por un poco más de 570.000 dólares, a pagar en 10 años. Al legalizar la situación mejoraron las condiciones de vida. “El mandato de desalojo fue la gota que rebasó el vaso y desde aquel momento nos organizamos”, dice Antonio Calisto, un conductor de autobús y líder comunitario.



Otro momento crucial en la corta historia de este barrio ocurrió en el año 2000, cuando un niño y un adulto murieron a causa de la hepatitis contraída por beber agua contaminada. Estas muertes hicieron que se exigiera al gobierno la instalación del servicio de agua corriente y sistemas de recolección de aguas servidas. En octubre de 2001, luego de varios meses de negociaciones y protestas, todo el vecindario empezó a recibir agua potable y a utilizar un sistema rudimentario de alcantarillado, suministrados por la empresa de saneamiento del estado de San Pablo. Ahora la comunidad está negociando un sistema de drenaje de aguas de lluvias y la instalación de un dispensario médico, y está recaudando fondos para construir un jardín infantil que será administrado por el centro comunitario, agrega Calisto.

Hoy en día, los 2.379 niños que viven en Jardim Paraná tienen mejores condiciones de vida que los del Vale do Anhangabaú, a unos 30 kilómetros. La mayoría de los hogares de Jardim Paraná posee agua potable y recibe con frecuencia visitas de 12 agentes de promoción de la

salud. “Todavía hay algunas familias que no tienen acceso al agua potable, por eso estamos tratando de que la compañía amplíe su red”, comenta Calisto, presidente de la asociación de vecinos.

“Las condiciones en Jardim Paraná distan de ser perfectas, pero al principio la situación era tan terrible, que me sorprendí al no encontrar tifus en la zona”, comenta Thelma Nery, pediatra y fundadora de la ONG Organización Nacional de Salud. Nery y su organización han ayudado a la comunidad de Jardim Paraná a organizarse y a luchar por las mejoras ambientales, empleando la llamada Atención Primaria Ambiental, una estrategia de movilización comunitaria pro-ambiente promovida por la OPS.

La exitosa organización comunitaria ha motivado también algunas iniciativas “verdes”. Jardim Paraná limita con una zona protegida de la Selva Atlántica, la Serra da Cantareira, y unos 45.000 metros cuadrados de las tierras adquiridas por la comunidad quedan dentro de los límites de la selva. Actualmente la comunidad está tratando de forjar alianzas con organizaciones privadas para proteger y manejar la selva.

La organización en Jardim Paraná también ha aportado otros beneficios. Por ejemplo, el interés del Rotary Club en establecer un centro comunitario que apunta al desarrollo de pequeños negocios para crear nuevas fuentes de trabajo.

Según Marcia Westphal, investigadora jefa del CEPEDOC, un centro de investi-

gación sobre “ciudades saludables” de la Universidad de San Pablo, las iniciativas de salud y medio ambiente deben desarrollarse en forma paralela a los programas para la generación de ingresos y distribución de la riqueza en las zonas pobres. “Se debe pensar en los biomapas e incluir en la planificación no sólo la salud y el medio ambiente, sino también la vivienda y la economía —insiste—. Si las casas no cumplen con las normas y la gente de la zona no tiene trabajo, entonces no se logra bienestar social y se produce enfermedad social. Deben coordinarse las actividades”.

Utilizando el concepto de ciudades saludables, Westphal formula estrategias para darles poder a las comunidades locales. El proceso se inicia al agrupar a la comunidad en torno de una causa para enseñarle métodos para diagnosticar sus problemas y definir prioridades. Cuando toman conciencia de sus problemas, pueden empezar a trabajar en las mejoras de los servicios básicos junto con los gobiernos locales y las entidades privadas.

Katia Edmundo, de la ONG CEDAPS, ha visto este proceso en el distrito de Vila Paciência, en

Río de Janeiro, donde su organización tiene un programa para la promoción de la salud y el fortalecimiento de la comunidad. Allí los vecinos determinaron que la causa principal de una enfermedad común de la piel en niños era el contacto con los cerdos que se alimentaban de basura y deambulaban por el barrio. Cuando se los encerró, los problemas de la piel disminuyeron.

“La salud de los niños es la principal motivación para la organización de la co-



▲ Los vecinos de Jardim Paraná, en las afueras de San Pablo, lograron organizar su comunidad y obtener agua potable y servicios de saneamiento del gobierno de la ciudad. Mejorar la salud de los niños es su mejor motivación.

Ecoclubes para el medio ambiente

Desde 1992, más de 6.000 niños y adolescentes de Latinoamérica, el Caribe y España se han inscrito en los "Ecoclubes" (www.ecoclubes.org) dedicados a mejorar la calidad de vida de las comunidades al abordar asuntos ambientales prioritarios. Los clubes son organizaciones no gubernamentales constituidas democráticamente que ayudan a crear capacidades de liderazgo y a darles a los jóvenes la experiencia necesaria para emprender acciones colectivas, como herramienta para construir entornos más saludables para sí mismos y el resto de la comunidad.

En la Argentina, donde se formaron los primeros, los Ecoclubes impulsaron, en la provincia de Santa Fé, un programa de manejo de desechos sólidos, por el cual los miembros del club fomentaron la toma de conciencia sobre la necesidad de separar los residuos orgánicos de los inorgánicos. Luego se coordinó con las plantas municipales el procesamiento de los desperdicios orgánicos para convertirlos en fertilizantes. La mayor parte del fertilizante se empleó en los huertos de las comunidades, el resto se vendió y las ganancias se usaron para sostener otras actividades de los clubes.

En Brasil, los Ecoclubes de la ciudad de Toledo crearon el proyecto "desperdicios útiles" para promover el reciclaje en las casas y oficinas. En Paraguay, los miembros de los clubes se han unido a los esfuerzos de la salud pública para combatir el dengue, distribuyendo folletos y hablando con la gente sobre la importancia de eliminar de sus casas, jardines y barrios, los potencia-

les hábitats de mosquitos. Otros Ecoclubes de la región están trabajando en educación ambiental, cultivos orgánicos y uso de energía alternativa.

Los clubes trabajan con las autoridades metropolitanas y locales en la identificación de asuntos prioritarios y, para ejecutar proyectos, aúnan fuerzas con universidades, empresas, grupos religiosos, bomberos y otras organizaciones no gubernamentales. Además del trabajo puerta a puerta, los miembros escriben artículos sobre temas ambientales para los periódicos y las revistas locales, y aparecen en televisión y radio.

"Es una forma muy buena de conocer gente. Y también de cuidar del medio ambiente", dice Diego Ruiz, estudiante de Argentina.

Según los adultos que apoyan los Ecoclubes, una de las principales enseñanzas que adquieren los miembros es que gracias a la organización y al esfuerzo voluntario se puede resolver numerosos problemas ambientales sin necesidad de la ayuda del gobierno ni de grandes sumas de dinero. "La comunidad cuando se organiza puede solucionar o ayudar a solucionar los problemas ambientales —comenta Ricardo Bertolino, coordinador del Consejo Consultivo adulto de la Red Internacional de Ecoclubes—. No todo depende del dinero. Creo que tenemos que poner a punto un poco la creatividad, tenemos que tratar de sumar voluntades para lograr cambios importantes".

munidad —dice Edmundo—. Una vez realizado el diagnóstico, la gente puede actuar."

Sin embargo, lo anterior supone otro detalle y es que en cierta forma las comunidades están "legalizadas". En muchos barrios pobres los residentes no tienen títulos de propiedad porque han "invadido" la tierra, o les fue vendida de manera ilegal, o no pueden pagar para obtener los documentos. Si no hay documentos oficiales, es difícil que los

organismos gubernamentales puedan ofrecerles servicios básicos.

Jardín Paraná es un caso de una comunidad que se movilizó, se legalizó y empezó a construir un futuro mejor para sus niños. Entretanto, en Vale do Anhangabaú, Jonathan dos Santos sigue haciendo castillos de barro a sólo 200 metros de la alcaldía, mientras su abuela de 50 años lo mira. Cuando

algún visitante le pregunta quién es el propietario del terreno, dice: "He vivido aquí durante 15 años y aún estoy tratando de obtener los títulos de propiedad en el tribunal".

Alexandre Spatuzza es periodista brasileño independiente y reside en San Pablo.



▲ El humo de los autos, micros y emanaciones industriales moldea una nube gris sobre San Pablo y oscurece la línea del horizonte. Cuando los niveles de contaminación aumentan, la Comuna cierra el área céntrica al tránsito.



fotos/Alexandre Spatuzza



La nueva ola del sida

por Paula Andaló

El hombre está sentado en su amplia oficina, en Bethesda, Maryland. Mira a través de la ventana pero no está viendo el parque que tiene enfrente: su profunda mirada va mucho más allá, abarca países, regiones, continentes.

La epidemia está avanzando en gran parte del mundo como un volcán en permanente erupción. ¿Podrán las Américas escapar de una nueva explosión?

Hace 18 años que Anthony Fauci dirige el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH) y que pelea contra el sida, la primera epidemia de la era de la globalización.

Su oficina es un tapiz de títulos académicos y de honores. Con las manos sobre la cabeza, no deja de mirar hacia afuera cuando describe con palabras muy claras lo que denomina la “nueva ola del sida”. Ha recorrido el mundo y puede dibujar con perfección de científico y de testigo directo un mapa difícil: la epidemia sigue avanzando como un volcán en permanente erupción en todo el mundo y especialmente en cinco países que hoy se consideran los de más alto riesgo: China, India, Nigeria, Rusia y Etiopía. “Imagínese que el aumento de tan solo el 1% de la tasa de incidencia de la infección en esos países significa 20 millones de personas”, grafica Fauci.



fotos © Armando Waak / OPS

“El aumento de tan solo el 1% de la incidencia de la infección en China, India, Rusia, significa 20 millones de personas”, Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas

Ante la insistencia de la cronista, aclara que siempre trata de dejar fuera de su trabajo las reacciones emocionales. De otra forma, no caben dudas, el contacto diario y de frente con la realidad sería abrumador: a diciembre de 2002, ONUSIDA estimaba en 42 millones el número de personas en el mundo viviendo con VIH/sida, en 5 millones las nuevas infecciones y en 3,1 millones las muertes de ese año. Los científicos, que hace cinco años afirmaban que la vacuna preventiva estaría lista en cinco años, ahora son mucho más cautelosos, porque este virus súper mutante es tremendamente evasivo y no permite diseñar un modelo definitivo para una vacuna. Hoy, aseguran que las herramientas más eficaces para enfrentarlo son la prevención y los tratamientos, las poten-

tes terapias antirretrovirales que combinan tres o más drogas y logran frenar la replicación viral.

Un virus que no discrimina

Como pocos virus, el VIH ha sido por demás democrático, afectando a ricos y a pobres (al menos en los primeros años de la epidemia), atravesando continentes sin necesidad de visas, siempre atrincherado en el invisible espacio de una célula. Por esto mismo, cualquier cambio mínimo que se produzca, cualquier nueva droga, nuevo descubrimiento, repercute en todo el mundo.

Hasta ahora, la lógica de la epidemia ha sido implacable: allí en donde los sistemas colapsan y presentan fisuras, el virus aprovecha para entrar con más fuerza. “Y esto ocurre cuando se ve afectado el orden social y económico de un país, el caso de muchos países africanos, de la ex Unión Soviética. Las guerras, las crisis, provocan movimientos migratorios, enormes quiebres en los sistemas de salud, generando condiciones ideales para que el VIH se expanda”, enfatiza Fernando Zacarías, jefe de la Unidad de VIH/sida de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

¿Esta ley regirá también en esta parte del mundo? Las estadísticas indican que, en Norteamérica, cerca de 1 millón de personas viven con VIH/sida. En América Latina y el Caribe, viven 1,9 millones de adultos y niños con el virus. Esta última cifra incluye a las 210.000 personas que, según las estimaciones, contrajeron el VIH el año pasado. También en 2002 murieron 100.000 personas en la Región a causa del sida.

Zacarías recuerda que hace 20 años, cuando la epidemia todavía se mal llamaba “peste rosa” y el virus era un misterio recién clasificado, el futuro era el Apocalipsis. “Hubo una encuesta internacional entre expertos y nuestra visión fue aterradora: imaginábamos un 2000 completamente devastado por la enfermedad”. El tiempo y los hallazgos médicos demostraron que la infección podía volverse crónica, que la persona podía no desarrollar sida, y que no todo el planeta iba a ser diezmado. Que la lucha implicaba claras decisiones sanitarias y compromisos políticos. Y que jamás se podía bajar los brazos

porque, como dijo Richard Feachem, director del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en una nota de opinión en el periódico *The Washington Post*, “esta guerra sólo está empezando”.

En América Latina y el Caribe la epidemia ha hecho hasta ahora un camino lento y constantemente creciente. Las tasas de prevalencia en algunos países del Caribe se encuentran entre las más altas del mundo, después del África subsahariana. En las dos décadas que han pasado desde el comienzo de la epidemia, el continente ha sufrido crisis sociopolíticas, guerras y quiebres de sistemas. Sin embargo, la epidemia no tuvo la misma explosión que en otras regiones. Para explicar esto, Zacarías cruza razones genéticas, sociales y culturales, “En estos momentos, hay dos grandes grupos del virus que circulan por el mundo, el VIH1 y el VIH2. Ya se conocen 10 subtipos del VIH1 y 5 subtipos del VIH2. Ahora bien, en las Américas está circulando la misma cepa que circula en Europa occidental (el VIH1 subtipo B) que, al parecer, es algo menos virulenta que las cepas del VIH2, las que circulan más comúnmente en África”.

Las cepas africanas del virus, completa Zacarías, serían más patogénicas y podrían diseminarse más fácilmente por vía heterosexual, lo que explicaría, sólo en parte, la violenta aceleración de la epidemia. De todas formas, aclara, el virus tiene la capacidad de mutar con tanta facilidad que este escenario perfectamente podría cambiar en los próximos años.

También es cierto, agrega Zacarías, que muchos países de la región se tomaron muy en serio a “la nueva enfermedad”, ya a comienzos de los años ochenta. “En Brasil, por ejemplo, hubo decisiones concertadas desde el principio a todo nivel, ministerial, de salud pública, en las comunidades; y las campañas y acciones eficaces de intervención lograron que la epidemia desacelerara su progresión. También en Cuba se tomaron medidas drásticas, que fueron muy criticadas, pero que permitieron que en los primeros años de la epidemia el virus no entrara en la isla”. Sin embargo, hoy en día, en un mundo de viajes, turismo y globalización, los científicos aseguran que los cercos epidemiológicos de hace dos décadas ya no tienen efecto.

El acceso universal a las drogas

La primera droga desarrollada para tratar la infección por VIH fue la zidovudina (AZT). Por muchos años fue la única medicación disponible. Hasta que en 1996, durante la XI Conferencia Internacional de Sida realizada en Vancouver, Canadá, se presentaron en sociedad los llamados cócteles, combinaciones de tres drogas que, juntas, lograban frenar la replicación del virus en el organismo. En 2003, dos décadas después del primer caso registrado oficialmente, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) cuenta con una lista de 14 drogas aprobadas para tratar la infección.

No sólo se ha avanzado mucho en la oferta de drogas sino también en la forma de administración. Hasta 1998, una persona con VIH/sida debía tomar hasta 15 pastillas para completar un día de tratamiento. A partir de ese año hubo una catarata de avances que lograron mejorar la eficacia de los medicamentos y su forma de administración. Hoy en día, dos píldoras pueden contener las drogas necesarias para ingerir en un día. Los que tienen acceso a estos tratamientos pueden vivir mucho tiempo y tener una vida casi normal.

Sin embargo, estos enormes avances no están disponibles para todos por igual. De los 42 millones de personas que viven con el VIH, menos del 5% tiene acceso pleno a la medicación. Según el último informe de ONUSIDA, hacia 2002 se estimaba que unas 170.000 personas recibían estos tratamientos en América Latina y el Caribe (la mayoría de ellas en Brasil). Si bien algunos países garantizan el acceso gratuito y universal a través del sector público, el acceso real al tratamiento sigue siendo desigual en el conjunto de la Región, debido en parte a la amplia variación de los precios de los medicamentos.

Hasta no hace mucho, un tratamiento significaba en promedio unos 10.000 dólares anuales. Ahora puede llegar a costar menos de 1.000 dólares en el mismo período.

Por eso, en los últimos tres años se inició un esfuerzo conjunto, por subregiones, para negociar los precios de los remedios fabricados por los grandes laboratorios. Porque el objetivo no es sólo que se abaraten los costos de las drogas, sino que esta reducción se adapte a la realidad económica del país, a su ingreso per cápita. En Uganda, donde el ingreso anual promedio es de 200 dólares por persona, 1.000 dólares sigue siendo una fortuna.

Como parte de este proceso, las organizaciones internacionales y las instituciones que trabajan por los derechos de las personas seropositivas lanzaron un debate ético: ¿Es posible que, si existe una droga que evita la transmisión de madre a hijo, no tengan acceso a ella todas las mujeres embarazadas que están infectadas? El mismo debate también se plantea para el tratamiento de seropositivos adultos.

Un tratamiento contra el VIH es complejo, requiere de exámenes periódicos, pruebas para controlar qué cantidad de virus está circulando en el organismo, cuántas células del sistema inmunitario se han ganado o perdido. Cuando se habla de los costos no sólo se habla de las drogas, sino de todo el arsenal terapéutico necesario. Además, muchas veces el paciente se vuelve resistente a una droga que ya no es útil para combatir al virus, y hay que rediseñar su tratamiento.

En las Américas, Brasil fue uno de los primeros países que discutió los precios de las drogas, instaló laboratorios nacionales de medicamentos genéricos (con costos de hasta 600 dólares anuales por tratamiento), y ofreció asistencia integral y universal. En el marco de la Iniciativa de Acceso Acelerado (IAA), 15 países del Caribe firmaron en septiembre de 2002 acuerdos con compañías farmacéuticas y lograron que un tratamiento combinado de

Y los resultados en los países son dispares. El informe 2002 de ONUSIDA indica que uno de los factores que favorecen la propagación del VIH en la Región es la combinación de desarrollo socioeconómico desigual y alta movilidad de la población.

Como pocas, esta epidemia también enfrentó al hombre con la necesidad de modificar conductas, de explorar su cultura. Y hacia las conductas también enfocó Zacarías a la hora de explicar el devenir del virus en la región. “La transmisión heterosexual se está convirtiendo en una muy importante vía de infección. Y el blanco más reciente de la epidemia son las mujeres, en especial las mujeres monógamas que se contagian de sus propias parejas, que en muchos casos tienen sexo con otros hombres. Lo que ocurre es que la cadena de contagio termina ahí, en la esposa o novia”. En esta cuestión básicamente cultural Zacarías encuentra otra razón que desacelera el desarrollo de la epidemia.

Un grito hacia los varones

Hace dos años, el lema de la campaña mundial de ONUSIDA reclamó que los hombres tomaran las riendas de su sexualidad. Lejos de tratarse de un regreso al control sexual masculino, fue un grito hacia los varones, para que tomaran conciencia de que el uso del preservativo evita el propio contagio, y el de sus parejas. Que usar el preservativo es, en algún sentido, hacerse cargo de la parte de compromiso que les toca en esta lucha.

Y este enfoque no es caprichoso, ya que el uso del condón sigue siendo crucial para prevenir la infección. Sin embargo, es un elemento sobre el que no todas las mujeres tienen poder. “En muchos países, de todos los continentes, las mujeres no tienen el estatus social como para tomar sus propias decisiones acerca del sexo seguro. Y estos escenarios coinciden con las sociedades que más han negado la existencia del VIH y que lo han considerado durante mucho tiempo como un mal del afuera, que viene de otra parte, de otro país. Por eso hay que seguir educando, porque romper esas barreras culturales llevará años”, explica Fauci.

En Sudáfrica (en donde una de cada 4 personas está infectada), un rey tribal puede tener hasta docenas de hijos y varias mujeres ¿un rey usará preservativo? ¿Lo usará un camionero que atraviesa varios países de América Latina trasladando mercancías? ¿O un campesino de la provincia de Jilin, en China, que dona sangre una vez por mes como una forma de ingreso fijo? Zacarías, para completar el concepto de Fauci, agrega que para educar, hay que utilizar las herramientas que ofrece la propia comunidad, “en Haití hemos hecho campañas en las que el mismo sacerdote vudú explicaba, con su propio lenguaje y rituales, cómo utilizar bien un condón. Las intervenciones deben realizarse sobre

de Honduras tiene entre un 15% y un 20% de prevalencia de VIH”.

Entonces, ¿en qué punto del camino nos encontramos? Los expertos coinciden: en una encrucijada. Esto quiere decir que es un momento perfecto para hacer las cosas bien, para lograr que la epidemia no explote, para tomar el camino correcto.

Según Fauci, un gesto claro en este sentido es un compromiso político y económico. “En los Estados Unidos se destinan muchos recursos al VIH/sida. En mi instituto, alcanza al 50% de los recursos. Y eso ocurre porque el Presidente y los congresistas aprobaron ese uso. Los líderes políticos del país apoyaron los esfuerzos en esta lucha. Y esto es así, según el in-



“El nuevo blanco de la epidemia son las mujeres, en especial las mujeres monógamas que se contagian de sus propios maridos”, Fernando Zacarías, jefe de la Unidad de VIH/sida de la OPS

las poblaciones, las nuevas cohortes, en especial en los nuevos grupos vulnerables, las poblaciones móviles (hay muchas en el continente), las trabajadoras sexuales, las maquiladoras, y los grupos indígenas, entre los que el virus se ha expandido dramáticamente en los últimos tiempos. Por ejemplo, la población de la etnia garífuna

forme del Consejo Nacional de Inteligencia, y yo tengo la misma percepción, porque se trata de una epidemia que está esperando estallar”. Por ahora, la epidemia es global y, por ende, hay un interés global. La preocupación de Zacarías es qué pasará cuando el sida deje de ser un problema para los países ricos. ■

drogas de marca (no genéricas) costara en la región 1.100 dólares por paciente al año, el mismo valor que tiene para los países del África Subsahariana. Las negociaciones — que fueron conducidas por la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM), OPS/OMS y ONUSIDA— comenzaron en febrero de ese año y culminaron con la firma del acuerdo durante la XIV Conferencia Internacional de Sida realizada en Barcelona, en julio de 2002, entre un grupo de compañías farmacéuticas y la Coalición Pancari-beña contra el VIH/sida.

Según George Alleyne, director emérito de la OPS y enviado especial para VIH/sida en el Caribe por las Naciones Unidas, “aun con drogas disponibles se necesita además infraestructura, recursos humanos, capacitación del personal y sistemas de organización para lograr que tengan amplia disponibilidad”.

Según Alleyne, es esencial la cooperación regional para atender de manera global a las necesidades de todos los países, pero además “algunos de ellos siguen buscando más agresivamente nuevas alternativas para bajar aún más los precios”.

Siguiendo los pasos del Caribe, Centroamérica y los países andinos comenzaron a diseñar estrategias para mejorar el acceso a los tratamientos y a la calidad de vida. En febrero pasado, los gobiernos de Centroamérica también firmaron un acuerdo con compañías farmacéuticas, con el que lograron una reducción de precios del 50%.

Para Fernando Zacarías, jefe de la Unidad de VIH/sida de la OPS, el debate por los precios de las drogas, que involucra a tantos sectores distintos, pone sobre la mesa la ética y la idea del acceso a los tratamientos como un derecho humano esencial: “Por suerte, muchos países (Sudáfrica, Brasil) han reaccionado. El gran desafío es lograr la accesibilidad de los tratamientos sin discriminar por condición social o económica”. ■

El difícil camino hacia una vacuna

En la actualidad se están realizando simultáneamente 25 ensayos con vacunas para enfrentar al VIH/sida. Una de las más esperadas ha sido la vacuna GP120, de la empresa VaxGen, que intenta modificar la acción del antígeno de ese nombre que se encuentra en la superficie de la célula y que, en condiciones normales, permite que el VIH invada el organismo. En febrero pasado, VaxGen presentó los resultados de la fase III de estos ensayos. Las pruebas, que se realizaron en 8.500 personas en Canadá, Tailandia, Holanda y Estados Unidos, no fueron promisorias. Comparada con el placebo, la vacuna mostró una baja eficacia para reducir el riesgo de infección en la población general que había sido inoculada. Pero el ensayo también arrojó un dato sorprendente: fue más eficaz entre negros y asiáticos, que entre blancos e hispanos.

Jorge Benetucci, jefe de sala del Hospital Muñiz, el centro municipal de enfermedades infecciosas de Buenos Aires, y uno de los primeros infectólogos argentinos que detectaron casos de VIH en su país, cree que, a pesar de los resultados algo desesperanzadores, el poder estadístico del estudio fue muy bueno y el resultado es bastante concluyente. “Habrà que estudiar el porqué de las diferentes respuestas inmunológicas de ambos grupos —propone—. A veces se aprende más de los fracasos que de los éxitos. Hay que continuar el desarrollo de la vacuna sobre la base de la información obtenida. Son muchas las opciones que se están investigando, y eso es positivo”.

En sus trabajos, el doctor José Esparza, coordinador de la Iniciativa para una Vacuna contra el Sida, de la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, destaca que “la vacuna sigue siendo la llave para derrotar al sida, y su búsqueda debe involucrar a muchos países”. Esta búsqueda corre por dos caminos: una vacuna preventiva, que inmunice contra la infección; y una

Muchas naciones de las Américas han tomado como propia la batalla del sida. Un caso ya citado es el de Brasil. “Ellos tomaron buenas decisiones desde la cúpula del poder, fueron creativos, no negaron la existencia de una epidemia, lucharon para abaratar los precios de las drogas. Brasil ha sido un ejemplo que podría traspasarse a otro país de su magnitud como son los cinco que hoy están en alto riesgo”, piensa Fauci.

Uno de los logros de este país es que, según concluye el informe de ONU-SIDA, “en el caso de los seropositivos que utilizan drogas intravenosas, Brasil ha adoptado un enfoque menos punitivo para afrontar el problema doble

esfuerzos sostenidos en educación y prevención. Y lo mismo ocurrió con el uso de condones entre adolescentes.

Pero uno de los aspectos más interesantes de este tejido que frena la expansión del virus reside en la activa participación de los mismos seropositivos. Según explica Javier Hourcade Belloq, secretario regional de la Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH/sida, la entidad conjuga el trabajo de siete redes regionales que sólo en Chile cuenta con 2.000 personas y trabaja muy cerca de los gobiernos y las organizaciones intentando que se escuche la voz de los portadores. “La cooperación horizontal ha permitido



En la población general, la cultura de la sexualidad está cambiando. Hoy los jóvenes saben que es esencial protegerse a sí mismos.

que suponen este consumo y la infección por VIH, lo que ha contribuido a disminuir la propagación del virus en este subgrupo de población en las áreas metropolitanas”. También en forma coincidente, un estudio a escala nacional comprobó el mayor uso del preservativo entre esta población (del 42% en 1999 al 65% en 2000), un signo de los

alcanzar muchos éxitos, especialmente contra la discriminación y los altos precios de las drogas”, asegura Hourcade Belloq.

Ante esta encrucijada en la que se halla el continente, la epidemia definitivamente puede estabilizarse. “Es más difícil medir la prevención en una población que los tratamientos. Y lo cierto es

que con las nuevas terapias antirretrovirales, menos pacientes llegan a desarrollar sida, y el número de hospitalizaciones en los países ha bajado muchísimo”, explica Zacarías.

Entonces, ¿por qué no relajarse un poco y descansar los brazos? En San Francisco, Estados Unidos, una ciudad que fue epicentro de la epidemia en los '80, los esfuerzos de prevención lograron bajar drásticamente la tasa de incidencia de infección entre hombres que tenían sexo con hombres.

En aquellos años, el miedo operó como un motor: morían amigos, parejas, había que cuidarse. Sin embargo, un estudio del Departamento de Salud Pública de esa ciudad comprobó un aumento de las infecciones en los últimos seis años. “Se debe a que las nuevas generaciones de hombres que tienen sexo con hombres no tienen la misma percepción del peligro, saben que hay buena medicación, que la infección puede tratarse. Pero a ellos habría que decirles que siempre, siempre, lo mejor es no infectarse”, asegura Zacarías.

Tanto Zacarías como Fauci son veteranos en esta guerra. Y, a esta altura del camino y con visión de profetas, pueden hacer vaticinios. Zacarías concluye: “Este proceso de estabilización de la epidemia quizá no me toque verlo a mí. Pero se puede lograr. En la población general, la cultura de la sexualidad está cambiando. Los jóvenes que iniciaron su vida sexual en la era del sida saben que es esencial protegerse. Las palabras clave son cuidados, prevención y tratamientos”. Y Fauci agrega: “Si no somos agresivos en prevención y educación ahora, si no ponemos todos nuestros recursos para tratar a las personas que ya están infectadas y relacionamos tratamiento con prevención, entonces el escenario empeorará. Pero tenemos la gran oportunidad de provocar un enorme impacto ahora mismo”.

Los dos coinciden. El comienzo ha sido difícil. Pero si se actúa a tiempo, el futuro podrá modificarse.

Paula Andalo es periodista en el área de Información Pública de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C.

vacuna terapéutica, que actúe bloqueando el desarrollo del virus cuando ya está dentro del cuerpo humano.

Aunque no hace mucho Robert Gallo, codescubridor del VIH junto con el francés Luc Montagnier, afirmó que nunca habría una vacuna ciento por ciento eficaz, los expertos aseguran que lograr una vacuna con menor porcentaje de eficacia también sería un gran avance porque:

- Al bajar la posibilidad de infección, se desaceleraría la progresión de la epidemia, lo que a nivel de política sanitaria significaría un éxito.
- Disminuiría la frecuencia de infección en poblaciones de alto riesgo.
- Si una persona se infectara, la carga de la infección sería más baja por la barrera defensiva de la vacuna.
- Al tener baja carga viral (cantidad de virus que hay por mililitro de sangre) habría dos grandes ventajas: la persona podría recibir tratamientos menos agresivos y, eventualmente, tardaría más tiempo en desarrollar el sida. Y también tendría menos oportunidades de transmitir el virus.

De este modo, esta hipotética vacuna, aun cuando no fuera ciento por ciento eficaz, cambiaría el balance de la epidemia que, hasta ahora, se inclina a favor del virus.

El desarrollo de una vacuna genera muchos dilemas. La mayoría de las vacunas que se están desarrollando en la actualidad servirían para inmunizar contra algunas formas del virus que circulan en América, Europa y Asia, pero no para las cepas presentes en África, justamente el continente que más necesita de una vacuna. Como asegura un editorial publicado en la revista *The Lancet*, “esto aumentaría aún más la brecha que existe entre los países desarrollados y los más pobres, que siguen concentrando el 90% de las infecciones”.

Los caminos para llegar a una vacuna se bifurcan como un laberinto: porque cuando los científicos creen que llegaron al final, se abre un nuevo camino. Esto se debe a que el VIH tiene una capacidad de mutación, de cambio, que hace muy difícil encontrar un modelo único de vacuna. Sin embargo, la investigación es constante y aparecen nuevas alternativas. Curiosamente, el secreto de una de estas opciones parece estar escondido en el sistema inmunitario de un grupo de trabajadoras sexuales de África. El investigador canadiense Francis Plummer, experto en enfermedades infecciosas, dirigió un seguimiento médico de 2.000 trabajadoras sexuales de Nairobi. Al cabo de varios años, los científicos comprobaron que 200 de ellas no estaban infectadas, a pesar de haber estado expuestas al virus, y de practicar conductas de alto riesgo durante mucho tiempo. Investigadores británicos realizaron observaciones similares entre trabajadoras sexuales de Gambia. La conclusión es que alguna forma de defensa natural, algún arma genética en el sistema inmunológico de estas trabajadoras sexuales evitaba la infección. Identificar ese arma ayudaría a desarrollar una vacuna. Un camino similar siguen las investigaciones llevadas a cabo sobre un 5% de seropositivos que, a pesar de haber estado infectados desde hace mucho tiempo, no desarrollan sida.

La Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el Sida (IAVI), que nuclea los esfuerzos de las entidades y los gobiernos de países en los cinco continentes, estima que se están invirtiendo alrededor de 470 millones de dólares en la búsqueda de una vacuna a nivel mundial. Si bien este monto significa un aumento notable en la inversión en los últimos 10 años, sigue representando sólo el 1% del gasto global en salud e investigación.

El hallazgo de una vacuna es esencial. Porque, finaliza Benetucci, “a pesar de que los tratamientos han logrado frenar la progresión de la enfermedad, para muchas regiones del mundo, la vacuna es la única opción, la única herramienta sanitaria que puede frenar el avance dramático de la epidemia”.

The background of the page is a composite image. In the center, a human skull is visible, partially obscured by a vibrant bouquet of flowers including purple, yellow, and pink blooms. In the foreground, there is a stack of papers or documents, some of which are slightly out of focus. The overall lighting is dramatic, with strong highlights and deep shadows.

Secretos de la industria tabacalera

por Donna Eberwine

**Qué revelan los documentos
confidenciales acerca de
las tácticas de la industria
tabacalera para proteger sus
ganancias, en detrimento de
los esfuerzos de la salud
pública en América Latina
y el Caribe**



fotos © Carlos Gaggero

Nota del editor: La divulgación, en los años noventa, de documentos internos de la industria tabacalera, en el marco de los juicios anti-tabaco en los Estados Unidos, aportó muchas pruebas acerca de los intentos de la industria para confundir a los consumidores y socavar iniciativas de salud pública. Para descubrir lo que revelan esos documentos acerca de las actividades de la industria tabacalera en América Latina y el Caribe, en 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) encargó un proyecto de investigación centrado en los dos líderes del mercado en la Región: British American Tobacco (BAT) y Philip Morris International (PMI). El resultado, obtenido después de examinar más de 10.000 páginas de documentos, es el informe *La rentabilidad a costa de la gente: Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública* (OPS, 2002), por Stella Aguinaga Bialous y Stan Shatenstein. Este artículo es una adaptación de ese informe de la OPS.

Corría el año de 1990, y las dos principales tabacaleras multinacionales de América Latina y el Caribe estaban preocupadas ante la posibilidad de que el sentimiento de rechazo del tabaco se estuviese extendiendo desde América del Norte y Europa hasta sus mercados en acelerado crecimiento, situados al sur de la frontera con los Estados Unidos.

Sharon Boyse, que entonces trabajaba como experta en asuntos públicos para British American Tobacco (BAT), describió la situación en un memorando enviado a funcionarios de las filiales de su empresa en la Argentina, Brasil, Chile y Venezuela. “Los problemas más importantes que debe enfrentar la actividad en América del Sur, ahora y en el futuro, son el humo ambiental de del tabaco, las restricciones al consumo de tabaco en público, y el hecho de que el hábito de fumar no sea socialmente aceptable... En este contexto no se debe subestimar la influencia de las noticias desfavorables sobre el consumo de tabaco divulgadas por los medios de comunicación internacionales (en especial en los Estados Unidos e Inglaterra) y por la OPS/OMS”.

Marc Goldberg, gerente para América Latina de Philip Morris International, se hizo eco de las inquietudes de Boyse durante una de sus presentaciones de ese mismo año. “En cuanto a la legislación contra el consumo del tabaco, los gobiernos han redoblado esfuerzos para restringir el consumo de tabaco en los lugares públicos e imponer nuevas limitaciones a la publicidad —observó—. Hemos logrado enfrentar con éxito las propuestas contra el tabaquismo en Costa Rica, Guatemala y Paraguay, pero es evidente que la tendencia a restringir el consumo de cigarrillos en los lugares públicos seguirá permeando la legislación en toda la región”.

Las observaciones de Goldberg indican, sin lugar a dudas, que la industria no iba a quedarse con los brazos cruzados mirando cómo aumentaban las amenazas a algunos de sus mercados en desarrollo

más lucrativos. Por el contrario, para contrarrestarlas conseguirían la ayuda de una de las asociaciones médicas más prestigiosas de la región.

“Con la orientación de Shook, Hardy and Bacon [estudio jurídico con sede en los Estados Unidos] y auspiciado por el Colegio Interamericano de Médicos y Cirujanos, se está llevando a cabo una encuesta para determinar la opinión de los decanos de las facultades de medicina sobre las prioridades de la región en materia de salud —informó Goldberg—. Confiamos en que los resultados de la encuesta demostrarán que la preocupación por el consumo del tabaco en América Latina, como riesgo para la salud pública, es consecuencia de las presiones externas y no un tema de interés primario para la comunidad médica. Si el estudio confirma nuestras sospechas, esperamos que el Colegio Interamericano de Médicos y Cirujanos dé amplia difusión a estos hallazgos”. Y agregó: “Estamos abocados al desarrollo de estrategias de cabildeo y de creación de coaliciones con quienes tienen intereses económicos comunes con nosotros, y nuestra intención es adelantarnos permanentemente a las intenciones de nuestros adversarios”.

Según documentos secretos divulgados por la industria tabacalera a partir de 1998, y examinados a solicitud de la OPS, ésta no sería la primera ni la última vez que la industria se asegurara la ayuda de respetados profesionales científicos y médicos para socavar las iniciativas de control del tabaquismo en América Latina y el Caribe. En uno de esos

casos, las empresas tabacaleras contrataron al decano del Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud, de la Universidad Católica de la Argentina, amigo personal del entonces presidente Carlos Menem, para hacer presión contra las leyes que prohibirían la publicidad y restringirían el consumo de cigarrillos en lugares públicos o cerrados (ver recuadro en la página 21).

Por otra parte, según revelan los documentos secretos, las empresas tabacaleras:

- Contrataron en secreto a investigadores médicos y científicos de toda la región para tergiversar los estudios científicos que vinculaban el humo de tabaco con enfermedades en no fumadores.

mentar su participación en el mercado y en los volúmenes de ventas, al mismo tiempo que en público se oponían a las ventas ilegales de cigarrillos.

Ciencia mercenaria

A comienzos de los años noventa, la cuestión de la exposición al humo de tabaco ajeno se convirtió en un tema de actualidad en los Estados Unidos a medida que aumentaban las pruebas científicas sobre sus efectos dañinos en la salud. Dos entidades estadounidenses, la Agencia de Protección Ambiental (EPA) y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), publicaron infor-

Una propuesta, presentada en 1992 por el grupo de abogados de la industria tabacalera, Covington and Burling, plantea la respuesta de la industria:

El Programa de Consultoría sobre el HAT en Centroamérica y América del Sur (Proyecto Latino) se puso en marcha a principios de 1991. Actualmente, participan en este proyecto trece consultores de siete países: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Venezuela. Éstos provienen de una amplia variedad de disciplinas científicas, como la química y la bioquímica, la epidemiología, la oncología y la medicina pulmonar y cardiovascular. Hoy día, el



- Trataron de ganarse la adhesión de los medios de comunicación mediante viajes con todos los gastos pagos y conferencias a favor de la industria copatrocinadas por asociaciones de periodistas.
- Diseñaron campañas de “prevención del tabaquismo en los jóvenes” principalmente como herramientas de relaciones públicas en forma simultánea con sus estrategias de mercadeo que tenían como destinatarios a los fumadores jóvenes.
- Participaron activamente en las redes de contrabando de cigarrillos para au-

mes que confirmaban que los llamados fumadores pasivos se encontraban expuestos a un riesgo considerablemente mayor de sufrir enfermedades.

Estos informes, emitidos por dos importantes organismos gubernamentales de los Estados Unidos, ejercieron nuevas presiones sobre la industria tabacalera para que contrarrestara la información científica que vinculaba el humo ambiental de tabaco (HAT), o humo de tabaco ajeno, con la enfermedad y, en especial, para prevenir los crecientes esfuerzos de control del tabaquismo en América Latina y el Caribe.

Proyecto Latino es financiado en un 40% por Philip Morris International [60% por BAT]. La gestión del Proyecto Latino está en manos de Covington and Burling.

A diferencia de muchos otros programas regionales de consultoría sobre el HAT patrocinados por la industria, el Proyecto Latino se puso en práctica para adelantarse a la inminente irrupción del tema del HAT en Centroamérica y América del Sur, y no como reacción a ella. De vital importancia para el éxito del Proyecto Latino es la producción y la difusión de datos cien-

▲ Un kiosco, en Lima, Perú, ofrece cigarrillos sueltos a 15 centavos de dólar cada uno. Los fumadores pagan el equivalente de 1,50 dólares por el paquete completo.

tíficos sólidos, no sólo relacionados con el HAT específicamente, sino también con una amplia gama de contaminantes potenciales de los entornos al aire libre y del aire de los locales cerrados. Por un lado esta estrategia incita a los organismos gubernamentales y a los medios de comunicación de Centroamérica y América del Sur a resistirse a las presiones de los grupos que se oponen al consumo del tabaco y, por el otro, ubica al HAT en el lugar que le corresponde entre los diversos contaminantes potenciales que se encuentran en esas regiones, tanto en los entornos al aire libre como en los locales cerrados.

Además de financiar la investigación realizada por los consultores, la industria los enviaba como expositores a seminarios y simposios científicos, y utilizaron su influencia para lograr el auspicio conjunto de dichos eventos por parte de algunas de las entidades académicas más prestigiosas de la región. Entre ellas se encontraban la Academia Nacional de Ciencias y la Academia Nacional de Medicina, de la Argentina; la Universidad de San Pablo en Brasil; la Academia Chilena de Ciencias, la Universidad Católica de Chile y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Si bien la supuesta función del Proyecto Latino era la de “generar y difundir” “datos científicos sólidos” para contrarrestar los esfuerzos “extremistas de control del tabaco”, los vínculos entre los consultores y la industria tenían que mantenerse en el más estricto secreto. Una carta fechada en 1991 y enviada por Boyse, empleada de BAT, a Edgar Cordero, de la empresa Republic Tobacco de Costa Rica, aclara este punto sin que quede la menor duda:

No puedo dejar de insistir con suficiente firmeza sobre la necesidad absoluta de que la industria no tenga ningún contacto directo con estos científicos [los consultores] que forman parte del programa ... Si alguien llegara a sospechar que alguno de ellos está vinculado con la industria, corremos el riesgo de que, por asociación, se piense lo mismo del resto del grupo; y todos los esfuerzos habrán sido en vano. Como ya se ha explicado, cualquier contacto debe llevarse

a cabo a través de Covington and Burling...

Una estrategia fundamental del Proyecto Latino era la de cambiar el centro del debate público para pasar de los efectos sobre la salud del tabaquismo pasivo a cuestiones más amplias, como la calidad del aire en la región, sugiriendo que el humo de tabaco ajeno era un factor insignificante en la contaminación del aire en espacios cerrados. Con este objetivo, el proyecto propuso una investigación original sobre estos temas, lo que abarcaría un estudio en América Central para el que “se adquirirían datos acerca de los niveles de diversos gases y

En 1993 se presentaron resultados similares en un seminario auspiciado por la industria en un seminario auspiciado por la industria en Quito, Ecuador. El consultor Carlos Álvarez, del Proyecto Latino, dijo ante decenas de periodistas reunidos en el Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina (CIESPAL) que no existía una relación estadísticamente significativa entre el tabaquismo pasivo y las enfermedades cardiovasculares, y que “incluso en el peor de los casos, los problemas de América Latina relacionados con la exposición al HAT son ínfimos en comparación con aquéllos que provocan la contaminación ambiental, la desnutrición, el cólera, la diarrea, el analfabetismo, las deficiencias habi-



sustancias particuladas suspendidas en el aire de las oficinas y los restaurantes de Costa Rica, Guatemala, Panamá, El Salvador, Nicaragua y Honduras. Los niveles de contaminación del aire del ambiente exterior se determinarán en forma simultánea con las mediciones del aire de los locales cerrados”. Los resultados del estudio se publicaron en la revista *Ciencias Ambientales* de la Universidad Nacional de Costa Rica. Como cabía esperar, los datos demostraban que el tabaquismo no contribuía significativamente a la deficiente calidad del aire en los locales cerrados.

tacionales y la marginación”. Esto, a pesar de un cúmulo abrumador de investigación científica conocida que ya marcaba una relación causal entre el humo ambiental de tabaco y la enfermedad cardíaca.

Los documentos de la industria del tabaco muestran que eventos como el seminario del CIESPAL eran una táctica preferida de relaciones públicas en América Latina y el Caribe. Para mejorar la imagen de la industria en toda la región, BAT y Philip Morris patrocinaron en forma conjunta simposios similares dirigidos a los periodistas, con mensajes favorables a la industria acerca de temas como el

▲ Un paquete gigante de cigarrillos “American Blend” Ducal distrae a los conductores en la autopista Panamericana al sur de Lima, Perú. El aviso promete “sabor que une”.

tabaco y la salud, el tabaquismo pasivo, la libertad de expresión y las actividades y prioridades de la OMS. Los expositores escogidos por la industria eran principalmente especialistas del Proyecto Latino y otros consultores en HAT, pero también contaron con el apoyo de sus aliados de la industria de la publicidad y otras afines. Unicamente cuando se abordaba el tema fundamental de los efectos directos del hábito de fumar sobre la salud —lo que la industria terminó reconociendo ante sus detractores— la industria se vio obligada a contar sólo con sus empleados. “No tenemos a ningún consultor externo dispuesto a hacerlo, y mucho menos uno de habla hispana”, expresó Sharon Boyse en un memorando de 1994.

Según otro memorando de Sharon Boyse, el propósito de estos simposios era “informar a los representantes locales de los medios de comunicación sobre la posición de la empresa sobre los temas relacionados con el consumo del tabaco; persuadirlos de que tenemos una respuesta creíble e interesante a las afirmaciones que se hacen sobre nuestros productos y que nuestra posición se basa en investigaciones independientes y, por ende, es apoyada por expertos independientes. Más específicamente, *persuadir a los medios de información de que se conviertan en aliados* en las actividades de cabildeo contra las restricciones al consumo del tabaco” [destacado por el editor].

Otros documentos revelan que Philip Morris y BAT a menudo invitaron y pagaron los gastos a periodistas de la región para que visitaran la sede de la empresa. Según una propuesta de 1994, estas visitas se hacían para “lograr que los medios de información comprendan mejor la otra cara de los temas relativos al consumo del tabaco”, así como para “mejorar las relaciones personales” entre los representantes de la industria y “los jefes de redacción y los periodistas de mayor nivel de los medios de comunicación sudamericanos”.

Sin embargo, en esa misma propuesta se observa que “algunos medios de información tienen por norma evitar que sus periodistas acepten viajes con todos los gastos pagos, ya que se corre el riesgo de que esto ponga en entredicho su independencia... En tal sentido, los periodistas in-

dependientes pueden ser mejores candidatos, pues estarán más dispuestos a que les paguen un viaje y es menos probable que ‘muerdan la mano que les da de comer’, ya que desearán asegurarse un lugar en cualquier otro viaje”.

La industria también determinó que le resultaba útil producir sus propios artículos —por sus empleados, consultores pagados o, por lo menos en un caso, por un periodista independiente de fuera de la región. En un memorando de 1991, Boyse escribe:

Hemos analizado la posibilidad de contar con artículos escritos en un estilo adecuado y sobre temas apropiados, que luego podrían distribuirse en

tos breves: una nota periodística y un comentario editorial; y una nota analítica titulada “Historia de la evaluación sobre el riesgo en el fumador pasivo”. Me gustaría que todas las empresas me hicieran llegar sus observaciones sobre estos artículos... ¿Las empresas consideran que este tipo de artículos podrían ser entregados a sus contactos en los medios de comunicación locales con vistas a su publicación...?

Una propuesta mucho más ambiciosa, descrita por Boyse en un memorando de 1991 dirigido a su colega David Bacon, pero que aparentemente nunca se llevó a



las empresas operativas y, cabe esperar, a través de sus contactos, publicarse en la prensa local.

Se acordó que para esta región probablemente sería muy conveniente que un periodista independiente, que trabajara en los Estados Unidos, escribiera estos artículos. En este contexto, Philip Morris desde hace un tiempo ha estado buscando un periodista adecuado de habla hispana y cree haber encontrado a uno que quizá nos resulte conveniente.

Se adjuntan copias de los primeros artículos redactados por él. Dos tex-

la práctica, revela que la filial de BAT en la Argentina pudo haber tenido algo que ver en la organización de los desórdenes ocurridos en marzo de 1992, durante la VIII Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, realizada en Buenos Aires:

La Argentina tiene un plan pero ya no estoy segura de que podrán influir en lo que publican los medios de información, pues se negaron a participar en la segunda parte de la propuesta de Paul Dietrich, que consistía, esencialmente, en persuadir a algunos periodistas para que fueran a las conferencias de prensa y arenga-

▲ La encargada de un kiosco en Lima muestra un cartón de Marlboro Light, de Philip Morris. La versión “sabor integral” de Marlboro es la más popular de la región entre los adultos jóvenes y los que están comenzando a fumar.

ran a la gente como Jimmy Carter [el ex Presidente de los Estados Unidos] sobre las prioridades en materia de salud. Eso podría influir en la cobertura y vamos a organizar actividades de adiestramiento sobre la forma de perturbar el desarrollo de una conferencia de prensa. Sin embargo dijeron (como de costumbre) que esto no funcionaría en Argentina.

¿Sólo para adultos?

Ante la creciente simpatía que se observa en América Latina y el Caribe hacia un mayor control del tabaco, a partir de



1990 la industria tabacalera ha hecho esfuerzos especiales para dar la impresión de que estaría dispuesta a aceptar y hasta a cooperar con regulaciones “razonables”. En 1993, un memorando de la directora de asuntos corporativos para América Latina de Philip Morris, Cathy Lieber, describe el enfoque de la industria en relación con el delicado tema de los fumadores jóvenes:

Teniendo en cuenta el incipiente clima legislativo adverso en la región, se plantea la oportunidad de crear un sentimiento de buena voluntad hacia la industria tabacalera

llegando al público con una campaña que desaliente el tabaquismo en la juventud. Nuestro objetivo es transmitir la idea de que la industria tabacalera no tiene interés en estimular a los jóvenes a que fumen y crear la imagen de que somos empresas con responsabilidad ciudadana. Esto tiene por objeto resguardar a la actividad de nuevos ataques por parte de los movimientos contra el tabaquismo...

Hacia 1997, Lieber describía la formulación y promoción de la legislación modelo sobre la edad mínima para la compra de cigarrillos, que se aplicaría en

toda la región. La idea era que para “seguir protegiendo nuestra capacidad de comercializar y hacer publicidad para el público adulto, debemos ser capaces de anticiparnos a los acontecimientos, adoptar iniciativas, de comunicarnos con los funcionarios del gobierno y cooperar con ellos”.

Sin embargo, durante el mismo período los planes de mercadeo de la industria para la región se refieren con frecuencia y de modo abierto a los segmentos de mercado de los “fumadores adultos jóvenes” o “joven adulto urbano”. La gran mayoría de los docu-

mentos de la industria definen estos grupos como los fumadores de 18 a 24 ó 25 años de edad, pero algunos tienen deliberadamente como grupo destinatario a los llamados “principiantes”. Uno de estos documentos es un informe de estrategias de marca de la filial argentina de BAT, Nobleza Piccardo:

Camel es el cigarrillo internacional de los Estados Unidos, de sabor integral, preferido por los hombres que se consideran personas independientes y seguras de sí mismas y que practican un estilo de vida individualista. El destinatario de este aviso es el varón urbano de 18 a 24 años de edad, perteneciente al segmento ABC1. Una parte importante de la población objetivo está constituida por quienes recién comienzan a fumar.

De manera similar, un análisis de 1994, realizado por Marlboro en la región, describe la marca como “la número 1 para quienes recién comienzan a fumar y para los fumadores adultos jóvenes”.

Quizá la prueba más contundente encontrada en los documentos es la revelación de que la industria tiene conocimientos detallados del contrabando de cigarrillos y participa activamente en él. El apoyo de la industria a este tipo de actividad ilegal impide que el gobierno perciba importantes ingresos por recaudación de impuestos, pero también ejerce presión para que bajen los precios, lo cual permite que los cigarrillos se tornen más accesibles para los jóvenes y para las personas de menores ingresos.

Como resultado de otra investigación basada en documentos en este ámbito, funcionarios del Reino Unido iniciaron investigaciones sobre la presunta participación de BAT en el contrabando de tabaco en Asia y Latinoamérica. Además, las autoridades de Canadá, Colombia, Ecuador, la Unión Europea y los Estados Unidos han entablado juicios contra la industria, en un intento por recuperar las pérdidas en ingresos fiscales que habría generado el comercio ilegal de cigarrillos.

▲ Un fumador comparte cigarrillos con una amiga. La mayoría de los fumadores de larga data comenzaron a fumar antes de los 18 años.

El análisis de documentos de la industria en Latinoamérica y el Caribe muestra la existencia de estrategias para competir y ampliar el llamado mercado “sin pago de impuestos” (SPI), lo cual se observa aun en los más altos niveles corporativos. En un memorando de 1993, el gerente regional de BAT para Latinoamérica, Keith Dunt escribía:

En razón de la sensibilidad, la gestión y la coordinación del negocio SPI, todas las marcas deben concentrarse en un operador por cada canal... Es preciso definir claramente la coordinación y gestión del mercado SPI... Dada la importancia

ción en el mercado, y su contribución al total de ventas.

Sin embargo, no se pasaba por alto el dilema ético planteado por la participación activa de la industria en el mercado del contrabando. En un memorando de 1992, Dunt escribía a Nobleza Piccardo, la filial de BAT en la Argentina: “Estaremos realizando consultas aquí sobre los aspectos éticos de impulsar o dejar de lado el segmento SPI. Usted conoce mi criterio de que forma parte de su mercado, y dejar que lo exploten otros es totalmente inaceptable.” Un memorando escrito en 1992 por Mark Waterfield, de BATCo, y dirigido a Delcio O. Laux, el entonces pre-

sario para incrementar la cuota de este segmento. La función de Bigott es persuadir a las autoridades que cierren las fronteras y confiscuen los productos SPI que se introducen en Venezuela.

Del mismo modo, un documento de mercadeo de la empresa BAT, elaborado en 1992, confirma la participación de Philip Morris y BAT en el suministro de productos al mercado ilegal de la Argentina por medio de sus filiales en Brasil y Paraguay. El documento justifica con soltura la participación en esta actividad y alega que “El contrabando representa el 9% del mercado argentino de



de estos negocios en la región, proponemos la creación de un “Grupo Comercial Fronterizo” cuyas funciones sean supervisar y adoptar decisiones, cuando corresponda, con el objeto de proteger los intereses de BAT Industries. Se recomienda que esté integrado por un miembro de Souza Cruz, uno de Nobleza Piccardo y uno de BAT Company.

Otros documentos tratan el tema del mercado del contrabando con gran detalle en relación con el precio del producto, la competencia por la participa-

sidente de la C.A. Bigott en Venezuela, comentaba la estrategia de las compañías para salvar el obstáculo de la ética en este asunto, mantener la imagen de una empresa con responsabilidad ciudadana y, al mismo tiempo, estar presentes en el comercio ilegal:

Se recomienda asignarle a una empresa de BAT Company la responsabilidad de desarrollar la participación del grupo en el otro segmento de SPI del mercado venezolano. Sería inadecuado que el personal de comercialización de Bigott desarrolle la estrategia nece-

cigarrillos y el 46% del mercado del N.E.A. [Nordeste argentino]. Los cigarrillos SPI son parte de la realidad y están casi institucionalizados. Hace bastante tiempo que las autoridades no aplican restricciones significativas a este mercado. En un futuro previsible es más probable que los volúmenes de ventas SPI aumenten, y no que disminuyan”. La persona que escribe comenta que el mercado potencial para SPI es aun mayor, y que “suponiendo que haya un mercado insuficientemente explotado, nuestra prioridad es abastecerlo con marcas que tienen perspectivas en el mercado argentino”.

▲ Una vendedora callejera ofrece cigarrillos y artículos para el hogar a los conductores en un suburbio de Lima. Los cigarrillos de contrabando ocupan un segmento importante del mercado para la industria.



Al margen de estas actividades obviamente ilegales, quizá no resulte sorprendente que la industria del tabaco haya utilizado estrategias agresivas en el Caribe y Latinoamérica —como lo ha hecho en otras partes— para defender sus productos y su habilidad para promoverlos. Cualquier industria tendría el derecho de hacer lo mismo, pero la diferencia reside en que el tabaco es el único producto que, al utilizarlo legalmente y según se indica, puede matar hasta a la mitad de quienes lo consumen.

Por lo tanto, las revelaciones acerca de sus engaños del pasado hacen que la industria del tabaco tenga más dificultad para desarrollar nuevos argumentos y ocultar los verdaderos peligros de sus productos y métodos de mercadeo. Los defensores de la salud pública esperan que un aumento de la toma de conciencia —entre planificadores, funcionarios gubernamentales y consumidores de toda la región— se traduzca en un apoyo cada vez mayor para los controles al consumo del tabaco.

Donna Eberwine es editora de Perspectivas de Salud. Stella Aguinaga Bialous reside en los Estados Unidos y es investigadora y consultora; tiene numerosas publicaciones sobre los documentos de la industria del tabaco y los temas del control del tabaco. Stan Shatenstein, del Canadá, es el redactor del boletín en línea GLOBALink News & Information (www.globalink.org) y colabora como redactor para la revista Tobacco Control.

Amigos influyentes

En 1992, el Congreso de la Argentina aprobó una legislación pionera sobre el control del tabaco, conocida como la “la ley Neri”. En caso de ser promulgada eliminaría toda la publicidad y la promoción de cigarrillos, restringiría el fumar en lugares públicos y exigiría que se detallara en las cajetillas los ingredientes y aditivos utilizados.

Como temía un efecto dominó en toda la región, la industria del tabaco actuó en inmediato y movilizó a sus aliados en la industria de la publicidad y en otros sitios para impedir la aprobación definitiva de la ley. De acuerdo con documentos secretos, “la industria tabacalera organizó una sesión de trabajo a puerta cerrada con dueños de medios de comunicación, figuras de los deportes, ejecutivos de publicidad y otras partes interesadas, para iniciar una campaña a favor de un veto presidencial”. La campaña consistía en que ciertos grupos como la Federación Mundial de Anunciantes, la Sociedad Interamericana de Prensa y la Sociedad Interamericana para la Libertad de Expresión Comercial enviaran cartas al entonces presidente Carlos Menem y a otros funcionarios del gobierno, para apoyar los argumentos prefabricados que fueron expuestos en un “análisis de caso” realizado por Philip Morris en 1993.

1. La ley Neri era una limitación inconstitucional de la libertad de expresión comercial
2. No hay ninguna evidencia que muestra una conexión entre la publicidad y el consumo de cigarrillos
3. La publicidad del cigarrillo está destinada a mantener la lealtad a una marca y a promover el cambio de marca

No obstante, al menos tan eficaz como las cartas fue la estrategia desplegada

por la industria a través del cardiólogo argentino Carlos Álvarez. Además de ser decano del Programa de Posgrado en Ciencias de Salud de la Universidad Católica, era amigo personal del presidente argentino Carlos Menem y médico privado de su hermano Eduardo. También se desempeñaba como consultor pagado por la industria para el llamado “Proyecto Latino”, que contrataba a científicos para apoyar el punto de vista de la industria acerca de los fumadores pasivos.

Un memorando, escrito en noviembre de 1992 por el abogado de la industria John Rupp, describe la importancia del papel de Álvarez:

El doctor Carlos Álvarez desempeñó un papel muy útil en los mayores esfuerzos realizados por la industria para frenar la ley contra el tabaco y luego para convencer al Presidente Menem de que la vetara una vez que el Congreso argentino la aprobara, a fines de 1992. Las actividades del doctor Álvarez incluyeron conversaciones con senadores de ambos partidos, así como una serie de conversaciones con el Presidente Menem y también con el hermano del Presidente, quien ocupa el cargo de presidente del Senado argentino. El doctor Álvarez también entregó al Presidente un conjunto de notas informativas y una carta de presentación en la que se señalaba que las restricciones al consumo de tabaco propuestas carecían de fundamentos científicos sólidos.

Éste y otros documentos muestran que se preveía que Álvarez siguiera trabajando en favor de la industria, si en el futuro llegaban a introducirse nuevas leyes para el control del consumo de tabaco en la Argentina.

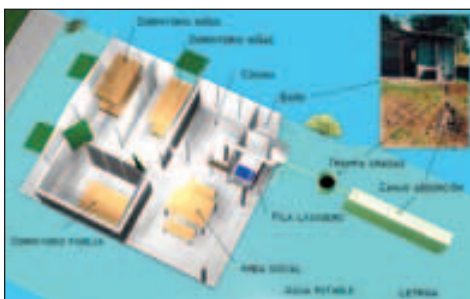
VILLA CENTENARIO OPS

Renacer de las cenizas

por Jorge Jenkins Molieri

Los habitantes de Villa Centenario han construido una nueva comunidad saludable para reponer sus hogares perdidos en los terremotos de 2001

fotos © Jorge Jenkins/OPS



Los primeros dos meses del año 2001 fueron una larga pesadilla para la familia Osorio, al igual que para miles de salvadoreños. En la mañana del 13 de enero, ocurrió un terremoto con una intensidad de 7.6, cuyo epicentro se encontraba a 100 kilómetros de la costa del Pacífico. La sacudida se sintió desde México hasta Panamá, pero el mayor impacto lo sufrió El Salvador, en donde se derrumbaron casas y edificios, quedaron inservibles carreteras y puentes y, además, en todos los rincones del país se registraron numerosas avalanchas de lodo y deslizamientos de tierra. Durante las semanas que siguieron al primer terremoto, miles de temblores atemorizaron a la población; hasta que el



13 de febrero un segundo sismo dejó un saldo final de más de 1.200 muertes, 9.000 heridos y 1,6 millones de personas sin hogar.

Antes de los terremotos, Carlos Osorio, su esposa María Ester Echeverría y siete de sus diez hijos habían vivido en la pobreza como colonos en una finca ajena, a cambio de cuidar el terreno y cultivar la tierra, en Acajutla, departamento de Sonsonate, en el occidente de El Salvador. La casa donde vivían —una estructura endeble con paredes de adobe y bahareque y un techo de trozos de plástico— quedó totalmente destruida por los terremotos. La familia, acostumbrada a las dificultades, empezó a buscar desesperadamente otro trabajo y un lugar para vivir. “Pensaba que me iba a morir y que mis hijos iban a quedar abandonados como mi padre me dejó a mí”, recuerda Carlos Osorio con lágrimas en los ojos.

Pero, exactamente a los seis meses después del primer terremoto, renació la esperanza para la familia Osorio, de nuevo en Acajutla, pero esta vez en el cantón Suncita. Los Osorio fueron una de las 100 familias seleccionadas para participar en un proyecto multisectorial y en la construcción, desde los cimientos, de una comunidad totalmente nueva para reemplazar las casas que habían perdido. Ese pueblo, llamado Villa Centenario OPS en honor de los 100 años de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se convertiría en un proyecto modelo de vivienda saludable, construido con el apoyo de la OPS y de los ministerios de Vivienda —que proporcionó el terreno— y de Salud. También colaboraron países do-

nantes, misioneros locales y el Municipio de Acajutla.

Pero lo más importante fue la participación activa de las 100 familias que son las entusiastas beneficiarias del proyecto. “Es un milagro —dice Osorio con emoción— que Dios y todas las organizaciones que nos ayudaron, nos dieran una casa propia”.

De la escasez a la crisis

Las dificultades que vivieron los Osorio a comienzos de 2001 fueron similares a las de miles de familias salvadoreñas que perdieron sus casas debido a los terremotos. Según el Comité de Emergencia Nacional (COEN), los terremotos afectaron a casi la cuarta parte de las viviendas del país, ya que más de 180.000 unidades sufrieron daños y unas 150.000 quedaron totalmente destruidas. Pero el mayor peso de lo ocurrido recayó en la población rural pobre, ya que sus viviendas eran vulnerables por su ubicación y diseño inadecuados, y por la utilización de materiales de construcción que no pudieron resistir la fuerza de los terremotos. Lo que ya era una grave escasez de viviendas apropiadas se convirtió en una crisis enorme debido a los sismos.

Esto representaba una gran dificultad para el gobierno y los ciudadanos por igual: reconstruir no sólo las viviendas, sino comunidades enteras que fuesen más fuertes y más saludables que las destruidas. “Era una oportunidad para pensar mejor en lo que son las viviendas rurales, y para introducir un nuevo concepto de vida saludable, aun en el contexto de la pobreza”, dice Horacio Toro, representante de la OPS en El Salvador.

▲ Ingenieros de la OPS desarrollaron el prototipo para las 100 viviendas de Villa Centenario. Arriba, la Dra. Mirta Roses Periago, directora de la OPS, con Carlos Osorio, uno de los líderes comunitarios.



“Fue una chance para encontrar soluciones a problemas antiguos, como la falta de servicios básicos de saneamiento y los comportamientos humanos perjudiciales para la salud que van unidos a la pobreza y las malas condiciones de vida”.

La tarea de crear un nuevo prototipo de vivienda saludable fue emprendida por un grupo de ingenieros sanitarios de la representación de la OPS en San Salvador. La Organización también ayudó a obtener el financiamiento para el proyecto de varios gobiernos como los de Bahamas, Canadá, Italia, Noruega y Suecia, y más tarde de la Fundación Panamericana de Salud y Educación (PAHEF), para financiar las primeras 60 casas, mientras que la orden religiosa de los Hermanos Maristas recaudó fondos para costear las 40 casas res-

tantes. La meta era hacer de Villa Centenario OPS un proyecto modelo que demuestre que es posible contar con viviendas y comunidades saludables hasta en las zonas rurales más pobres.

El núcleo de Villa Centenario está formado por 100 casas, construidas con todos los elementos para que sean seguras en caso de terremotos, pero además para que ofrezcan la posibilidad de llevar una vida saludable, aun en las zonas rurales más pobres. Las casas fueron diseñadas como prototipos de vivienda antisísmica, de bajo costo y de fácil construcción; los futuros residentes se encargaron de apoyar la construcción utilizando herramientas sencillas y materiales duraderos. Cada casa tiene tres dormitorios pequeños, la cocina y un área social, todo en una superficie de

41 metros cuadrados. Están equipadas con un tanque de almacenamiento de agua y filtros de purificación, una ducha, una pila para lavar ropa y utensilios de cocina, una estufa que funciona con gas o con leña, una letrina y un sistema sencillo para eliminar las aguas residuales. Las ventanas y las puertas están recubiertas con malla milimétrica para impedir la entrada de insectos. El costo total de los materiales asciende a poco más de 4.000 dólares.

Hoy en día, menos de dos años después del comienzo de la construcción, Villa Centenario OPS tiene, además de sus 100 viviendas, un centro comunitario bautizado con el lema Salud Para Todos, una plaza principal, un parque con juegos infantiles, un campo deportivo, un dispensario médico, una panadería y un mo-

▲ Los habitantes de Villa Centenario construyeron sus propias casas y se reúnen regularmente para discutir cómo mejorar las condiciones de vida de su comunidad.

lino de “nixtamal” para tortillas de maíz. Los niños van a una escuela situada a un kilómetro de distancia del poblado. Recientemente se ha inaugurado el alumbrado eléctrico y el acueducto que posibilita que cada casa cuente con el servicio de agua sanitariamente segura. El Municipio de Acajutla presta los servicios de recolección de la basura.

“Estas nuevas formas de trabajo de los ministerios de Salud acercan los programas hacia las comunidades, haciendo de los salvadoreños los protagonistas de la salud”, dice el ministro de Salud, Francisco López Beltrán.

Se asigna suma importancia a la vivienda saludable, o VIVISAL, pero la participación social es igualmente importante. El presidente de la República, Francisco Flores, señaló el día de inauguración de la Villa que es “un nuevo concepto en provisión de vivienda, que incorpora un sistema de atención integral a las necesidades básicas de las familias”.

La Villa Centenario cuenta con una Junta Directiva elegida entre todos que tiene personería jurídica, además de brigadas voluntarias de salud y saneamiento, programas de adiestramiento comunitario, varios proyectos para generar ingresos e iniciativas comunitarias de nutrición apoyadas por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), uno de los centros panamericanos de la OPS.

Varios gobiernos y organismos han ayudado a organizar campañas comunitarias para el control de las moscas y mosquitos, vacunación de niños y alfabetización de adultos.

Comunidad modelo

Villa Centenario OPS ya ha cumplido su propósito como un modelo de vida saludable. El Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano de El Salvador ha utilizado el concepto de Vivienda Saludable en apoyo a la construcción de unas 50.000 soluciones habitacionales en el país, dotándolas de las características de saneamiento básico del prototipo VIVISAL, y de sus enfoques integradores y participativos para la producción social de salud.

En cuanto a los residentes del pueblo, su “transformación” —al pasar de víctimas de un terremoto a protagonistas del



cambio social— puede observarse en la familia Osorio. Uno de los que primero contribuyó a la construcción de Villa Centenario, Carlos, es actualmente una figura conocida y respetada que ha asumido numerosas responsabilidades en la comunidad. En cinco ocasiones ha aceptado ser presidente de la Junta Directiva; es el principal responsable del funcionamiento del centro comunitario y del parque principal, además de supervisar la panadería y el molino de maíz para tortillas. También asiste a cursos sobre higiene familiar y comunitaria y participa en el programa de huertos hidropónicos, impulsado por el INCAP.

María Ester, su esposa, trabaja en la panadería que es una microempresa dirigida por mujeres y forma parte de una brigada sanitaria de voluntarios. Sus dos hijos menores asisten de nuevo a la escuela.

No obstante, la transformación dista de estar terminada. “Para crear una comunidad exitosa y sostenible —dice Maritza Romero, responsable del área de promoción de la salud de la OPS en El Salvador— es necesario que nazca un fuerte sentido de pertenencia entre las familias, que no se conocían antes, de tal forma que puedan identificar los problemas que comparten y llegar a soluciones comunes. Este proceso puede llevar años”.

Agrega Romero que si bien la vivienda adecuada es un requisito para llevar una vida saludable, el éxito dependerá en gran medida de los adelantos en otros aspectos básicos del desarrollo, la alfabetización, la

formación profesional y técnica, la equidad de género y, quizás por encima de todo esto, el empleo y el ingreso.

Gerardo Merino, especialista en nutrición y consultor del INCAP en El Salvador, agrega: “Villa Centenario es un modelo exitoso de lo que ha logrado una comunidad en materia de salud ambiental, pero no hay que olvidar que todavía debe hacer frente a los graves problemas de la gente que vive en extrema pobreza. Según parece, algunos de los residentes están tan mal alimentados que carecen de la energía y de la motivación para participar en estas actividades”.

Osorio es la prueba viviente de que la falta de empleo sigue siendo, tal vez, el obstáculo más difícil y el más urgente de superar. “Mi principal problema es económico, porque no tengo trabajo —dice—. Dependo de lo que mis hijos mayores me dan para sostener al resto de los muchachos. A veces comemos sólo maíz, y muchas veces de noche nos vamos a dormir con el estómago vacío. Doy gracias a Dios y a todos ustedes por apoyarnos, pero espero encontrar un trabajo pronto, porque a mí no me gusta pedir”.

Jorge Jenkins Molieri es asesor en salud ambiental y responsable del Programa de Desastres en la representación de la OPS en El Salvador.

▲ Los niños de Villa Centenario posan frente al arco que da la bienvenida a los visitantes a su comunidad.

Las manzaneras trabajan de casa en casa promoviendo prácticas saludables y mayor utilización de los servicios de salud.

Las

vendedoras de la salud

por *Abdel Padilla*

Desde hace cinco meses Esther Ballivián tiene un hijo más. Lo conoció por casualidad en septiembre pasado y desde entonces lo visita de lunes a domingo después del almuerzo. Se ven por algunos minutos, el tiempo suficiente para que ella controle que Ramiro, de 16 años, tome las tabletas para su tratamiento contra la tuberculosis, enfermedad que poco tiempo atrás consumió la vida del padre del joven.

“Es como si hubiera adoptado un hijo”, comenta orgullosa Esther, que desde hace un año forma parte del ejército de 800 manzaneras o promotoras barriales de salud en la ciudad de El Alto en el departamento de La Paz, Bolivia. Como Esther, cada una de estas personas es responsable de vigilar la salud de los vecinos de su manzana —que es de donde deriva el nombre de manzanera—, pero sobre todo de promocionar los servicios de salud cercanos a su comunidad y, en última instancia, trasladar a los potenciales pacientes, especialmente si son em-

barazadas y niños menores de cinco años, a los hospitales, maternidades o centros sanitarios más cercanos. En otras palabras, su labor es generar demanda hacia estos servicios, algo así como una “vendedora de la salud”, que es como las llama Fernando Amado, consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Bolivia.

Déficit de pacientes

En apenas 18 años de vida El Alto se ha convertido en una de las ciudades de mayor crecimiento poblacional no sólo de Bolivia sino de Sudamérica. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la población de El Alto puede duplicarse en 14 años si el actual ritmo de crecimiento se mantiene. Esto, que se asemeja a una bomba de tiempo, actualmente se manifiesta en aspectos como el acceso deficiente a los servicios básicos (500.000 de sus 629.000 habitantes tienen agua potable, electricidad y alcantarillado, así que uno de cada cinco no los tiene), y las consiguientes tasas de mortalidad materna (390 por

▲ Esther Ballivián (derecha), una manzanera voluntaria, discute el tratamiento contra la tuberculosis con su “nuevo hijo”, Ramiro, de 16 años.



fotos © Patricia Crocker



100.000) e infantil (89 por mil en menores de cinco años) muy altas. Al respecto, según la alcaldía de este municipio, uno de los principales problemas detectados es el bajo índice de uso de los servicios de salud (en algunos establecimientos este índice está por debajo del 50% de su capacidad). “La gente se siente maltratada e incomprendida por el personal de salud, por eso no requieren el servicio”, admite el alcalde de esta ciudad, José Luis Paredes. Fue a comienzos de su gestión en enero de 2000, que se empezó a esbozar el Programa de las Manzaneras de la Salud, uno de los proyectos de promotores vecinales más exitosos en éste y el resto de los 313 municipios del país, y cuyo fin fue precisamente terminar con este “déficit” de pacientes en los servicios.

Oficialmente, el proyecto arrancó a comienzos de 2001 como parte del Programa de la Red Social del municipio. En ese momento, el ser manzanera era absolutamente voluntario, y no es que desde entonces esta característica se haya perdido, sino que ahora interviene otro actor que con el tiempo llegó a ser imprescindible: la junta de vecinos del barrio o de la manzana, que es donde ahora se decide la elección de estas promotoras de salud. “Antes, la gente rehuía al trabajo porque se sentía sola, hoy tiene el apoyo de sus propios vecinos, ante los que se siente comprometida luego de haber sido elegida de manera democrá-

tica”, destaca Johnny Tórrez, responsable del programa. A pesar de ello, poco más de la mitad de las manzaneras y manzaneros (cerca del 10% son varones) ha desertado. En 2001 el número de voluntarios llegó a 1.600, pero en enero de este año quedaban sólo 800, quienes se ocupan de las 5 hasta 40 manzanas de cada uno de los 6 distritos de salud de El Alto. “El voluntariado tiene un ciclo, la gente se cansa y se va, pero se tiene la gran ventaja de haberla capacitado y sensibilizado”, dice Sarah Arnez, principal impulsora del programa y hoy miembro del Concejo Municipal de esta ciudad. Coincide con ella Amado, de la OPS, aunque sugiere la implementación de incentivos en favor de las manzaneras, como la mayor dotación de material didáctico. Por ahora, el único regalo que reciben es una chaqueta verde, color por el que se las identifica en el barrio. “No puede reconocerse económicamente a una manzanera, el trabajo es voluntario y tiene que seguir siéndolo, caso contrario pierde su razón de ser”, advierte Amado.

Como tener un doctor

Una vez elegida y capacitada, la primera tarea de la manzanera es hacer un censo de su manzana, donde difundirá puerta a puerta la oferta de los servicios de salud, además de educar a los interesados sobre lo que el programa llama “señales de peligro” y otros aspectos de salud, aplicables tanto en menores de

cinco años como en embarazadas. A estas últimas se les enseña cómo actuar ante posibles complicaciones en caso, por ejemplo, de un parto prolongado, sangrado en el embarazo o fiebre después de dar a luz. En el caso de los niños, las señales de peligro sobre las que se alerta a los padres son la diarrea o el mal olor en el ombligo del recién nacido, etc. Al mismo tiempo, se les da a los padres una explicación detallada del esquema y programa de vacunación.

Cada manzanera decide el día y la hora en que visitará su manzana, aunque la mayoría de ellas lo hace durante las primeras horas de la tarde después de haber atendido, en la mañana, a su familia. “Primero cocinamos para nuestros esposos y nuestros hijos, después recién podemos salir a hacer la ronda”, explica Susana Quispe, una las manzaneras del Distrito de Salud número tres, también llamado Distrito Centenario, en honor a los 100 años de la OPS. En la manzana de doña Susana hay 20 casas, todas de condición humilde. Pequeñas estructuras de dos o tres habitaciones con paredes de adobe y ladrillo encajonadas en callejuelas de piedra y tierra. En uno de estos domicilios vive Lizet Silva, de 21 años, que ha confiado el cuidado de su primer embarazo a doña Susana, y con quien visitó por primera vez un centro de salud. “Es como tener un doctor en la casa”, dice Lizet, refiriéndose a su manzanera.

Para las autoridades sanitarias del municipio alteño, las manzaneras han logrado lo que otras estrategias tradicionales no han podido: disminuir el riesgo de muerte materna e incrementar el número de partos institucionales o atendidos en servicio. ¿Cómo se logró? Rescatando el poder de la gente, según Torrez y otros que las apoyan, y la vocación de ayuda de los vecinos de la comunidad o en este caso de la manzana, manifestaciones que en Bolivia están culturalmente enraizadas desde la época precolonial, gloria de las culturas quechua y aymara, y que son transmitidas de generación en generación.

Abdel Padilla es periodista del diario La Prensa en La Paz, Bolivia.

▲ Una manzanera hace su recorrido casa por casa con su bebé en brazos. El trabajo de las voluntarias es promover las prácticas de salud y animar a los vecinos a que utilicen los servicios de salud.

Rescatar el arte de amamantar

por María del Mar Mazza



Rosaura Veliz Rixton

foto © La Leche League Guatemala

Era el patio de una humilde casa guatemalteca ubicada en las afueras de la colonia El Limón, recuerda Rosaura Veliz Rixton. Entre ropa tendida y sábanas que bailaban al ritmo del viento, un grupo de seis mujeres estaban sentadas en círculo. Hablaban en voz baja, casi susurrando, porque algunos de sus bebés dormían. Veliz escuchaba con atención mientras mecía entre sus brazos a Dara, su pequeña bebé de apenas 25 días. Doña Amalia, una mamá con más experiencia designada “monitora en lactancia materna”, animaba la reunión.

Doña Amalia explicaba que amamantar era la mejor opción tanto para la mamá como para su bebé, no importara lo que dijeran parientes o amigas. Las otras madres lo reafirmaban. Le aseguraban a Veliz que cuando lloraba su bebé no era porque ella estuviera amamantando mal. Tampoco era necesario pasar al biberón, como sugería su suegra, ni ofrecerle agua, jugo o cualquier otra cosa durante los primeros seis meses.

“Me gustó escuchar que no había necesidad de darle biberón, que podía tomar sólo mi pecho. En la reunión de

mamás me explicaron cómo darle de mamar. Me gustó tanto el grupo, que continué yendo”, recuerda Veliz.

El amamantar es la mejor forma, y la más saludable, para alimentar a los bebés. Esto siempre ha sido así. La leche materna contiene todos los nutrientes que necesitan, además de anticuerpos que fortalecen sus sistemas inmunitarios todavía en desarrollo. Los científicos han comprobado incluso que los bebés que toman el pecho son más inteligentes. Esto, sin contar el momento especial de comunicación y afecto que

viven la mamá y el bebé mientras éste es alimentado. Además, la leche materna no requiere ninguna preparación, por lo que no corre riesgo de contaminarse con agua sucia u otras sustancias. Además, siempre está lista cuando el bebé la necesita.

Sin embargo, a partir de mediados del siglo pasado, en muchos países —tanto desarrollados como en desarrollo— la práctica fue disminuyendo por diferentes motivos: la promoción de productos alternativos para alimentar a los bebés, la percepción social de que era en cierto modo más “moderno” usar fórmula infantil, y la falta de conocimiento respecto de los grandes beneficios de amamantar, tanto para el bebé como para la madre. Para remediar esto fue que siete mujeres estadounidenses fundaron en 1956 la Liga de la Leche, una organización no gubernamental y ahora internacional, que trabaja en distintos países promoviendo la práctica de la lactancia materna y apoyando a las madres que la practican.

Hoy en día, los programas de la Liga de la Leche Internacional se concentran en capacitar a monitoras y en establecer grupos de apoyo en los cuales las madres pueden intercambiar sus experiencias y su conocimiento. El objetivo es aumentar la confianza en sí mismas no sólo respecto del acto de amamantar sino también de otras capacidades maternas. Las nuevas madres hacen preguntas y las más experimentadas les dan consejos. Durante los encuentros, la monitora escucha, dirige con

delicadeza la discusión y corrige respetuosamente si es necesario.

“Fui a escuchar experiencias de otras madres. Cada persona lo hace a su manera, pero una monitora explica mejor”, comenta Karla Duarte, mamá de un niño de tres años y una niña de dos años, y embarazada de seis meses. Su primer hijo nació por cesárea y cada vez que Duarte tenía que ir a las curaciones de su operación, no podía llevarlo porque se sentía muy débil. Entonces, la señora que se quedaba a cargo del nene le daba biberones con fórmula. A los 15 días, Duarte le ofreció el pecho pero el bebé lo rechazó. Nunca más le dio de mamar. Para Duarte, esta decisión



foto © Armando Waak/OTIS

afectó la salud de su hijo porque comenzó a sufrir infecciones en el estómago. Su segunda hija, a la que alimentó con leche materna, nunca se enfermó. Duarte asegura que al bebé que está por llegar lo alimentará exclusivamente con su leche.

Los grupos madre-a-madre se forman en casas, salones comunales y centros de salud, adonde asisten padres, hermanas, cuñadas, madres y suegras. Las monitoras consideran un

éxito la participación masculina, ya que los hombres papás pueden dar importante apoyo a las madres lactantes.

Las monitoras actúan como facilitadoras, un rol que es esencial. Ellas “son mujeres que pertenecen a la comunidad en la que trabajan, son líderes por naturaleza, y conocen las necesidades de las madres a las que ayudan. Las actividades que realizan van desde la consejería personalizada, incluyendo visitas domiciliarias, hasta la formación de grupos de apoyo madre-a-madre”, cuenta Veliz.

Ella participó en los grupos de apoyo de La Liga de la Leche de Guatemala por tres años, recibió la capacitación para convertirse en monitora en lactancia ma-

ten sus problemas y aprendan. “Según las costumbres, las mujeres muchas veces no se sienten cómodas hablando de sus experiencias y creencias con gente a la que acaban de conocer”, opina Mimi de Maza, miembro de la junta directiva de La Liga de la Leche Internacional y una de las promotoras del programa de monitoras en lactancia materna. Por eso, el equipo desarrolló las “mantas”, ilustraciones que se utilizan para enseñar conceptos y técnicas de amamantamiento. Más que dar instrucciones acerca de cómo amamantar, los cuadros son diseñados para estimular el intercambio, tan vital en cualquier grupo de apoyo. Como lo explica Maza: “El uso de estas



foto © La Leche League Guatemala

terna hace dos años, y la eligieron coordinadora de El Limón hace un año. Ahora, como monitora, realiza una de las actividades que más la enriquece: ayudar a otras mamás. “Cuando entré y hablé con las mamás me proyecté, recordé cuando yo había tenido a mi nena y estaba empezando. Hay que ayudarlas porque a veces, las influencias de los demás hacen daño”, opina.

Las monitoras sí enfrentan sus desafíos. Uno de ellos es poder lograr que las mamás realmente se comuniquen, cuen-

imágenes ayuda a las mujeres a hablar sobre las elecciones que han tomado, brindándoles una forma de conectarse con otras mujeres”.

María del Mar Mazza es nutricionista y administradora del Programa de Monitoras en Lactancia Materna de La Liga de la Leche Internacional.

▲ Karla Duarte, de El Limón, Guatemala, con su hija Karlita, de 2 años. Ella está convencida de que la razón por la que su hija nunca enfermó es porque fue alimentada exclusivamente con leche materna.

El acceso a los medicamentos esenciales... es esencial *por Martin Foreman*

Ocho años después de entrar en vigencia el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), y de más de un año desde que la Declaración de Doha diera prioridad a la salud pública respecto de las patentes, en el mundo en todavía hay millones de personas que no tienen acceso a los medicamentos básicos.

Las causas son muchas. Los pacientes no pueden llegar hasta el médico porque no pueden pagar su traslado hasta la clínica o el hospital. O si logran llegar, el doctor no está porque también debe atender su clínica privada. O el doctor está, pero ese día hay demasiados pacientes. O el doctor ve al paciente y receta un medicamento, pero el paciente no tiene dinero para comprarlo. A veces sucede que el medicamento es gratis en teoría, pero el presupuesto gubernamental destinado a medicamentos esenciales no alcanzó. O el Ministerio de Salud compró el medicamento pero éste “desapareció” de la farmacia del hospital, sólo para reaparecer a la venta en una farmacia privada cercana.

En otras palabras, la corrupción, la ineficacia y la pobreza son factores que pueden limitar el acceso de una persona a los medicamentos que necesita. Estos aspectos deben resolverse a nivel nacional.

Sin embargo existe un obstáculo fundamental que sólo puede resolverse internacionalmente. Se trata de la posibilidad de reemplazar los medicamentos patentados por sus equivalentes genéricos. Según el acuerdo sobre los ADPIC, los dueños de las patentes pueden extender su monopolio hasta 20 años en los países miembros de la Organización Mundial del Comercio (todos los miembros de la Organización Panamericana de la Salud son también miembros de la OMC).

Como las patentes originan monopolios, los fabricantes pueden cobrar precios altos. Cuando se acaban los monopolios, los precios bajan. En el momento en que los fabricantes de los países en desarrollo comenzaron a producir versiones genéricas de los medicamentos antirretrovirales, el costo anual del tratamiento contra el sida bajó de 10.000 dólares a algo más de 200 dólares en países donde había versiones genéricas de esos medicamentos.

Los gobiernos pueden emitir licencias obligatorias que otorgan el derecho de fabricación a otra empresa mediante el pago de regalías al propietario de la patente. Pero estas licencias son utilizadas principalmente en el ámbito nacional. Un país pobre sin capacidad para producir medicamentos no puede emitir una licencia obligatoria a un fabricante de otro país, y por eso tiene que pagar precios de monopolio.

Esta cuestión —las licencias obligatorias para exportar desde un país con capacidad de producción a otro que no la tiene— sigue sin resolverse desde hace más de un año en la mesa de negociaciones de la OMC. Cada tanto, los delegados pasan días debatiendo cómo hacerlo, pero aún no llegaron a un acuerdo. Básicamente, la organización está dividida en dos. Mientras el

mundo en desarrollo busca que las licencias obligatorias para exportar se otorguen de la misma manera que las utilizadas en los mercados nacionales, el mundo industrializado quiere restringir las licencias para los medicamentos contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria (pero no para los medicamentos contra la neumonía, la diarrea, el cáncer o las enfermedades del corazón) y, además, someter su otorgamiento a un largo procedimiento burocrático.

Las donaciones y la baja de precios pueden hacer aparecer a la industria como generosa ante el público. Pero la realidad es que millones de personas que necesitan antirretrovirales y otras drogas patentadas todavía no tienen acceso a ellas.

No debe sorprender que los países que se oponen a la extensión de licencias obligatorias sean los países sede de la industria farmacéutica, la cual es dueña de la mayoría de las patentes. La industria sostiene que la protección del monopolio le es esencial para financiar la investigación: si no se respetan las patentes, no puede recuperar los costos ni asignar fondos suficientes para la investigación sobre nuevos medicamentos, como los antirretrovirales para el VIH/sida.

Este argumento es en parte cierto, pero no da toda la perspectiva de la cuestión. En primer lugar, las compañías farmacéuticas obtienen la mayor parte de las ganancias en el mundo industrializado. En 2002, las ventas en Norteamérica, Europa Occidental, Japón y Australasia representaron aproximadamente el 79% de los ingresos de la industria. América Latina y el Caribe aportaron un 7,5%. En otras palabras, un cambio de los medicamentos patentados a los genéricos en el mundo en desarrollo significaría una pérdida pequeña para la industria farmacéutica.

En segundo lugar, la investigación farmacéutica con fines de lucro se concentra cada vez más en medicamentos para los padecimientos relacionados con los “modos de

vida”, y menos en el tratamiento de enfermedades graves. Muchas de las primeras, como la disfunción eréctil o el envejecimiento de la piel, no ponen en peligro la vida, mientras que otras, como la obesidad y el tabaquismo, representan amenazas para la vida sólo con el transcurso del tiempo y, para tratarlas, hay remedios alternativos como la alimentación adecuada y las modificaciones en el comportamiento.

En tercer término, gran parte de las principales investigaciones sobre enfermedades que amenazan la vida, como el VIH/sida, se realizan en instituciones públicas y con dinero del estado. Son muy pocas las investigaciones que la industria farmacéutica dedica a las enfermedades que sólo afectan a ciertas poblaciones, como el mal de Chagas, o que afectan sobre todo al mundo en desarrollo, como la tuberculosis. Y la mayoría de sus costos se trasladan a los consumidores.

Ya que los consumidores y el estado sufragan la mayor parte de los costos de la investigación, la industria tiene muy poco que perder, y es probable que se beneficie si aumenta el otorgamiento de licencias obligatorias para el uso de un país o para exportación. Las licencias obligatorias no perjudican al dueño de la patente, pues recibe una regalía por cada producto vendido. El aumento en las ventas de medicamentos significa más ingresos para el dueño de la patente, independientemente de quién sea el fabricante. Un medicamento patentado que se vende a un precio alto porque tiene el monopolio del mercado genera menos ingresos para el dueño de la patente que varias versiones del mismo medicamento producido bajo licencia y vendido a precios competitivos.

La industria farmacéutica reconoce que los precios altos restringen las ventas y que

el volumen genera ingresos, y ha tratado de resolver esta cuestión pero sin ceder el control absoluto de sus patentes. Las soluciones que ha propuesto son las donaciones o los precios reducidos —que ya se ofrecen a muchos países— y las licencias voluntarias, por las que se otorga licencia de fabricación a terceros. Pero estas “soluciones” presentan sus propios problemas. En primer lugar, dependen de la buena voluntad del donante, siempre menor que su necesidad de vender medicamentos. También podrían significar

una carga más para el sistema de salud pública, ya que suponen personal para administrar diferentes sistemas de pagos. Lo más probable es que el número de pacientes y las regiones geográficas que se beneficien sean limitados, y que las necesidades no sean el factor decisivo.

Estas soluciones no ideales pueden mostrar a la industria farmacéutica como generosa, pero la realidad es que aún hay millones de pacientes sin

acceso a medicamentos antirretrovirales y otras drogas patentadas. Cabe decir que el público general se ha beneficiado realmente sólo en muy pocos países (como Brasil) donde los gobiernos han amenazado con licencias obligatorias y la industria se ha visto forzada a competir al mismo nivel con los fabricantes de medicamentos genéricos.

La industria aduce que la reducción significativa de precios en el mundo en desarrollo llevará al mundo desarrollado a solicitar reducciones en los precios de los productos. Es poco probable que esto se convierta en un problema. Los usuarios del transporte público en Nueva York no reclaman pagar la misma tarifa que en el metro de Santiago, ni los bebedores de cerveza londinenses insisten en pagar los precios de Bangkok. Es poco probable que los pacientes del mundo desarrollado cuyas

Los laboratorios pierden poco al permitir a otros entrar a sus mercados en los países en desarrollo. Por eso, las licencias obligatorias, tanto para la producción nacional como para la exportación, son la mejor solución para expandir el acceso a los medicamentos esenciales.



medicinas están subsidiadas o pagadas por el gobierno y las compañías de seguros, exijan pagar precios equivalentes a los del mundo en desarrollo.

Una vez que obtiene la mayor parte de los beneficios en el mundo desarrollado, la industria farmacéutica pierde muy poco al permitir que otros entren en su mercado en los países en desarrollo. Por eso las licencias obligatorias —tanto para la producción nacional como para la exportación de todos los medicamentos esenciales— son la mejor solución intermedia, ya que garantizan un ingreso a la industria farmacéutica al tiempo que permiten aumentar el número de personas con acceso a los medicamentos esenciales.

Martin Foreman reside en Londres y escribe sobre los aspectos mundiales del VIH/sida, sexualidad y salud pública. Su informe Patents, Pills and Public Health fue publicado en 2002 por el Instituto Panos (www.panos.org.uk).

La obesidad en el Caribe

↔ Como lo destaca su artículo sobre "globesidad" (Vol. 7, No. 3), éste no es un problema que afecta únicamente a los Estados Unidos. En el Caribe, más del 50% de las mujeres adultas tiene sobrepeso (en los hombres, las tasas se acercan al 25%). Por eso, no es sorprendente que la diabetes y otras enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación hayan ocupado el lugar de la malnutrición y las enfermedades infecciosas, para convertirse en las principales causas de mortalidad en nuestra región.

La obesidad en el Caribe también está relacionada con el desarrollo de la región. "La modernización" ha traído modificaciones en los patrones alimentarios y en los niveles de actividad física. Particularmente en las zonas urbanas, ya no predomina el consumo de alimentos tradicionales, cuya preparación exige tiempo, sino los alimentos importados de preparación rápida y alto contenido nutricional.

El problema de la obesidad tiene muchas caras; por ello, para mitigarla y finalmente disminuirla, es necesaria la colaboración de varios sectores. Los dos sectores claves son la agricultura y la salud. En 2001, durante un simposio interdisciplinario sobre la obesidad organizado por el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), de la OPS, se presentó una interesante propuesta para hacer frente a la obesidad. Los autores, Chelston W.D. Braithwaite y Byron Noble, del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, vincularon la transición nutricional en el Caribe con el subdesarrollo del sector agrícola de la región. Ellos proponen la creación de un Ministerio de los Alimentos que se encargaría de coordinar las políticas de importación, producción y mercadeo, además de ofrecer educación y adiestramiento para una mayor integración del sector rural en la economía nacional. Esto fomentaría el consumo de alimentos tanto locales como importados y, por consiguiente, el rescate de algunos de los componentes tradicionales, más saludables, del régimen alimentario promedio del Caribe.

*Fitzroy J. Henry, Director
Instituto de Alimentación y Nutrición de Caribe (CFNI)
Universidad de las Antillas
Kingston, Jamaica*

La grasa fabrica grasa

↔ Felicitaciones por su artículo "Globesidad: una epidemia en apogeo" (Vol. 7, No. 3). Nos parece importante que los lectores entiendan que si bien la genética puede determinar que algunas personas tengan mayor riesgo de ser obesos, el consumo de alimentos procesados y de comida rápida está haciendo que los riesgos aumenten para todos. Los cambios ocurridos al pasar de un régimen de alimentación tradicional, basado en productos locales, a uno donde abunda la comida rápida, han eliminado la protección que la mayoría de las personas tenían frente a la obesidad, las enfermedades del corazón, la diabetes y algunos tipos de cáncer.

Es cierto que la epidemia de obesidad y sus secuelas son problemas de salud pública, y que los sistemas de salud pública de los países tienen que desempeñar un papel importante en la educación y en la toma de conciencia. Sin embargo, la responsabilidad definitiva de los cambios en la alimentación es asunto de cada individuo. Con el objeto de alcanzar las metas de perder peso y mantenerse en un peso adecuado, el público tiene que contar con los conocimientos pertinentes para seleccionar bien sus alimentos. Los verdaderos causantes de la epidemia de obesidad son los altos contenidos de grasa de los alimentos que se consumen a diario y el modo de vida sedentario. Para tener éxito es necesario hacer ejercicio regularmente, comer alimentos con poca grasa y ricos en fibras; esto quiere decir consumir muchas frutas, vegetales y cereales sin refinar. El alto contenido de fibra ayuda a que la persona sienta saciedad antes de llegar a comer en exceso; y esta ventaja no la ofrecen los alimentos ricos en grasa o bajos en fibras. Una ventaja más es que son fuentes de numerosas vitaminas y minerales, así como de otras sustancias químicas que, de manera única y desconocida, nos protegen de las enfermedades.

*Ron y Nancy Goor
Autores de: Choose to Lose: A Food Lover's Guide to Permanent Weight Loss
Bethesda, Maryland
Estados Unidos*

¡Arriba Don Francisco!

↔ Leí con agrado el último número de Perspectivas de Salud, el cual, como siempre, presentó una visión estructurada y vibrante de la salud en las Américas.

Me conmovió particularmente el artículo acerca de Don Francisco. Sería una muestra de pereza mental olvidar que las intervenciones sanitarias y los cambios en la salud provienen de muchas fuentes. Así como la buena salud, definida en un sentido amplio, requiere más que hospitales, clínicas y profesionales, es igualmente cierto que la atención de la salud no puede ni debe ser territorio exclusivo de los pocos autorizados para trabajar con los sistemas y las estructuras tradicionales de atención de salud.

Cuando nos encontramos frente a lo que parecen problemas sin solución en cuestiones de salud, escasez de financiamiento, pobreza opresora, una asombrosa falta de equidad y otras realidades desalentadoras, todos necesitamos creer en el poder de una voz única. La contribución de Don Francisco a la atención de salud es sólo un ejemplo; pero hay cientos de ellos. La atención de salud necesita miles de Don Franciscos.

*Jonathan C. Lewis
Asesor Especial del Presidente
Freedom from Hunger (www.freefromhunger.org)
Davis, California.
USA*

En cada número publicaremos una muestra de las cartas recibidas. Se modificará el texto de algunas por razones de espacio. Sírvase incluir su nombre y dirección. Envíelas a la Redacción, *Perspectivas de Salud*, Oficina de Información Pública (DPI), Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037 o por fax al 202-974-3143 o por medio del Internet a eberwind@paho.org. *Perspectivas de Salud* no asume responsabilidad alguna por manuscritos y fotografías no solicitados. Se enviarán pautas para la preparación de artículos a quienes las soliciten.



Día Mundial de la Salud • 7 de abril de 2003



Preparemos el futuro de la vida

Ambientes saludables para los niños



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



foto © Armando Waak/OPS

Gabriela Ibáñez, 21, de Asunción, Paraguay, es miembro de un Ecoclub, uno de los cientos de clubes juveniles que hay en América Latina y el Caribe dedicados a mejorar el ambiente a través de la acción comunitaria.

El Ecoclub de Ibáñez participó en un proyecto para erradicar criaderos de mosquitos con el fin de reducir la transmisión del dengue en la capital paraguaya. Los miembros del club recibieron capacitación básica en entomología y educación para la salud, con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, y a su vez capacitaron a otros estudiantes acerca de cómo comunicar mensajes sobre prevención del dengue y cómo identificar las larvas del mosquito. Los participantes trabajaron en una cuadra cada uno, identificando criaderos casa por casa y certificando las casas que calificaban como "libre de *Aedes aegypti*".

Su campaña ha contribuido en gran medida a concientizar y movilizar a la comunidad sobre la prevención del dengue.
(Ver también pag. 7.)