

PERSPECTIVAS de Salud



Volumen 11, Número 1 • 2007

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



MEJORES INVERSIONES

en salud pública

**VIH: Es mejor
saber
(p. 10)**

Cómo definir las prioridades en salud

El análisis de costo-eficacia es cada vez más valorado durante el proceso de asignación de recursos destinados a la salud. Tal enfoque promueve mejores resultados mediante el uso de datos, conocimientos y análisis que permiten decidir con mayor acierto las intervenciones en salud que se llevarán a la práctica. Asimismo, fortalece la rendición de cuentas al estimular decisiones basadas en criterios objetivos acerca de cómo lograr el bien común, algo particularmente importante en el sector salud, donde fondos malgastados pueden resultar en vidas perdidas.

El Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades, tema de nuestro artículo “Mejores inversiones en salud pública”, utiliza el análisis de costo-eficacia para identificar las intervenciones de salud más eficientes en los países en desarrollo. Los resultados del proyecto fueron presentados en una sesión especial de la reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 2006. Además de señalar las “10 mejores inversiones en salud pública”, el proyecto destaca 17 intervenciones en gran escala consideradas entre las más exitosas del mundo. Entre ellas se encuentran la campaña encabezada por la OPS para eliminar la poliomielitis del continente americano y la más reciente Iniciativa del Cono Sur para el Control y la Eliminación de la Enfermedad de Chagas, así como el programa de fluoración de la sal apoyado por la OPS en Jamaica.

Resulta tentador —y quizás legítimo— preguntar si todos los programas de cooperación técnica de la OPS pasarían la prueba de costo-eficacia. Obviamente una prueba tal mostraría que algunas intervenciones han sido más costo-eficaces que otras. El problema es que en realidad los datos necesarios para hacer esas evaluaciones muchas veces son difíciles de identificar o directamente no existen. Por citar dos ejemplos de otros artículos publicados en este número: ¿Cómo podría evaluarse con precisión el costo-eficacia de la campaña *Fique Sabendo*, que busca reducir las tasas de VIH/sida alentando a los brasileños a someterse a la prueba? ¿Cómo puede medirse el costo-eficacia de las iniciativas para fomentar modos de vida más saludables mediante escuelas promotoras de la salud? ¿Acaso la dificultad de estimar su costo-eficacia disminuye el valor de estos programas?

Cabe mencionar que tanto el Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades como otros promotores del análisis de costo-eficacia reconocen que se trata sólo de una de las muchas herramientas que deberían utilizarse en la formulación de políticas de salud. En particular el proyecto insiste en que el principio de la equidad debería ser un criterio separado, pero de igual relevancia en la asignación de recursos para la salud. Esto es de clara importancia en América Latina y el Caribe, donde los macroindicadores de la salud han subido constantemente en las últimas décadas, pero aún hay millones de personas que siguen sufriendo enfermedades y muerte prematura debido al acceso desigual a los servicios. Se trata de un problema persistente que no puede resolverse por medios técnicos sino que requiere atención a los determinantes sociales de la salud además de esfuerzos dirigidos a quienes más los necesitan.

En este sentido, uno de los mensajes clave del Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades es esperanzador: los países ricos y pobres por igual pueden mejorar (y han mejorado) la salud de sus habitantes aplicando los conocimientos y la tecnología a los problemas de salud. Los países en desarrollo no tienen que esperar logros socioeconómicos para alcanzar mejoras en la salud de su gente (es más, la buena salud de la población es un requisito para el desarrollo socioeconómico). Afortunadamente, la OPS y sus países miembros entienden esto y están elaborando una nueva Agenda de Salud regional que definirá las prioridades y las acciones colectivas para las Américas en los próximos 10 años. A medida que avanzamos en esta iniciativa, haríamos bien en examinar atentamente los resultados de proyectos como el de Prioridades en el Control de Enfermedades mientras adoptamos la equidad y la solidaridad como nuestros principios orientadores.



Mirta Roses Periago
Directora

Estados Miembros de la OPS

Antigua y Barbuda
Argentina
Bahamas
Barbados
Belize
Bolivia
Brasil
Canadá
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Dominica
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
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

Estados Observadores

España
Portugal

Artículos



2 Mejores inversiones en salud pública

por Donna Eberwine-Villagrán

Salvar vidas no requiere de una fortuna si se invierten los recursos de la salud en acciones que realmente funcionen. El Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades ofrece centenares de intervenciones para mejorar la salud en países tanto ricos como pobres.



10 VIH: Mientras más sabes, mejor

por Rogerio Waldrigues Galindo

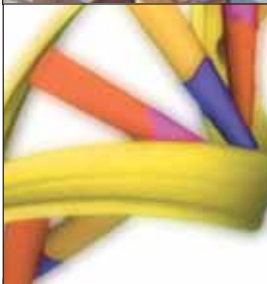
Una innovadora campaña de comunicación en Brasil lleva el mensaje que cualquiera puede contraer el VIH y que toda persona sexualmente activa debe saber su estatus. El esfuerzo podría ser un modelo para otros países que quieren realizar sus propias campañas.



16 Adulteraciones letales

por Matías Loewy

Los medicamentos adulterados se han convertido en una multimillonaria industria que ha matado o afectado a miles de víctimas inocentes. Los países de las Américas y del mundo están consolidando acciones para contrarrestar el problema.



22 La genética al servicio de la gente

por Paula Andaló

Los servicios genéticos no deben ser un lujo reservado a unos pocos privilegiados. Un genetista argentino está trabajando con la OPS/OMS para asegurar que los avances en genética produzcan progresos en salud pública para todos.



26 La salud asiste a clases

por Marcelo Riccardi Doria

Los niños en las Américas de hoy día aprenden algo más que leer, escribir y calcular. En las escuelas ahora se les enseña además cómo mejorar su conducta y su medio ambiente para asegurar que sus vidas y las de sus familias y sus comunidades sean más saludables y felices.

Columnas

Primera palabra
De la directora

31 Última palabra
Competencia no
saludable



Portada:

En salud pública —como en cualquier otro campo— importa dónde y cómo se invierten los recursos financieros. El Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades ha identificado intervenciones costo-eficaces para prevenir y controlar las enfermedades que para el mundo en desarrollo tienen un mayor impacto sobre la salud. (Véase artículo en la pág. 2).

Diseño: Bola Oyeleye

MEJORES INVERSIONES

en salud pública

por Donna Eberwine-Villagrán

La buena salud no tiene que ser un lujo. Al invertir en medidas costo-eficaces, los países en desarrollo pueden mejorar significativamente la salud de todos.



Qué haría si alguien le dijera que es posible ganar un año de vida sana con 5 dólares para rociar las viviendas con insecticida contra los mosquitos o para promover la lactancia materna? ¿Qué pasaría si lo mismo pudiera lograrse gastando 2 dólares para colocar reductores de velocidad en las intersecciones peligrosas?

Si usted fuera encargado de planificar, presupuestar o formular políticas en salud es muy posible que estas recomendaciones atrajeran su atención. Esa es exactamente la finalidad, dice George Alleyne, director emérito de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y uno de los nueve compiladores de la publicación *Disease Control Priorities in Developing Countries* ("Prioridades en el control de enfermedades en países en desarrollo"), 2ª edición.

"Todos los que trabajamos en salud pública queremos saber lo que funciona y dónde deberíamos poner los recursos", dice Alleyne.

Las "mejores inversiones en salud pública" para los países en desarrollo se basan en aportes de más de 500 expertos en ciencias, epidemiología, economía de la salud y salud pública. Ellos analizaron el impacto de cientos de enfermedades y trastornos de salud y el costo-eficacia de centenares de intervenciones. Entre las 10 inversiones más rentables (véase la página 7) se encuentran algunas asombrosamente sencillas, como por ejemplo los reductores de velocidad para disminuir las lesiones de tránsito, mosquiteros tratados con insecticidas para prevenir la malaria e impuestos al tabaco, que según las palabras de Alleyne es "la intervención más costo-eficaz para prevenir la enfermedad cardiovascular". Otras recomendaciones del estudio van desde el tratamiento directamente observado de corta duración (DOTS) para la tuberculosis hasta

los programas de capacitación para las parteras y la fluoración de la sal que previene las caries dentales.

No hay que esperar

Uno de los argumentos principales de Prioridades en el Control de Enfermedades es que el progreso técnico, en particular las intervenciones en salud, puede tener un impacto considerable independientemente del desarrollo económico de un país. A finales del siglo XX, países de ingresos bajos y medios como Chile, Costa Rica, Cuba y Sri Lanka lograron mejorar las tasas de supervivencia de los lactantes, los niños y las madres con inversiones en saneamiento, inmunización y atención especializada durante el parto. Otros países de niveles similares de desarrollo que no tomaron esas medidas no obtuvieron los mismos resultados.

"Esto significa que esperar por el crecimiento económico para mejorar la salud sería un gran error porque los países pueden lograr mucho si asignan fondos a intervenciones que ya han demostrado ser costo-eficaces", afirma Alleyne. "También significa que incluso un país pobre con un sistema de salud relativamente débil puede mejorar la salud de sus ciudadanos si invierte en las intervenciones adecuadas. Esto, en un



Más alternativas costo-eficaces

Para ayudar a que los países se aprovechen de los beneficios del análisis de costo-eficacia en la planificación y la formulación de políticas de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en 1998 el programa WHO-CHOICE, Selección de Intervenciones Costo-eficaces. Hasta ahora, el programa ha recabado y analizado datos acerca del costo-eficacia de más de 700 intervenciones sanitarias simples y combinadas, para luchar contra las principales enfermedades y trastornos que inciden en la carga de enfermedad. Los análisis son específicos por región y pueden consultarse en bases de datos regionales. Para más información visite: www.who.int/choice.

grupo seleccionó 17 intervenciones en gran escala cuyo impacto mostró un costo de menos de 100 dólares por año de vida ajustado en función de la discapacidad evitado (AVAD). Su análisis, publicado en el libro *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (“Millones ahorrados: éxitos comprobados en salud mundial”), concluyó que no había una fórmula única para el éxito, pero que “algunos elementos clave se repetirían, tales como liderazgo político, innovación tecnológica, consenso en cuanto al enfoque, uso eficaz de la

Si bien es cierto que una buena intervención puede funcionar bien aun en un país con un sistema de salud débil, su costo-eficacia será mayor en un sistema que funcione bien. La estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), por ejemplo, ha demostrado ser menos costo-eficaz en países cuyos sistemas de salud están plagados por una elevada rotación del personal capacitado, y escasez de equipos, suministros y fondos en general.

A pesar de estas advertencias, Prioridades en el Control de Enfermedades envía un fuerte mensaje acerca de la necesidad de fundamentar la política de salud en el tipo adecuado de conocimientos y pruebas científicas. *Priorities in Health* (“Prioridades en salud”, un volumen complementario más corto que las 1.339 páginas de *Disease Control Priorities*), ofrece las siguientes recomendaciones sencillas pero urgentes: “identificar intervenciones costo-eficaces para las enfermedades que imponen las mayores cargas en todo el mundo o en regiones o poblaciones destinatarias que presentan grandes necesidades o inequidades y determinar cómo poner en práctica esas intervenciones de manera eficaz, eficiente y equitativa”.

Donna Eberwine-Villagrán
es editora de Perspectivas de Salud.

sentido real, crea condiciones iguales para todos. Cualquier país puede progresar en salud si las decisiones que toma y las inversiones que hace son las más indicadas”.

Es cierto que puede ocurrir lo contrario. Las desigualdades en salud han surgido precisamente porque las intervenciones costo-eficaces se han aplicado en algunos lugares y en otros no, o han beneficiado a grupos de población más privilegiados y no a los más desprotegidos. Un ejemplo son los países donde las enfermedades prevenibles por vacunación siguen siendo una pesada carga en comparación con aquellos donde la vacunación programada ha reducido esas enfermedades a un mínimo. También puede verse en las tasas de mortalidad materna, que son drásticamente más altas en los países donde muchas mujeres dan a luz sin la ayuda de profesionales de salud capacitados.

información y fondos públicos suficientes”.

El proyecto Prioridades en el Control de Enfermedades indica que las intervenciones comprobadamente exitosas pueden funcionar de manera diferente según el entorno y que es posible que su costo-eficacia varíe mucho de un lugar a otro. Los programas de planificación familiar, por ejemplo, tienden a ser más costo-eficaces en Asia Meridional y en el África Subsahariana, en comparación con Asia Oriental y el Pacífico. En toda intervención el costo-eficacia tiende a aumentar a medida que el programa crece, ya que el costo marginal de llegar a cada nueva persona es mucho más bajo que los costos del establecimiento del programa.

▼ La inmunización se ha comprobado ser entre las intervenciones más costo-eficaces de la historia.

Seleccionar las intervenciones

¿Qué tienen en común estas intervenciones identificadas por Prioridades en el Control de Enfermedades? Para abordar la pregunta, un grupo de trabajo organizado por el Centro para el Desarrollo Mundial solicitó la postulación de intervenciones exitosas a los científicos que participaron en los estudios de Prioridades en el Control de Enfermedades. El



Lo que funciona mejor en...

Alcohol

El consumo de alcohol representa el 4% de la carga mundial de morbilidad, con efectos perjudiciales que van desde un aumento de la presión arterial y daños al hígado hasta lesiones y muertes por accidentes. En regiones donde el consumo de alto riesgo es más prevalente (Europa y Asia Central, América Latina y el Caribe, y África Subsahariana), aumentar los impuestos sobre el alcohol es la estrategia más costo-eficaz para reducir los efectos negativos sobre la salud. También destacan la prohibición de la publicidad sobre bebidas alcohólicas, un menor acceso a los puntos de venta y breves consejos por médicos en los servicios de atención primaria. En regiones con tasas de consumo de riesgo más bajas (Asia Oriental y el Pacífico y Asia Meridional) los impuestos sobre el alcohol son menos costo-eficaces que otras intervenciones.

Atención primaria

La creación de servicios dinámicos en el primer nivel es uno de los principales requisitos para una atención de salud más efectiva. En muchos casos es posible aumentar la eficiencia de estos servicios mejorando las condiciones de trabajo, asegurando el funcionamiento de los equipos y manteniendo un suministro estable de medicamentos. El gran reto para los países en desarrollo no es sólo inyectar más recursos financieros y humanos sino contraer un compromiso

político con la importancia de estos servicios en la batalla contra la enfermedad. La atención primaria eficiente abre el camino para logros importantes en salud y desarrollo que representan un buen retorno a la inversión.

Control de la malaria

Los esfuerzos por reducir a la mitad la carga de la malaria en 2010 comprenden diversas estrategias como el diagnóstico y tratamiento tempranos; utilización adecuada de los medicamentos, incluidas las nuevas terapias llamadas artemisininas; terapia preventiva e intermitente durante el embarazo y la lactancia; uso de mosquiteros tratados con insecticidas, y control de vectores.

Diabetes

Varias intervenciones son especialmente adecuadas para los países en desarrollo ya que la reducción en los costos médicos asociada con las complicaciones de la diabetes supera con creces los costos de intervenciones tales como el control de la glucemia, control de la presión arterial y cuidado de los pies. Además, asegurar el acceso a la insulina y promover la educación del paciente —que son intervenciones de bajo costo— deberían ser prioridades para los países en desarrollo. Más aún, las intervenciones que facultan a los pacientes, como los recordatorios para pedir sus citas de seguimiento, también pueden ser componentes exitosos.

Discapacidades del desarrollo

La fortificación de los alimentos con ácido fólico es una de tres intervenciones costo-eficaces para las discapacidades del aprendizaje y del desarrollo. El tamizaje prenatal y la interrupción selectiva del embarazo pueden ser sumamente costo-eficaces bajo ciertas condiciones, pero estas medidas suscitan preocupaciones éticas, sociales y culturales que pueden impedir su aplicación. El tamizaje neonatal y el tratamiento para el hipotiroidismo congénito son sumamente costo-eficaces en países desarrollados, pero su eficacia quizás disminuya en lugares donde solamente es posible llegar a una parte de la población de recién nacidos para hacer el tamizaje. No se recomienda el monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto, porque se ha asociado con un riesgo mayor de parálisis cerebral y no previene la discapacidad neurológica resultante del nacimiento prematuro.

Enfermedades cardiovasculares

La gran mayoría de enfermedades cardiovasculares se atribuyen a factores de riesgo como la obesidad (que aumenta a un ritmo alarmante en el mundo en desarrollo), la presión arterial y el colesterol elevados, el uso excesivo de tabaco y de alcohol, y el consumo insuficiente de frutas y hortalizas. Las intervenciones eficaces para reducir los factores de riesgo en los países en desarrollo incluyen una combinación de tratamiento y educación. George Alleyne, director emérito de la OPS, observa que “subir los impuestos sobre el tabaco es sin duda la intervención más costo-eficaz para enfermedades cardiovasculares”.

Entre las intervenciones costo-eficaces figuran los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), beta-bloqueadores y estatinas genéricas, y aspirina. Se puede mejorar el cumplimiento por los pacientes y reducir los costos si se incorporan varios medicamentos en una “polipíldora” para uso de largo plazo. Sobre

▼ Las intervenciones sencillas pueden salvar vidas, por ejemplo, enseñar a mantener a los recién nacidos limpios y calentitos.



Fotos © Armando Waak/OPS



▲ Un enfoque sobre la atención primaria de salud puede producir mejoras en la salud y es desarrollo humano. Esto requiere equipos de personal dinámicos y entornos bien equipados.

todo, la educación es fundamental, desde la capacitación de los trabajadores de salud para que pongan en la práctica las directrices clínicas hasta la educación de los pacientes acerca de la importancia de completar sus tratamientos.

Enfermedades diarreicas

Las estrategias de prevención de la diarrea incluyen la promoción de la lactancia exclusiva de los recién nacidos; vacunas contra los rotavirus, el cólera y el sarampión; buenas instalaciones de agua y saneamiento, y promoción de la higiene personal y doméstica. Entre los avances recientes en el manejo de casos se encuentran la terapia de rehidratación oral (TRO) reformulada y los suplementos con zinc, aunque algunos de estos adelantos exigen que se hagan ciertas concesiones. Por ejemplo, aunque las intervenciones con TRO y las de agua y saneamiento son más eficaces que la promoción de la lactancia materna o la vacunación para reducir la morbilidad y la mortalidad, son menos costo-eficaces. Las alianzas público-privadas para el desarrollo de vacunas, la mejora de los métodos de TRO y las soluciones de tecnología simple para mejorar la calidad del agua en el punto de uso ofrecen buenas opciones en la lucha contra las enfermedades diarreicas a corto plazo.

Enfermedades mentales

Las intervenciones costo-eficaces incluyen el tratamiento ambulatorio con medicamentos antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo de primera generación, así como la atención psicosocial para la esquizofrenia y el trastorno bipolar, y tratamiento con inhibidores de la recaptura de la serotonina para la depresión y los trastornos de pánico. Estas intervenciones pueden ponerse en práctica como primeros pasos para superar las barreras culturales, financieras y estructurales que impiden a la gente buscar y recibir tratamiento.

Lesiones de tránsito

Los factores de riesgo que aumentan la frecuencia y la gravedad de las lesiones relacionadas con el tránsito incluyen mayor circulación de vehículos, alta velocidad, consumo de alcohol y no utilización de cascos en vehículos de dos ruedas. Los programas de prevención establecidos junto con las organizaciones comunitarias y las de cumplimiento de la ley pueden reducir las lesiones resultantes del tráfico con medidas como disminución de la velocidad límite, reductores de velocidad (*speed bumps*), vigilancia policial y leyes sobre el uso de cascos. La educación, mejores leyes y su cumplimiento, y la ingeniería

de tránsito pueden ser medidas costo-eficaces. Hace falta más investigación y desarrollo para adaptar algunos programas exitosos de los países desarrollados.

Nutrición

Pocas intervenciones son tan costo-eficaces como las que promueven la buena alimentación y corrigen las carencias en micronutrientes, siendo la suplementación o fortificación con yodo la más generalizada y exitosa. Los programas de nutrición no sólo mejoran la función cognitiva sino que contribuyen a una mayor estatura y productividad en el adulto. Además, si se reduce la desnutrición se liberan los escasos recursos disponibles para asignarlos a otras crisis en la esfera de la salud. Se ha progresado para corregir la deficiencia de vitamina A y promover la lactancia materna, pero subsisten grandes dificultades para combatir las carencias de hierro y de zinc.

Parásitos

La desparasitación regular ayuda a reducir la desnutrición y mejora el desarrollo motor y del lenguaje en niños pequeños. Tiene un efecto positivo en el estado nutricional, en la forma física, en el crecimiento y en el desarrollo del lenguaje de los niños en edad escolar, y

además mejora la hemoglobina de la madre así como el peso al nacer y la supervivencia del niño. La ventaja de la desparasitación periódica reside en su sencillez: sólo se necesita una pastilla por niño, que puede ser administrada por personas sin capacitación médica. Mientras no sea posible contar con una vacuna contra los anquilostomos o mejoras infraestructuras de saneamiento, la terapia contra los helmintos para niños en edad escolar sigue siendo la forma más práctica de controlar estas infecciones en el mundo en desarrollo.

Salud de los adolescentes

Más del 33% de la carga de morbilidad y casi el 60% de la mortalidad prematura entre adultos están relacionados con factores de riesgo adoptados o experimentados en la adolescencia, tales como el consumo del tabaco y alcohol, malos hábitos alimentarios, abuso sexual y relaciones sexuales inseguras. Hay que hacer hincapié en la prevención porque gran parte de la

Las Primeras 10

El Proyecto de Prioridades para el Control de Enfermedades calculó sus "mejores inversiones" para la salud mundial utilizando los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) —una medida de la cantidad de salud perdida debido a una enfermedad o trastorno particular— y evaluaciones para el costo-eficacia de una amplia gama de intervenciones para esas enfermedades. A continuación, las 10 intervenciones más costo-eficaces:

Intervención

Costo por AVAD evitado

<i>Vacunar contra las principales enfermedades mortales de la niñez, incluidos sarampión, poliomielitis, tétano, tos ferina y difteria.</i>	\$7*
<i>Vigilar la salud de los niños (utilizando la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI) para prevenir y tratar enfermedades como pulmonía, diarrea y malaria.</i>	\$39**
<i>Cobrar impuestos a los productos del tabaco para aumentar su costo en por lo menos un tercio, con el fin de desalentar el tabaquismo y reducir las enfermedades relacionadas con el cigarrillo.</i>	\$22
<i>Organizar un ataque coordinado a la epidemia de VIH que incluya: promover el uso del condón en 100% de las poblaciones en riesgo; tratar otras infecciones de transmisión sexual (ITS); suministrar tratamiento antirretroviral, especialmente a embarazadas, y ofrecer pruebas y consejos voluntarios sobre el VIH.</i>	\$19 a \$205 para promover el uso de condón, \$9 a \$105 para tratar las ITS, y \$350 a \$1.500 para la terapia antirretroviral **
<i>Suministrar a niños y a embarazadas los nutrientes esenciales, entre otros vitamina A, hierro y yodo, para prevenir la anemia de la madre, las muertes de lactantes y problemas de salud de largo plazo.</i>	\$83 a \$144 para niños, \$6 a \$73 para madres
<i>Suministrar mosquiteros tratados con insecticida en zonas donde la malaria es endémica para reducir su incidencia.</i>	\$5 a \$17**
<i>Hacer cumplir las leyes del tránsito e instalar reductores de velocidad en intersecciones peligrosas para reducir accidentes.</i>	\$3 a \$38
<i>Tratar a los pacientes de tuberculosis con el tratamiento directamente observado de corta duración (DOTS) para curar a las personas infectadas y prevenir nuevas infecciones.</i>	\$5 a \$35***
<i>Enseñar a las madres y a las parteras a mantener a los recién nacidos limpios y con calor para reducir las enfermedades y las muertes.</i>	\$305 a \$395
<i>Promover el uso de la aspirina y otros medicamentos de bajo costo para tratar y prevenir infartos y derrames cerebrales.</i>	Tratamiento: \$25 (infartos) a \$150 (derrame cerebral). Prevención: \$721 a \$1.065 (todas las enfermedades cardiovasculares)

* Incluye la vacuna BCG
 ** En el África Subsahariana
 *** En países de ingresos bajos y medios, excepto Europa y Asia Central.

carga de la enfermedad es prevenible. Entre los programas eficaces se encuentran soluciones multisectoriales que vinculan las intervenciones del sector salud con otros tipos de intervenciones, tales como aptitudes para la vida, educación sobre salud y sexualidad, educación por los pares, participación comunitaria, servicios clínicos de salud y programas del sector privado. Los programas para adolescentes exigen un enfoque diferente al de sencillamente aplicar programas para adultos a una población más joven. Los programas eficaces tienen un conjunto de principios comunes, tales como el reconocimiento de la diversidad y el de factores diferentes a la salud que influyen en su salud. También es necesario atender las necesidades especiales de los adolescentes pobres.

Salud bucodental

El consumo de flúor ha demostrado su eficacia contra las caries dentales, tanto en cápsulas como agregado a los suministros de agua, a la sal, a la pasta dental y a la leche. Los programas nacionales de salud bucodental demostraron un descenso en las caries, aunque se desconoce la eficacia de los programas específicos. La prevención de enfermedades bucodentales demuestra ser más costo-eficaz que los tratamientos de restauración una vez que empieza el trastorno. Tres buenos ejemplos son la movilización comunitaria y la política pública para combatir la enfermedad oral, junto con programas que instruyen a los niños preescolares y en escuela primaria acerca de la higiene bucal.

Salud materna

Dado que los trastornos maternos y perinatales representan el factor aislado más grande de la carga mundial de enfermedad, reducirlos es una prioridad internacional. Las intervenciones incluyen campañas para promover comportamientos saludables y reducir embarazos no planificados; programas para prevenir y tratar la subnutrición o la carencia de micronutrientes en mujeres en edad reproductiva; y una continuidad en la atención de la madre y el recién nacido, que abarca preparativos para el parto, participación del padre, atención de primer nivel, acceso a atención obstétrica y hospitalaria de



▲ La orientación de pacientes junto al tratamiento con medicamentos de bajo costo es una de las intervenciones más costo-eficaces para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

emergencia, y atención durante y después del parto. Las intervenciones más exitosas son las que se utilizan en combinación.

Sistemas de salud

En entornos con recursos limitados también es posible prestar servicios de calidad. Mandatos y reglamentaciones, supervisión profesional, revisión por pares y fórmulas para la asignación de recursos son algunas de las herramientas al alcance de los planificadores y los gerentes. Con estos elementos se pueden fortalecer los sistemas de salud en diferentes contextos nacionales para que las intervenciones sean eficaces, eficientes y equitativas. Pero las mejores estrategias a menudo son incrementales, y abarcan medidas a todos los niveles, desde un mayor liderazgo nacional hasta una mejora del apoyo local.

Supervivencia del recién nacido

Abordar la mortalidad del recién nacido exige vínculos con el continuo de la atención desde la salud de la madre hasta el embarazo, el parto, la atención neonatal temprana y la salud general del niño. Esto representa un reto especial en países con niveles inadecuados de atención especializada y sistemas de salud inestables. No obstante, un primer e importante paso lo constituyen las intervenciones comunitarias, incluidas la atención esencial

del bebé en el momento del nacimiento, que puede hacerse a domicilio por un grupo de trabajadores de salud alternativa; la resucitación básica del recién nacido utilizando una bolsa autoinflante y aire, y la atención especial para los bebés pequeños, especialmente con alimentos y calor.

Hoy existen intervenciones de gran impacto y bajo costo que pueden evitar cerca del 70% de las muertes neonatales en todo el mundo. En los países en desarrollo podría ser más eficaz una estrategia provisional, por etapas, comenzando con el aprovechamiento de los servicios comunitarios en los cuales se está fortaleciendo la atención profesional. Mientras los países siguen buscando financiamiento para sistemas de salud más integrales, los enfoques más sencillos a nivel de la familia y la comunidad y a través de servicios de extensión pueden salvar muchas vidas.

Tabaquismo

Estudios muestran que el tabaquismo puede reducirse por medio de intervenciones tales como aumento de los impuestos al tabaco, información sobre los riesgos para la salud, prohibición de fumar en lugares públicos y de trabajo, restricciones a la publicidad y la promoción, y mayor acceso a los tratamientos para dejar de fumar. Por razones que todavía no han sido estudiadas debidamente, el uso de intervenciones de política como impuestos a las ventas



▲ La terapia directamente observada (TDO) se ha comprobado ser costo-eficaz en la curación de la tuberculosis. Pero el costo total de la TDO puede ser más alto en los países en que el sector salud en general requiere de mayor inversión.

para reducir el consumo de cigarrillos es desigual en el mundo. La limitación más obvia al control del cigarrillo proviene de la industria tabacalera, que está bien organizada y bien financiada. Sin embargo, asignar los impuestos derivados del cigarrillo a fines apoyados por el público puede ser una herramienta política clave para lograr el cambio. El Convenio Marco sobre el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, que data de 2003, también podría alentar a los países que han adoptado el convenio a poner en práctica las medidas adecuadas.

Tuberculosis

El costo-eficacia de la quimioterapia de corta duración para la tuberculosis ha sido fundamental en la promoción mundial de la estrategia DOTS (tratamiento directamente observado de corta duración) por la Organización Mundial de la Salud. Ante la sospecha de que el DOTS por sí solo podría no ser suficiente para controlar la tuberculosis, hay un interés creciente en otras opciones tales como el desarrollo de una vacuna más efectiva, el tratamiento contra la infección latente, pruebas para la resistencia a los medicamentos antituberculosos, tratamiento de la coinfección por VIH y búsqueda activa de casos. Todavía no está claro cuál es la mejor forma de asignar los fondos para el control de la tuberculosis; si bien los programas de DOTS ofrecen un buen retorno, su costo total

puede ser mayor en países donde el sector salud requiere una inversión más cuantiosa.

Vacunación

Los costos de los programas de vacunación pueden reducirse utilizando la combinación más eficiente de estrategias de prestación, reduciendo el desperdicio de vacunas y disminuyendo el número de dosis necesarias para lograr la inmunidad. Los métodos focalizados también pueden aportar buenos resultados, especialmente en regiones donde el control de las enfermedades prevenibles por vacunación es limitado. En algunos países el reto consistiría en mantener una cobertura de vacunación elevada frente a la percepción de la comunidad de que las enfermedades prevenibles por vacunación ya no constituyen una amenaza grave para la salud pública.

VIH/sida

A pesar de la velocidad alarmante con que el VIH/sida sigue propagándose en el mundo, varios países han logrado éxitos considerables en reducir su transmisión al adoptar intervenciones que promueven el uso del condón, apuntan a poblaciones que transmiten el virus en grupos de alto y bajo riesgo, y se concentran en la vigilan-

cia y control de las infecciones de transmisión sexual. Cada vez hay más pruebas sobre la eficacia de la educación sexual en las escuelas, educación por los pares entre los propios trabajadores del sexo, formas de evitar los embarazos no deseados entre las madres infectadas, uso de la terapia antirretroviral por las madres infectadas, intercambio de agujas para los usuarios de drogas ilícitas, y aplicación de métodos para la seguridad de la sangre, como por ejemplo el tamizaje de toda la sangre donada. Los países con un bajo nivel de epidemia deben hacer hincapié en las intervenciones dirigidas a personas con alto riesgo de infectarse o a transmitir el virus, mientras que los países con epidemias generalizadas deben tener como destinataria a toda la población.

Violencia doméstica

Las intervenciones en los primeros años de vida pueden reducir las posibilidades de que una persona haga uso de la violencia. Los métodos principales de prevención se aplican antes de que ocurra la violencia y abordan las percepciones culturales de la violencia, el acceso a armas mortales, las aptitudes para ser padres y programas destinados a los niños. Los métodos secundarios abordan los efectos inmediatos de los incidentes violentos, mientras que el tercer nivel se ocupa de las consecuencias de largo plazo de la violencia interpersonal. Un plan de cinco componentes permite a cada país encarar la violencia interpersonal: recopilación de datos más exactos, aumento de la investigación, mayor importancia a la prevención primaria, fácil acceso a servicios de apoyo a las víctimas y un plan nacional de prevención de la violencia interpersonal.

Si desea más información...

El Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades es una iniciativa conjunta del Banco Mundial, el Population Reference Bureau, la Organización Mundial de la Salud, el Centro Fogarty Internacional de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, y la Fundación Bill y Melinda Gates. Para más información y para acceso a los textos completos de las publicaciones del proyecto, visite www.dcp2.org.



VIH: Mientras más sabes, mejor

por Rogerio Waldrigues Galindo



**Una innovadora
campaña ha
convencido a muchos
brasileños de que
conocer su estatus
respecto al VIH es
por su propio bien.**

Imagínate esta escena: un hombre lleva un piano de cola sobre sus hombros. Lo lleva todo el día, dondequiera que va, sin apoyarlo nunca sobre el piso. El peso que soporta lo hace sentirse solo, aun cuando ocasionalmente se cruza con otras personas que igual que él cargan un piano. El peso finalmente desaparece cuando decide hacerse la prueba del VIH.

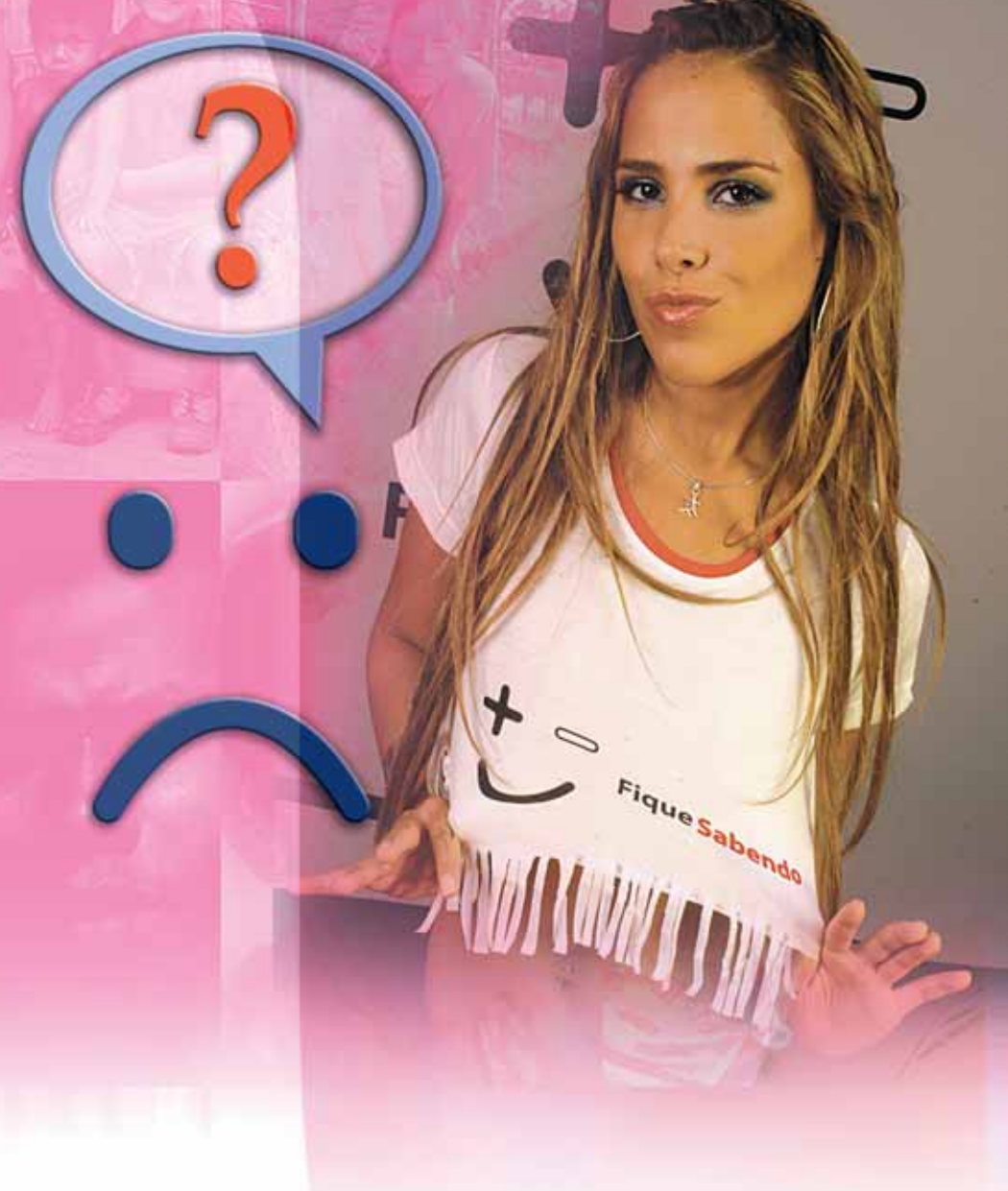
Las imágenes provienen de un anuncio de interés público transmitido en todo Brasil como parte de una campaña del Ministerio de Salud conocida como *Fique Sabendo*, (“Manténgase al tanto”). Su mensaje es sencillo: cualquiera puede infectarse con el VIH. Además de tomar precauciones, quienquiera que lleve una vida sexual activa debe hacerse la

**Todos pueden
contraer el sida.
Los que están
sexualmente activos
deben hacerse la
prueba.**

prueba. El esfuerzo vale la pena porque es el único medio de saber si uno está infectado.

Lanzada en 2002, la campaña *Fique Sabendo* está siendo promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la idea de reproducirla en todos los países de América Latina y el Caribe, donde se calcula que de las cerca de 1,8 millones de personas infectadas con el VIH, solamente unas 600.000 lo saben.

La OPS ha venido trabajando con sus países miembros en iniciativas para



PAHO

o t cura, mas tem tratamento.
re ceito não podem mais ser
ta e as pessoas não façam
o teste anti-HIV.
e que existam 600 mil
pres HIV no Brasil.
il sabem

promover el sexo seguro y aumentar el acceso a los medicamentos antirretrovirales. Hoy día en la región están recibiendo tratamiento más de 345.000 personas, es decir un 76% más que hace cuatro años.

Claro que las personas que no saben que están infectadas mal pueden buscar tratamiento. O, lo que es todavía peor, sin saberlo pueden transmitir el virus si tienen relaciones sexuales sin protección. El reto consiste entonces en conseguir que un mayor número de personas se hagan las pruebas, tanto para fortalecer la prevención como para promover el tratamiento.

“Si esta campaña tiene tanto éxito en otros países como lo ha tenido en Brasil, salvará vidas y representará una

diferencia fundamental en la salud pública de todo un país”, dice Paulo Lyra, experto de la OPS en comunicación social y el VIH.

Ya está de moda

Varios estudios demuestran que la gente se resiste a hacerse las pruebas para el VIH por diversas razones, entre ellas el temor a los resultados y a la discriminación. Lo primero ya debería ser un obstáculo menor dado que ahora se dispone de medicamentos para detener el avance del virus. En cuanto a la discriminación, varias iniciativas de salud pública se han ocupado del estigma asociado con el VIH, y *Fique Sabendo* es en gran medida una ampliación de esas iniciativas. Su propósito es hacer

que las pruebas sean más comunes, algo que todas las personas sexualmente activas deberían hacer.

Las autoridades sanitarias del Brasil adoptaron un enfoque de varios niveles para desarrollar la campaña. Su elemento principal es un logotipo que fue seleccionado como parte de un concurso auspiciado por el Ministerio de Salud. El diseño ganador, presentado por una estudiante universitaria, es una carita sonriente estilizada, cuyos ojos son los signos más y menos. El logotipo fue presentado al público durante la Semana de la Moda, celebrada en 2004 en São Paulo, en un show donde decenas de esbeltas modelos llevaron camisetas con el logotipo de la cara feliz.

▲ La cantante Wanessa Camargo (izq.) y la animadora de televisión Angélica son dos de las celebridades brasileñas que promueven la prueba del VIH.



Los que no saben
que tienen el virus
tampoco saben
que necesitan tomar
medicamentos para
salvarse la vida.

“Un factor importante es que el logotipo se asocie con lo moderno”, dice Emivaldo “Zinho” Souza Filho, coordinador de publicidad para el Programa Nacional de ETS y Sida de

Brasil. “Por eso tratamos de vincularlo con el concepto de la moda”.

Conocidos actores de la televisión se unieron a la campaña y el entonces ministro de salud, Humberto Costa, fue fotografiado mientras le sacaban una muestra de sangre para hacerse la prueba. Los anuncios de interés público con fondo de piano incluían una voz que explicaba por qué es importante hacerse la prueba. La campaña también inundó el país con anuncios impresos.

Hoy día, el logotipo de *Fique Sabendo* se ha convertido en algo común en la cultura brasileña, y la campaña ha dado resultados. Según una encuesta de marzo de 2004, el 26% de los brasileños sexualmente activos dijeron

que se la habían hecho la prueba para el VIH al menos una vez. De estos, casi la mitad se habían hecho durante la campaña *Fique Sabendo* en 2003 ó 2004. En el mismo período, el número de personas que acudieron a los centros públicos para hacerse las pruebas subió en un 53%.

En vista de ese éxito, se espera que otros países de América Latina y el Caribe sigan el ejemplo de Brasil y lancen sus propias campañas modeladas en *Fique Sabendo*. Varios países —entre ellos Belice, El Salvador, México, y Trinidad y Tobago— ya lo han hecho, en tanto que la OPS está buscando motivar a otros países mediante la adaptación de la iniciativa brasileña a sus realidades particulares.

▲ En una serie de anuncios de interés público, el piano de cola es un símbolo para el peso emocional de no saber el estatus respecto al VIH.



Foto © Rodolfo Bühner

“En español estamos llamando a la iniciativa Hazte la Prueba”, dice Lyra. “Es mucho más que una simple campaña publicitaria”.

La campaña Hazte la Prueba fue presentada en noviembre de 2006 en El Salvador durante una reunión de la Comisión Interamericana de Mujeres. La campaña utiliza material preparado por la OPS basado en el logotipo de *Fique Sabendo*. Otros países de América Central, donde los índices de VIH están entre los más altos del continente, han expresado interés en la campaña, y la OPS está estudiando versiones en inglés con varios de sus países miembros del Caribe.

Un incentivo práctico e importante para que otros países implementen sus

propias campañas es su bajo costo: no hay que pagar regalías por utilizar el logotipo *Fique Sabendo*. También, por lo general, es posible contar con la colaboración de personas famosas para que se presenten voluntariamente en las actividades de la campaña, mientras que muchas estaciones de radio y televisión donan espacios gratis para transmitir los anuncios de interés público de la campaña. Las campañas pueden además valerse de las últimas tecnologías de comunicación y audiovisuales, incluidos los mensajes de texto telefónicos celulares. Asimismo, la OPS está produciendo afiches, folletos y otros materiales gráficos tradicionales, que podrán descargarse sin costo alguno del sitio web de la OPS.

Resultados esperados

Hasta hace poco, ofrecer una prueba del VIH a cualquier persona que la pidiera era todo un desafío. Ahora, explica Lyra, el desafío radica en “crear demanda, para que la prueba del VIH sea tan —o aun más— común que un examen de colesterol”.

Las autoridades sanitarias de Brasil advierten que aquellos países que decidan emular su campaña deben prepararse para un aumento considerable en la demanda de servicios de pruebas. Esto exigirá no sólo equipo adicional para colectar la sangre sino también más personal, en especial trabajadores de salud capacitados en pruebas y en asesoría sobre el VIH.

▲ La estrella brasileña de fútbol Kaká (izq.) luce una playera con el logotipo de Fique Sabendo mientras (der.) una enfermera realiza un prueba de sangre para el VIH.



El desafío es hacer que la prueba del VIH sea tan —o aun más— común que un examen de colesterol.

Un elemento fundamental de cada campaña será garantizar que toda persona que quiera no sólo pueda hacerse la prueba sino además recibir los servicios esenciales que deberían acompañarla, incluidos los medicamentos antirretrovirales.

Vistos estos desafíos, la OPS sugiere que los países con epidemias focalizadas amplíen los servicios de pruebas y orientación entre los grupos más vulnerables antes que promocionarlos entre la población en general. Los países con epidemias generalizadas deberían promover estos servicios entre los vulnerables así como toda la población.

Para Brasil, *Fique Sabendo* es apenas una de su larga serie de esfuerzos innovadores para combatir el VIH, que van desde el Programa Nacional de ETS y Sida, que ya alcanzó los 20 años, hasta su política desde hace 10 años de suministrar acceso universal a los medicamentos antirretrovirales gratuitos.

Las campañas de comunicación social han formado parte integral de estas

iniciativas. Más recientemente, el Ministerio de Salud realizó otras dos campañas, una dirigida a profesionales de salud y la otra a mujeres embarazadas.

“La meta es reducir la transmisión de la madre al niño a menos de 1% y la sífilis congénita a cero”, dice Alexandre Magno, asesor en comunicaciones en el Programa Nacional de ETS y Sida.

Mientras tanto, para Magno y sus colegas, el reto de mantener a todos los brasileños alertas ante la amenaza del VIH es constante: “Ahora tenemos que volver a hablar de las pruebas para toda la población”.

Rogério Waldrigues Galindo, periodista brasileño, reside en Curitiba.

▲ La artista y cineasta brasileña Lucelia Santos demuestra un dedo hacia arriba en pro de la prueba para el VIH.

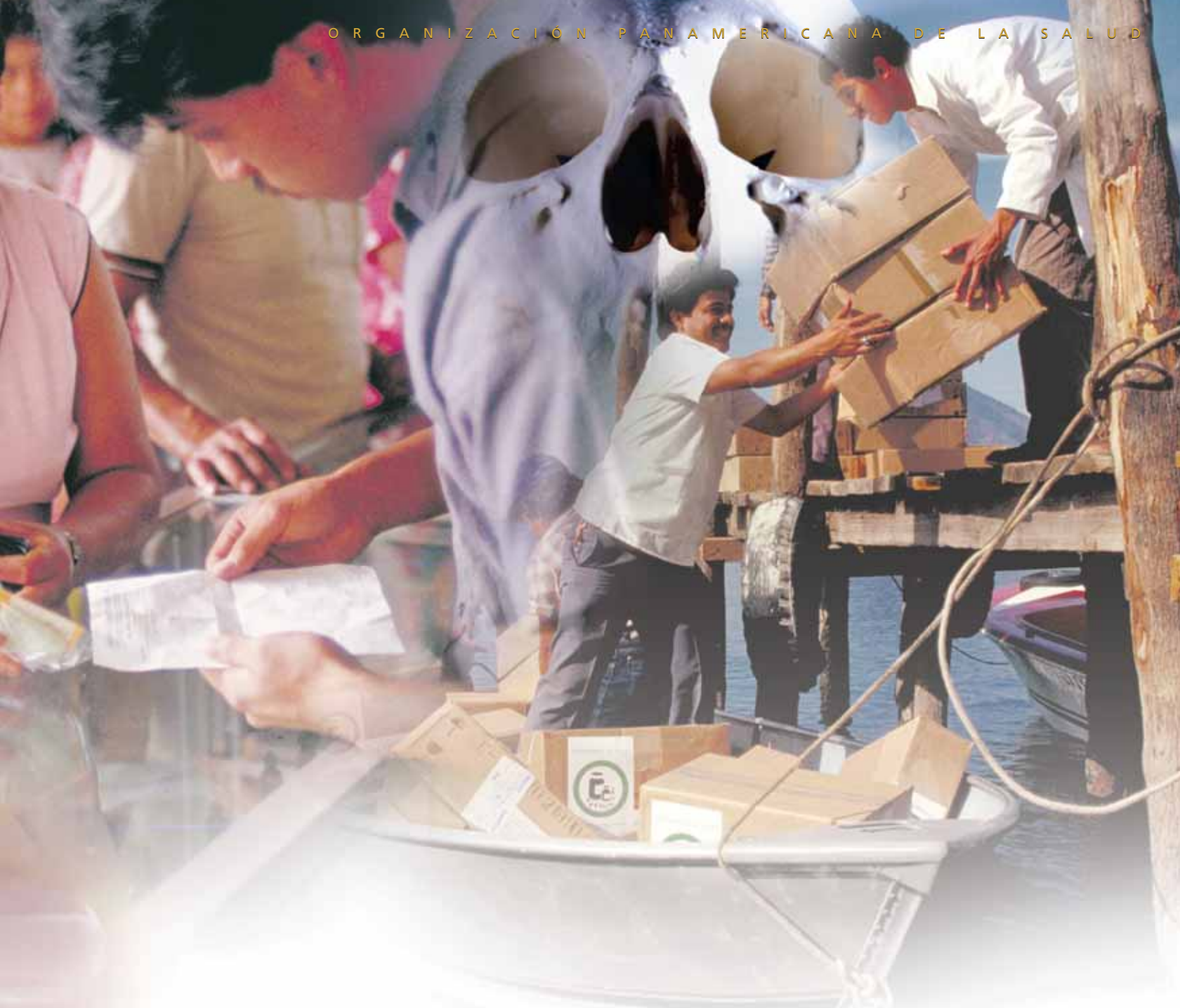
Adulteraciones letales

por Matías Loewy

La falsificación de medicamentos es una industria multimillonaria que ha dañado y hasta matado a miles de víctimas inocentes. Hoy más que nunca los países se unen para combatir este flagelo en las Américas y en el resto del mundo.

En diciembre de 2004, Verónica Díaz, una joven argentina de 22 años, concurrió al hospital local en la provincia patagónica de Río Negro para aplicarse la séptima dosis de Yectafer, un medicamento inyectable de hierro que le habían indicado para su anemia. Nadie podía haber imaginado la tragedia que sobrevendría.

Fotos por Armando Waak/OJIS



La inyección le produjo una lesión fulminante en el hígado, que le causó la muerte el 23 de diciembre antes de que pudiera recibir un trasplante. Otro caso fatal se reportó en la provincia de Entre Ríos y al menos ocho mujeres más fueron internadas en distintos hospitales de la región con síntomas de la misma reacción adversa.

“Creo que mi pelo se volvió completamente blanco ese día”, recuerda el doctor José Blanc, quien por esos días se desempeñaba como director técnico en la filial local de la compañía que elabora el Yectafer, Astra Zeneca. Blanc afirma haber estado convencido desde el principio de que el medicamento

letal no podía haber salido de su laboratorio, porque a cada lote se le realizan no menos de 50 controles antes de ser liberados para su comercialización. El producto llevaba 40 años en el mercado y más de 20 millones de dosis administradas sólo en Argentina. “Nunca había pasado algo parecido”, subraya el actual director de gestión de calidad de la firma farmacéutica para América Latina y el Caribe.

Las autoridades sanitarias argentinas rescataron el envase y otras ampollas del producto sospechoso, y los enviaron a

Buenos Aires para su análisis. Al verlos, Blanc confirmó sus presunciones en “menos de 30 segundos”: a todas luces, el Yectafer tóxico era falso. El número de lote y fecha de vencimiento estaban inscritos en la solapa superior y no en el cuerpo del estuche. El tamaño de las letras en el rótulo y el punto de corte en las ampollas eran diferentes. Su contenido líquido era de un color marrón

Alrededor del 60% de los fármacos fraudulentos que circulan en el mundo se concentran en los países en desarrollo.



Haití (1995)
Jarabes para la tos preparados con dietilenglicol (un tóxico que se usa como refrigerante para vehículos) provocaron 89 muertes.

Níger (1995)
2,500 personas murieron después de haber sido inmunizadas contra la meningitis con una vacuna adulterada.

La India (1998)
El mismo jarabes para la tos del caso en Haití (1995) provocaron muertes de 30 lactantes.

Camboya (1999)
Por lo menos 30 chicos de Camboya murieron después de recibir tabletas del antimalárico sulfadoxina-pirimetamina.



oscuro, pero de una gama distinta a la del medicamento original.

Estudios posteriores demostraron que en lugar de hierro sorbitol (el ingrediente activo del Yectafer), las ampollas falsas contenían otro derivado del hierro y en una concentración tres veces superior. La investigación judicial logró identificar y procesar a algunas personas encargadas de la cadena de distribución del fármaco apócrifo, pero no a quienes lo fabricaron. “Aunque no tengan intención de matar, son verdaderos criminales”, apunta Blanc, todavía indignado después de más de un año.

Flagelo mundial

La fabricación, distribución y comercialización de medicamentos falsos representa una actividad ilegal que crece globalmente. Las estadísticas no son precisas, pero se suele citar que del 6% al 10% de todos los fármacos que circulan en el mundo son fraudulentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que los productos falsificados o adulterados representan entre el 5% y el 8% de los 550 mil millones de dólares que mueven por año los medicamentos.

“Evidentemente, tiene que ser una actividad muy lucrativa para que los falsificadores se tomen tanto trabajo”,

afirma el doctor Adrián Giménez, un fiscal de Buenos Aires cuyo juzgado concentró más de 400 causas por medicamentos falsificados desde 1997.

A pesar de su crecimiento, la falsificación de medicamentos sigue siendo una actividad delictiva de relativamente bajo perfil. Debido a que las drogas apócrifas son por lo general difíciles de detectar, los reportes sobre el problema son esporádicos. Los laboratorios de productos farmacéuticos autorizados cooperan entre sí para coleccionar los datos de casos conocidos. Pero “en el pasado eran reticentes a compartir información públicamente o de hacer sonar la alarma muy alto, porque eso podría socavar la confianza pública en los medicamentos legítimos”, señala Rosario D’Alessio, asesora regional de medicamentos y servicios farmacéuticos de la OPS. “Esa situación está cambiando, pues hoy día el esfuerzo por combatir la falsificación se esta incrementando con el apoyo de la industria farmacéutica”.

Para Marcelo Peretta, vicepresidente del Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de Capital Federal, en

Buenos Aires, el bajo perfil de la falsificación explica su atractivo para los delincuentes.

“Falsificar medicamentos legales resulta más atractivo que

traficar cocaína u otras drogas ilícitas, porque los delincuentes están menos perseguidos y entran en un circuito donde blanquean más rápidamente el dinero”.

Como el Yectafer falso, los medicamentos adulterados o fraguados han provocado tragedias en todo el mundo. En 1995, 50 mil personas fueron inmunizadas contra la meningitis en Níger con una vacuna adulterada, lo que habría provocado no menos de 2.500 víctimas fatales. Jarabes para la tos preparados con dietilenglicol (un tóxico que se usa como refrigerante para vehículos) provocaron 89 muertes en Haití en 1995 y 30 en la India en 1998, la mayoría niños.

Según la OMS, el 60% de los medicamentos falsos circula en países en desarrollo e involucra sobre todo productos contra la malaria, el sida y otras infecciones. Un estudio de la OMS en el sudeste de Asia mostró que el 38% de 104 drogas antimaláricas en venta en farmacias no contenían ingredientes activos.



Sin embargo, cualquier fármaco puede atraer la imitación fraudulenta y ningún país está exento de riesgos. En marzo de 2005, por ejemplo, se desbarató una red internacional que fabricaba pastillas de Lipitor (un reductor del colesterol) en Costa Rica y que luego las introducía en los Estados Unidos, donde se habrían vendido por un monto global de 8 millones de dólares. Las pastillas contra la disfunción eréctil masculina, que a menudo se ofrecen por Internet, también son un blanco habitual de los falsificadores.

“El problema se está haciendo grande”, dice D’Alessio. “Hay producción local pero también hay un tráfico internacional de fármacos adulterados. Vale decir, la falsificación de medicamentos está globalizada.”

Imitaciones criminales

En muchos casos, los delincuentes recrean o pergeñan el producto completo: desde la forma —comprimido, crema, jarabe o solución inyectable— hasta el embalaje y el etiquetado. Un estudio publicado en la revista médica *The Lancet* reveló que los falsificadores han mejorado de forma impresionante sus habilidades para imitar hologramas y otras técnicas de impresión.

Los productos falsificados pueden incluir ingredientes correctos o incorrectos, principios no activos o principio activo insuficiente. Las sustituciones pueden ser inocuas, tóxicas o letales.

Otras veces, el delito involucra medicamentos legítimos pero robados que luego se vuelven a reintroducir en el circuito, sin garantías de que se hayan respetado las normas de almacenamiento, o con fecha de vencimiento cambiada para “alargar” su vida útil y disfrazar su origen. Se ha comprobado además que el circuito de los medicamentos robados suele ser muy similar al de los fabricados de manera ilegítima.

Uno de los aspectos característicos y complejos del problema es que, a diferencia del caso argentino de Yectafer, a menudo los fármacos adulterados no producen un perjuicio visible inmediato sobre la salud, o, en todo caso, la falta de efecto terapéutico se confunde con la evolución natural de la enfermedad o la idiosincrasia del paciente y no con la deficiencia del tratamiento.

“Por lo general no matan, pero no tienen eficacia”, explicita D’Alessio.

El uso regular de estos medicamentos puede llevar al desarrollo de resistencia, falla terapéutica o incluso a la muerte. En 1999, por lo menos 30

Falsos en las Américas

Informes recientes revelan que la falsificación de medicamentos no deja de aumentar a pesar de que se han intensificado las iniciativas para controlar este delito. A continuación, algunos ejemplos del problema en los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

- La Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de El Salvador informa que los medicamentos falsificados se encuentran fácilmente en el mercado nacional. Según un fabricante local, Laboratorios Gamma, en 2005 los medicamentos falsificados ocasionaron cerca de 40 millones de dólares en pérdidas a la industria farmacéutica de El Salvador.
- En la República Dominicana, cerca de la mitad de todas las farmacias funcionan sin un permiso y 10% de los medicamentos importados en 2005 eran falsificados, según el Departamento de Salud Pública.
- La Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Colombia calcula que 60 millones de dólares, o 5% de todos los medicamentos vendidos en 2004, provenían del contrabando, eran falsificados, o estaban adulterados.
- En México, agentes federales decomisaron 60 toneladas de productos farmacéuticos robados, vencidos o falsificados, en apenas dos estados, Michoacán y Jalisco. Varios informes indican que los productos ilegales representan cerca del 10% del mercado farmacéutico nacional.
- En Perú, la venta de medicamentos falsificados aumentó en unos 40 millones de dólares en 2002 a 66 millones en 2006, según datos de la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos. En Lima, el número de farmacias ilegales dedicadas a la venta de medicamentos falsificados pasó de unas 200 en 2002 a 1.800. La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas decomisó unos 460.000 medicamentos falsificados o vencidos en 2005.

▲ Un desafío clave para la lucha contra los medicamentos falsos es desarrollar sistemas que pueden rastrear los productos por toda la cadena de distribución.

Un estudio en Asia Sudoriental mostró que el 38% de drogas antimaláricas no contenían ingredientes activos.



chicos de Camboya murieron después de recibir tabletas del antimalárico sulfadoxina-pirimetamina, en lugar del más nuevo y efectivo artusenoato.

La situación se ve favorecida por la debilidad de los sistemas nacionales de farmacovigilancia, que reduce las posibilidades de recolectar información sobre la falta de eficacia de una medicación y actuar en consecuencia.

En 1997, las autoridades argentinas detectaron varios lotes falsos de un medicamento para la enfermedad de Parkinson, Madopar, que contenía dosis bajas o inexistentes del principio activo. Tras tomar las pastillas, los síntomas de las víctimas —temblor, rigidez o lentitud de movimientos— se agravaban. “Estoy convencido de que el Madopar falso debe haber producido muertes que pasaron inadvertidas”, sospecha el fiscal Giménez, quien investigó el caso.

Batalla internacional

Los países en todo el mundo han empezado a responder a esta amenaza global adoptando medidas para detectar, rastrear y penalizar la falsificación de medicamentos. En 2001, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de

Brasil (ANVISA) y la OPS realizaron la primera encuesta en los países de las Américas y el Caribe para conocer la situación regional del combate a la falsificación de medicamentos.

Las respuestas de 15 de los 23 países consultados revelaron carencias graves como falta de estándares y patrones nacionales para la distribución de medicamentos, ausencia de estructuras formales para la prevención y combate de este delito, o déficits en la información brindada a la población sobre productos confirmados como falsos.

El trabajo se presentó en 2001, durante la reunión de conformación del Grupo de Trabajo para el Combate a la Falsificación de Medicamentos (GT/CFM), integrado por autoridades regulatorias y representantes de la industria farmacéutica. Fue el puntapié inicial. El grupo, coordinado por la OPS, tuvo encuentros posteriores, el último de ellos en el marco de la IV Conferencia Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, celebrado en la República Dominicana en marzo de 2005. También se planificó la realización de talleres regionales de capacitación.

El grupo GT/CFM ha formulado recomendaciones para los distintos actores perjudicados por la falsificación.

Laboratorios en gallineros

Los fiscales que intervienen en casos de falsificación de medicamentos no pierden la capacidad de asombro. “La mayoría de las veces, los laboratorios clandestinos están montados dentro de galpones sin ningún tipo de identificación externa”, señala el doctor Adrián Giménez, uno de los investigadores judiciales argentinos con mayor experiencia en este tipo de delito. “Pero también descubrimos una banda que fabricaba una adulteración del antiastmático Ventolin ¡dentro de un gallinero!”.

En los últimos años —señala el doctor Giménez— aumentó la proporción de medicamentos falsificados que se detectan por denuncias de los médicos y otros profesionales de la salud, quienes están más alertados sobre este problema. Meses atrás, dos episodios involucraron sendos medicamentos oncológicos. “Uno de ellos no contenía el principio activo, y el otro estaba muy vencido y lo habían cambiado de envase”, revela. En los dos casos, fueron los médicos quienes advirtieron algo “raro” en la apariencia de ambos productos.

acción. Una es que las autoridades regulatorias implementen programas nacionales de prevención y combate de este delito, con planes de acción definidos, esquemas de fiscalización

▲ Un desafío para la industria farmacéutica es hacer que sus productos sean más difíciles de copiar.

“Los falsificadores de medicamentos son como un cáncer que se somatiza, que ataca por un lado y aparece por otro”.

—Rosario D’Alessio, OPS

sobre los distintos eslabones de la cadena de comercialización, políticas de comunicación de riesgo a la población, y conformación de redes focales que faciliten la diseminación de información y la cooperación entre todos los países de la región.

Asimismo, sugiere que cada autoridad sanitaria nacional tenga una “unidad ejecutora” (integrada por inspectores farmacéuticos, abogados y personal de inteligencia) que se encargue de monitorear la calidad y seguridad de los medicamentos disponibles.

“Hay recomendaciones que se pueden implementar de forma inmediata y otras que van a llevar más tiempo, como la estructura de las unidades ejecutoras”, admite D’Alessio, “pero todos los países acordaron desempeñar acciones, empezando, en algunos casos, por la designación de grupos especializados dentro de los ministerios. Esto va a facilitar el intercambio regional de información”.

Medidas claves

En opinión de Peretta, quien calcula que cerca de un décimo de todos los remedios que circulan en Argentina son falsos o robados, una medida central para combatir el delito sería

Ofensiva mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está impulsando el establecimiento de un grupo llamado IMPACT, integrado por instituciones gubernamentales, internacionales y de la sociedad civil, profesionales de la salud, distribuidores y asociaciones de laboratorios farmacéuticos, para fortalecer la lucha contra la falsificación de medicamentos.

IMPACT busca la participación de distribuidores de medicamentos, farmacéuticos, personal hospitalario y pacientes para ayudar a identificar y denunciar posibles casos de falsificación.

Otros de sus desafíos claves son hacer que los productos legítimos sean más difíciles de copiar así como aumentar la “trazabilidad” de cada frasco o envase de medicamentos a lo largo de la cadena de distribución.

Según Valerio Riggi, experto en tecnologías farmacéuticas de la OMS y coordinador del IMPACT, el programa va a analizar las leyes existentes en los distintos países para recomendar formas de fortalecerlas. También es esencial romper con los mecanismos de corrupción que facilitan el tráfico de estos fármacos.

“Queremos explicarles a los funcionarios corruptos que no deberían aceptar coimas o sobornos porque las drogas falsificadas que entran así podrían terminar envenenando a sus propias familias”, dice Riggi.

Al mismo tiempo, la OMS está explorando la posibilidad de promover un acuerdo internacional (similar al Convenio Marco sobre el Control del Tabaco) u otro mecanismo de cooperación mundial para catalizar la acción de todos los países contra esta práctica.

documentar todas las etapas de la cadena de comercialización, para rastrear de manera sencilla el origen de cualquier medicamento dudoso. De hecho, el grupo GT/CFM recomendó en un informe que las autoridades regulatorias “cuenten con herramientas y tecnologías que hagan efectiva la rastreabilidad de los medicamentos en las distintas etapas de la cadena de medicamentos (de la producción hasta la dispensación), incluyendo el número de lote en los documentos de compra/venta (nota fiscal, factura, etc.)”.

Los expertos también proponen que las ventas minoristas al público se hagan sólo desde farmacias. “No puede ser que se ofrezcan medicamentos en puestos ambulantes”, coincide D’Alessio. Asimismo, proponen adecuar la legislación para esta modalidad de delito. En Argentina, por ejemplo, no está penado que alguien cambie la fecha de vencimiento de un fármaco, salvo que se demuestre que la maniobra provocó perjuicios para la salud.

En la película de 1949 *El tercer hombre*, Orson Welles retrataba a un hombre infame que quería hacerse millonario traficando penicilina adul-

terada. La historia se multiplica en el mundo real y las autoridades están dispuestas a ponerle freno.

“Tiene que ser un esfuerzo coordinado, porque con la falsificación de medicamentos pierden todos: la industria, los pacientes, los profesionales... Los únicos que ganan son los falsificadores”, reflexiona D’Alessio. “Las autoridades regulatorias de la región están tomando más conciencia del problema, y la mayor parte está decidida a implementar sanciones más efectivas”.

“No se puede bajar la guardia”, advierte. “Los falsificadores de medicamentos son como un cáncer que se somatiza, que se ataca por un lado y aparece por otro. No es que con descubrirlos y sancionarlos uno se pueda quedar tranquilo”.

Matías Loewy escribe sobre ciencia y salud para la revista semanal Noticias en Argentina.

La genética al servicio de la gente

por Paula Andaló

Los avances en genómica deberían trasladarse en progreso para la salud pública.



realmente debería estar integrada dentro de los servicios generales de salud”, asegura.

Con esta idea en mente, en 1996 Penchaszadeh se acercó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para fundar el Centro Colaborador en Genética

Comunitaria y Educación de la OPS/OMS, en la Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, Nueva York.

En 2006, Penchaszadeh volvió a su país natal para iniciar un programa regional de Genética Médica y Salud Pública, ubicado en la sede de la OPS en Buenos Aires. Esta iniciativa ayudará a los países de América Latina y el Caribe a evaluar la seguridad y efectividad de las nuevas tecnologías genéticas y producirá documentos sobre temas técnicos y de bioética relacionados con la genética, la salud y los derechos humanos.

Más que pruebas

Penchaszadeh considera que los servicios de genética son una herramienta de la salud pública que debe ponerse al servicio de la población, por una sencilla razón: si se sabe que alguien tiene —o está predispuesto a— cierta enfermedad o condición es más probable que se puedan prevenir sus consecuencias más graves.

Muchas de las condiciones determinadas genéticamente son prevenibles o, al menos, pueden ser mejor tratadas si se identifican precozmente. Hoy en día “se conocen al menos 1.000 desórdenes que pueden ser diagnosticados a través de un análisis de ADN, tanto en individuos afectados como en etapas tempranas del embarazo”, explica el científico.

Algunas de estas condiciones pueden tener un impacto en la salud colectiva, tanto en los países pobres como en los ricos. Las hemoglobinopatías (un grupo de trastornos hereditarios que afectan la molécula de la hemoglobina) en Cuba son un ejemplo, como lo es también la enfermedad de Huntington (condición hereditaria caracterizada por movimientos corporales anormales y problemas psiquiátricos) que tiene una alta incidencia en la zona del Lago

▲ Víctor Penchaszadeh, genetista argentino.

Buscando identidades perdidas



Foto cortesía de Téliam

▲ La evaluación genética ha ayudado a las Abuelas de la Plaza de Mayo a identificar a docenas de nietos desaparecidos.

Víctor Penchaszadeh fue uno de los pioneros en el uso de pruebas genéticas para recobrar identidades, a través de sus esfuerzos por ayudar a encontrar y recuperar a niños robados por los verdugos de sus madres durante la dictadura militar en Argentina.

En aquellos años de terror (1976-1983), cientos de mujeres embarazadas fueron secuestradas y llevadas a cárceles clandestinas, en donde dieron luz hijos e hijas de cuyos paraderos —como los de sus mamás— jamás se supieron.

Con la vuelta de la democracia, el presidente Raúl Alfonsín estableció en 1984 una

comisión para investigar estas y otras violaciones de derechos humanos durante la dictadura. Se intensificaron los esfuerzos por encontrar, identificar y restituir a los aproximadamente 250 niños que se cree fueron robados.

En base a las recomendaciones de Penchaszadeh, la Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires creó un laboratorio de

marcadores genéticos en el Hospital Durand, que luego, por ley nacional, fue transformado en el Banco Nacional de Datos Genéticos. Su función principal era identificar a estos niños a medida que iban siendo localizados. Este esfuerzo continúa hoy día, siempre con el apoyo de las Abuelas de Plaza de Mayo, una organización de la cual Penchaszadeh ha sido asesor desde 1982. Hasta el momento se ha logrado restituir la identidad a 90 niños.

Penchaszadeh y las abuelas creen que a medida que los nietos se hagan más mayores, estarán más dispuestos a buscar sus identidades perdidas y a hacer frente a la dolorosa verdad de que fueron robados y criados por personas vinculadas directa o indirectamente con la tortura y asesinato de sus padres biológicos.

las autoridades de salud pública. “Esta situación promueve la inequidad también a este nivel, ya que convierte al servicio de genética en un privilegio exclusivo para pacientes con dinero, enfocado en estudios costosos como el análisis cromosómico, el diagnóstico prenatal o la prueba de ADN por paternidad”, enfatiza.

Una notable excepción es Cuba, “en donde los conocimientos de genética fueron incorporados desde un principio como un servicio básico de salud, con claros objetivos comunitarios”, concluye Penchaszadeh.

En busca de apoyo

Las barreras para un progreso rápido son muchas, aunque la más importante es la urgencia de atender las prioridades de salud pública que tiene la región, como el avance de las enfermedades infecciosas y los problemas crónicos de desnutrición, que desdibujan a la genética como una herramienta sanitaria de primera necesidad. Influye además la percepción equivocada de que la genética es costosa y sólo se aplica a enfermedades sumamente extrañas. Tampoco ayuda que su valor preventivo esté erróneamente asociado con la interrupción del embarazo, práctica prohibida en casi todos los países de Latinoamérica.

“La genética tiene un valor preventivo no apreciado. ¿Cuántos nacimientos de bebés con defectos en el tubo neural se evitarían si se promoviera el consumo de ácido fólico durante el embarazo?”, se pregunta el científico.

A pesar de las vallas económicas y morales, en Latinoamérica hay unos 500 médicos especializados que proveen diversos servicios en genética clínica. A nivel académico, la especialidad de genética médica ha sido reconocida en Argentina, Brasil, Cuba y México. Asimismo, la mayoría de los países tienen asociaciones que nuclean a los expertos en genética, y recientemente la Red Latinoamericana de Genética Humana (RELAGH) se ha convertido en la representante regional ante la Federación Internacional de Sociedades de Genética Humana.

Maracaibo en Venezuela (ver recuadro en la pág. 25).

Sin embargo, el vínculo entre los servicios de genética y la salud pública no siempre es apreciado, dice Penchaszadeh. “Los países que han logrado tener un impacto sobre estas enfermedades han actuado al nivel de atención primaria de salud, usando tecnologías efectivas de prevención”, asegura. Y agrega que es crucial que los servicios de genética no se limiten a realizar pruebas, sino que además incluyan el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y asesoramiento para pacientes en riesgo de sufrir estas condiciones.

Según explica, estos servicios han tenido un desarrollo algo errático en Latinoamérica en la última década. En la mayoría de los países están concen-

“La genética puede parecer secundaria... pero realmente debería estar integrada dentro de los servicios generales de salud”.

—Victor Penchaszadeh

trados en las ciudades, impulsados más por el interés individual de algunos científicos que por una motivación de



Al menos 1.000 desórdenes pueden ser diagnosticados a través de un análisis de ADN. Saber que uno tiene tal desorden ayuda a prevenir sus consecuencias más graves.

“El apoyo oficial a estas iniciativas es esencial para darles el marco de equidad y accesibilidad necesario para que tengan un impacto real en la salud pública”, resume Penchaszadeh. Y agrega una razón contundente: “un programa de servicios de genética avalado por los gobiernos también garantizaría las regulaciones sobre las pruebas que se realizan y sobre el uso de la información genética de los pacientes... No hay que olvidar que, al amparo de falsas normas genéticas, se han abrazado peligrosas teorías como la del determinismo genético y la de la superioridad racial”.

Un riesgo ético de los programas de salud pública en genética es que, en aras de la prevención y del “costo-beneficio”, se avasalle el derecho a la reproducción y se discrimine a las personas con discapacidades genéticas. En su promoción de programas de enfermedades genéticas en países en desarrollo, la OMS siempre ha incluido componentes destinados a abordar y prevenir los riesgos éticos que puedan presentarse.

Según Penchaszadeh, para que los servicios de genética se sigan desarrollando por un buen camino, es esencial definir qué instrumentos y métodos son los más eficaces para prevenir trastornos genéticos a nivel poblacional. La prevención primaria de defectos congénitos del tubo neural, aunque

Fundadores y poblaciones

De los cerca de 4.000 desórdenes genéticos reconocidos hasta el momento, “prácticamente todos existen en Latinoamérica”, dice Víctor Penchaszadeh. Entre los más comunes se encuentran el síndrome de Down, la fibrosis quística, la distrofia muscular, la hemofilia, la anemia drepanocítica (de células falciformes), la enfermedad de Tay Sachs, el síndrome de fragil X y la enfermedad de Huntington.

Su incidencia varía según variables diversas que incluyen la raza, la etnia y la geografía. Por ejemplo, la anemia de células falciformes se encuentra con más frecuencia en Afrecha y entre los afro descendientes en Estados Unidos, las islas del Caribe, la costa atlántica sudamericana y Brasil. Otras condiciones genéticas con mayor incidencia en Latinoamérica son:

- La enfermedad de Huntington, un desorden neurológico degenerativo que afecta en una medida desproporcionada a los habitantes de la zona del Lago Maracaibo, en Venezuela.
- La enfermedad de Machado-Joseph, una forma de ataxia espinal (con efectos similares a los de la enfermedad de Huntington) que aparece especialmente en pueblos descendientes de los habitantes de las Azores y presenta alta incidencia en el sur de Brasil.
- La ataxia de Holguín, nombrada así por la provincia de Cuba donde se concentra la más alta tasa de incidencia de esta enfermedad.
- El albinismo, que tiene una alta incidencia en



Foto © Steve Uzzeil

▲ Un familia residente en Laguneta, Venezuela, cerca del Lago de Maracaibo, tiene alto riesgo de la enfermedad de Huntington, un trastorno genético raro que se encuentra en un número inusualmente alto de esta área. La ADN de del niño de camisa blanca ayudó a que los investigadores identificaran el gene que causa la enfermedad.

la provincia de La Rioja, en el norte argentino.

- La acheiropodia, que consiste en la amputación congénita de manos y pies, y que se encuentra casi exclusivamente en Brasil.

Se cree que la localización particular de muchos de estos trastornos es resultado de lo que se denomina “efecto fundador”, el cual se activa luego que un pequeño grupo de migrantes se instala en un área determinada. Por razones geográficas o culturales, su progenie tiende a formar parejas entre personas del mismo grupo poblacional, disminuyendo de este modo la diversidad genética de sus descendientes. De allí que algunos desórdenes genéticos portados por sus fundadores pueden aparecer con más frecuencia en las sucesivas generaciones.

no se hace como rutina, es simple: fortificar la dieta con ácido fólico. También se podría hacer prevención primaria del síndrome de Down, tomando en cuenta el factor etiológico de la edad materna y desalentando la gestación en edades avanzadas.

“Sin embargo —explica el genetista— en la práctica los programas de síndrome de Down recurren al tamizaje genético de gestaciones con riesgo aumentado, proponiendo el diagnóstico fetal cromosómico, frente al cual no quedan más que dos caminos: seguir el embarazo o interrumpirlo”. Esta última opción, como se sabe, suele poner a la pareja al borde de dilemas morales y, en la mayoría de los países, legales.

Ya en Buenos Aires —volvió a vivir en Argentina después de 30 años, pero simplemente cambió de punto geográfico, no de metas— Penchaszadeh

enfatisa que, para avanzar hacia metas concretas, el trabajo en genética necesita delinear claramente los marcos éticos y sus usos. “El desafío es, por un lado, acelerar la investigación de aplicaciones preventivas y terapéuticas del conocimiento genómico y, por el otro, asegurar que estos beneficios sean accesibles en forma equitativa para toda la población”.

Paula Andaló, periodista argentina, formó parte de la Oficina de Información Pública de la Organización Panamericana de la Salud.



La salud asiste a clases

por Marcelo Riccardi Doria



Foto © Rodolfo Bühner

Perspectivas de Salud • Volumen 11, Número 1 • 2007

Las escuelas promotoras de la salud buscan que los escolares se conviertan en protagonistas permanentes de la lucha por una mejor salud y calidad de vida.

En La Esperanza, una pequeña escuela rural de La Mesa, Colombia, una camada de pollitos se convirtió en material para un novedoso ejercicio didáctico. Un día, a principios del año escolar, los alumnos del séptimo grado fueron invitados a conformar parejas para asumir el cuidado y manutención de un pollo.

Hubo pollitos díscolos que se fugaron y revoltosos que se dedicaron a sabotear las clases; otros enfermaron o

fueron tristemente abandonados por sus padres adoptivos. Para los niños tampoco fueron fáciles las cosas: hubo bancarrotas, parejas disueltas y algunas madres cabeza de familia. Fue toda una recreación de las vicisitudes de la paternidad, en un pequeño salón de clases. Y si el objetivo era promover una serie de reflexiones sobre temas como las responsabilidades paternas, las finanzas familiares y las relaciones interpersonales, el ejercicio tuvo su efecto. Cuenta Johana Cortés, una de las niñas participantes en el singular proyecto, “los profesores estaban impactados, los alumnos estaban impactados, también los pollos estaban impactados”.

A lo largo de Colombia y en otros países de América Latina y el Caribe, las escuelas públicas están llevando a cabo experiencias de aprendizaje similares que permiten a los niños incorporar hábitos saludables con originalidad e interés. En el proceso están mejorando sus dietas y aumentando su actividad física, adquiriendo autoestima y evitando conductas riesgosas, y participando activamente en programas comunitarios, como jornadas ecológicas o actividades de reciclaje.

El origen común de estos programas es la estrategia conocida como “Escuelas Saludables”, que se viene implementando en Colombia y el resto de la región desde finales de los años noventa. “La idea es promover salud y desarrollo en el contexto de la vida diaria de los niños, y eso por supuesto incluye a la escuela”, señala Josefa Ippólito-Shepherd, asesora regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en promoción de salud y educación para la salud. “El objetivo es que los mismos niños y niñas se conviertan en protagonistas de la búsqueda permanente de una vida más sana y mejor, no solamente para ellos sino también para sus familias y sus comunidades”.

Los primeros pasos

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud, lanzada por la OPS en 1995, se orienta a crear condiciones propicias para el aprendizaje y el mejoramiento de la calidad de vida de los niños, adolescentes y jóvenes, cuyos beneficios se prolongan al resto de la comunidad educativa: profesores, directivos y padres de familia. Dos años después del lanzamiento, el Ministerio de Salud colombiano respondió al llamado comprometiéndose a liderar su implementación a nivel nacional. Sin embargo, la iniciativa tenía una visión integral, en la cual debían comprometerse todos los sectores posibles a nivel regional y nacional.

Vino entonces un largo proceso de concertación entre el Ministerio de Salud y el de Educación Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la OPS. Tal alianza produjo, a princi-

pios de 1999, los lineamientos nacionales para el desarrollo de la estrategia.

Titulado “Escuela saludable, la alegría de vivir en paz”, el documento estandariza una serie de conceptos centrales y establece un plan operativo con responsabilidades sectoriales, además de una serie de indicadores para medir el progreso de la estrategia. También se propone como meta que en el plazo de seis o siete años, el 80% de los centros educativos y de las Secretarías de Salud municipales se incorporen.

Si bien en la práctica la estrategia adquiere diferentes formas en contextos diversos, en general promueve actividades en tres áreas: formación en habilidades para la vida, ambientes saludables y acogedores, y servicios de nutrición, salud y actividad física (ver recuadro).

La forma como se abordan estos temas varía de una escuela a otra, dependiendo de sus necesidades. Los pollos de La Esperanza, por ejemplo, eran una acción concreta que buscaba dar una lección práctica sobre salud sexual y reproductiva. Luz Marina Caicedo, coordinadora académica de la escuela, explica que a lo largo del año se realizan otras actividades con objetivos específicos. “Nosotros aquí manejamos el Día Mundial de la Salud, jornadas de limpieza, caminatas ecológicas, proyectos de manejo del tiempo libre y escuelas deportivas”.

Esas actividades sirven como complemento de otros esfuerzos a largo plazo, tales como incorporar temas de salud en los currículos y hacer inversiones en la infraestructura escolar, desde la instalación de agua potable y baterías sanitarias hasta la siembra de árboles.

Una de las ventajas de Escuelas Saludables es su flexibilidad. Ofrece lineamientos generales, realiza todas las asesorías técnicas que sean necesarias y abre la posibilidad de que se destinen recursos para ejecución, pero no obliga a nadie a hacer nada. Por el contrario, deja espacio a la participación, la creatividad y las iniciativas locales para abordar los problemas propios de cada comunidad.

Este criterio de autonomía ha permitido que la estrategia haya tomado rumbos distintos y originales según la

Ingredientes de una Escuela Promotora de la Salud

Aunque no hay una fórmula predeterminada para crear una Escuela Promotora de la Salud, sí hay una serie de principios claves que pueden orientar el proceso. Según la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud de la OPS, toda escuela saludable debe:

- Involucrar a todos —desde maestros, alumnos y familiares hasta líderes comunitarios y personal sanitario— en el proceso de toma de decisiones y en la ejecución y evaluación de las actividades.
- Ofrecer una educación integral en salud, que incluya la formación en habilidades para la vida con el fin de fortalecer hábitos saludables y factores protectores y a su vez reducir factores de riesgo.
- Proporcionar un ambiente seguro, agradable y saludable, que cuente con medidas de higiene y agua potable, un ambiente limpio del humo de cigarrillos y libre de drogas, violencia y abuso emocional o físico.
- Suministrar a los profesores los insumos y la capacitación adecuados.
- Facilitar el acceso a servicios de salud, consejería, nutrición y actividad física.
- Promover valores de respeto mutuo, igualdad de géneros y bienestar individual y colectivo.
- Trabajar en el mejoramiento de la salud de toda la comunidad.



Foto © Marcelo Riccardi Doria

▲ Una niña chequea su peso como parte de los esfuerzos de su escuela en promover estilos de vida sanos.

región. Por ejemplo, una de las primeras cosas que hicieron en Ubaté, municipio ubicado al noreste de Bogotá, fue dotar a las escuelas de espejos. Una simple medida que permite a los alumnos,



OPS

provenientes de remotas zonas rurales, mejorar su presentación e higiene personal. También se introdujeron clases para padres para que los hábitos saludables adquiridos en el colegio se fortalezcan en los hogares, y no al contrario.

Sumar esfuerzos

Para la realización de todas esas iniciativas hace falta dinero. En Colombia, el Ministerio de Salud asumió el sostenimiento económico de la estrategia en sus primeros años y sigue apoyándola con partidas presupuestales anuales a las regiones. Sin embargo, cada municipio puede o no invertir en la estrategia. No están obligados.

Tal característica puede dar la impresión de que Escuelas Saludables es una estrategia frágil, pero sus defensores sostienen que la realidad es otra. Mayden Cardona, su actual coordinadora nacional, explica que las regiones han reconocido sus bondades: “Escuelas Saludables ha tenido mucha acogida porque facilitó mucho el trabajo de promoción de salud y prevención de enfermedades con población escolarizada, con docentes y con padres de familia”.

En los casos en que las autoridades locales, por la necesidad de atender otras prioridades o simplemente por desinterés, no asignan recursos, los colegios recurren a otros modos de financiamiento. En La Esperanza, por ejemplo, han acudido a donaciones para

De la higiene a las habilidades para la vida

Hasta mediados de los años 90, los programas de salud de las escuelas en América Latina y el Caribe estaban dirigidos a mejorar la higiene y las condiciones sanitarias, prevenir las enfermedades transmisibles, tratar las afecciones y proporcionar seguimiento médico y revisiones periódicas.

“Los programas iniciales fueron importantes para la salud de los niños y las comunidades, pero no iban mucho más allá”, destaca Josefa Ippólito-Shepherd, asesora regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en promoción de salud y educación para la salud. La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud, lanzada por la OPS en 1995, supera significativamente el concepto tradicional de la salud escolar.

Un año después del lanzamiento de la iniciativa, 11 países se reunieron para conformar la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud durante un encuentro organizado por la OPS en San José, Costa Rica. En 2001, 14 países del Caribe lanzaron su propia red. Hoy todos los países de la región se han sumado a la iniciativa, lo

que significa la participación de decenas de miles de escuelas por todas las Américas.

La OPS ha seguido apoyando esos esfuerzos a través de cooperación técnica, enfocada a poner la estrategia en conocimiento de los responsables de formular políticas, creando alianzas entre diversos sectores, analizando y actualizando políticas y legislación, patrocinando encuentros regionales y capacitación y prestando asistencia en el desarrollo, implementación y evaluación.

El reto ahora, dice Ippólito-Shepherd, es lograr involucrar y obtener el compromiso del conjunto de la sociedad. “El éxito —explica Ippólito-Shepherd— dependerá en gran medida del nivel de compromiso de los países y de qué tan bien los diferentes sectores puedan desempeñar un papel de liderazgo. Necesitamos animar a los líderes comunitarios, a los responsables de formular políticas y a otras personas influyentes para que se conviertan en defensores de la iniciativa, así se puede incrementar la presencia de escuelas promotoras de la salud y movilizar el apoyo y los recursos públicos”.

conseguir cestos de la basura, rifas para comprar grabadoras, presentaciones de cine para adquirir material didáctico y, en ocasiones, los mismos docentes compran con su dinero las cosas que hagan falta. Tal fue el caso de los pollos.

Otro tanto han hecho en Ubaté, municipio cuyas escuelas saludables, ocho en total, esperan recibir recursos en el futuro cercano. Mientras tanto, la cooperación de la comunidad ha recompensado la demora. La Unidad Muni-

▲ Las escuelas promotoras de salud buscan crear ambientes saludables donde los niños pueden crecer y desarrollar tanto en lo físico como lo emocional e intelectual.

Iniciativas saludables

La estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud se ha concretado de diferentes formas en todos los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Algunos ejemplos:

- En Argentina destaca la labor de la provincia de Salta, que desde 1998 viene trabajando de manera intersectorial, con la capacitación de equipos multidisciplinarios y la creación de redes que vinculan a la personal de diferentes ministerios.
- En Bolivia se ha enfocado los esfuerzos hacia la educación en salud sexual y reproductiva con perspectiva de género.
- En Brasil se ha logrado el compromiso institucional con la promoción de salud. Destaca en particular el esfuerzo del municipio de Río de Janeiro, donde la población escolar se calcula en 757.000 alumnos, que viene implementando la estrategia desde el 2000.
- En Chile las escuelas saludables han generado programas de capacitación en alimentación y nutrición, salud oral, disminución del tabaquismo y aumento de la actividad física.
- Cuba, uno de los primeros países en adoptar la estrategia, tiene más de 2.000 escue-

las y 22 universidades implementando escuelas promotoras de salud.

- En México la promoción de salud se ha mantenido muy cercana a la sensibilización y capacitación en la preservación del medio ambiente.
- En Perú, regiones como Lima, Ayacucho y Cusco, con el programa Patios de Recreos Saludables han unido la promoción de salud y la recreación. De la misma forma, las instituciones educativas han incluido temas de salud en sus currículos a la vez que han fomentado la higiene personal, mejorado su infraestructura y capacitado a los docentes.
- En El Salvador se ha hecho especial énfasis en la alimentación escolar. En 2005 se beneficiaron de la estrategia más de 28.000 maestros y 750.000 estudiantes. Más de 360.000 recibieron refrigerios como complemento nutricional.
- En Venezuela, destaca el estado de Aragua que ha establecido una serie de estándares mínimos para la certificación como Escuela Promotora de la Salud. Se da especial importancia a la nutrición, salud oral y la capacitación de los docentes, entre otros aspectos.

cial de Asistencia Técnica Agropecuaria proporcionó árboles para las campañas ecológicas, el basurero municipal programó visitas didácticas sobre reciclaje y un médico local ofreció su trabajo voluntario para realizar las valoraciones médicas de los alumnos.

Patricia Segurado, asesora en salud ambiental en la oficina de la OPS en Colombia, destaca que Escuelas Saludables considera que los propios niños son actores clave en su realización. “Los niños pueden aglutinar a las comunidades para contribuir a su desarrollo. Y ese trabajo conjunto de comunidades e instituciones redundará en una sociedad mejor”.

Ippólito-Shepherd agrega: “Es obvio que la fuerza impulsora a nivel local son las personas comprometidas con la idea de construir escuelas saludables, pero para ampliar el alcance del programa también es importante contar con liderazgo a nivel nacional y con recursos humanos y financieros”.

La experiencia de Colombia corrobora ambos conceptos. Hacia el 2002, los cálculos del Ministerio de Salud indicaban que 1.248 escuelas del país habían adoptado la estrategia. No obstante, ese año hubo en Colombia una gran reestructuración de las entidades del Estado que incluyó la desaparición de algunos ministerios, el rediseño de otros y una nueva distribución de funciones para todos, proceso que no se completaría hasta el año siguiente.

“Ese fue un año quieto para la estrategia –dice Cardona– sobre todo porque no se definió claramente quién tendría a cargo la ejecución”. Una de las implicaciones más importantes que esto tuvo fue que, junto a la ausencia de coordinación, se perdió cualquier seguimiento.

En 2003, Cardona fue nombrada responsable de coordinar la estrategia a nivel nacional y comenzó a reanudar los contactos con las regiones para evaluar el estado del programa. En ese proceso se encontró, no sin sorpresa, con que el número de escuelas que aplicaban la estrategia no había variado mucho, que las entidades territoriales seguían asignando recursos y que, en términos generales, la estrategia había caminado por sí misma durante todo ese tiempo.

Desde su oficina en el nuevo Ministerio de la Protección Social, Cardona también restableció los contactos con los antiguos socios de la estrategia. De





esta forma se reactivó el Comité Técnico Nacional, con la novedad de que se incorporaron nuevos miembros al esfuerzo: el Ministerio de la Protección Social; el Ministerio de Educación Nacional, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; el Servicio Nacional de Aprendizaje, la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, entre otros.

A partir de esas nuevas adhesiones, la estrategia comenzó a tomar un rumbo nuevo e interesante. Por aquellos días, la OPS se encontraba promoviendo en la región una estrategia de viviendas saludables en el marco de la estrategia de Atención Primaria Ambiental. Entonces les pareció que articular ambas estrategias en un solo contexto de entornos saludables era la mejor manera de ponerlas en funcionamiento. El documento que describe los nuevos lineamientos ya se encuentra prácticamente listo y está en proceso de ser firmado por todos los ministerios y entidades involucrados.

Experiencias positivas

Cuando los nuevos lineamientos se encuentren en las manos de los coordinadores regionales y de las escuelas, antes de mediados de 2007, también se conocerán los resultados de la primera evaluación oficial de la estrategia. Los resultados parciales recogidos hasta el momento hacen suponer que el balance



será positivo. En mayor o menor medida, la estrategia está presente en los 31 departamentos del país y en el Distrito Capital. Entre los nueve departamentos evaluados hasta ahora, suman casi 2.000 escuelas saludables, lo cual permite estimar que en el país hay 500.000 alumnos beneficiados con el programa.

Más allá de las cifras, muchas veces lo que cuenta son las experiencias positivas que ha dejado este proceso. Tal como señala Caicedo, “La participación de los papás ha aumentado y hemos visto también que los muchachos empiezan a valorar su entorno y a involucrarse en los proyectos. De hecho tenemos chicos que no hay forma de sacarlos del colegio, y nos toca decirles ‘váyense a la casa’, porque no se quieren ir”.

Hay historias parecidas en otras instituciones. Nubia Carrasco, operativa de la estrategia en Ubaté, destaca que gracias a los seguimientos médicos han po-

dido remitir a especialistas a chicos que tenían enfermedades graves, han detectado casos de maltrato y han visto notables cambios en cosas tan sencillas como la presentación y la higiene personal.

En cuanto a los pollos de La Mesa, bueno, algunos de ellos no soportaron la prueba y otros terminaron sus días en el almuerzo de un paseo escolar. Alejandro Ortega, uno de los chicos involucrados en el proyecto, vendió el suyo y con el resultado de la venta se compró más pollos. La suerte del animalito de Johana Cortés es un poco más incierta.

“Mi pollo lo tiene mi papá”, dice Johana. “Él se lo quiere comer, pero yo creo que está vivo”.

Marcelo Riccardi Doria, periodista colombiano, reside en Bogotá.

▲ Los alumnos de las escuelas promotoras de salud pueden convertirse en agentes propios de cambio, ayudando a crear familias, comunidades y sociedades más sanas.

Competir no es siempre saludable

por Ruth Levine

La defensa de la salud mundial tiene un extraño matiz competitivo. Quienes abogan por intervenciones para salvar vidas suelen hacerlo citando cifras de “vidas salvadas” o de “enfermedades evitadas”, como si se tratase del marcador de un partido de fútbol.

Con más dinero para inmunizaciones se salvarán 3 millones de vidas de niños al año; más fondos para las enfermedades diarreicas salvarán a otros 2 millones; el sida cobra 3 millones de vidas al año y la tuberculosis otras 2 millones, aducen. Las “nuevas causas” rara vez son bienvenidas en un entorno ya atestado de mandatos para comprar medicinas, capacitar a un mayor número de trabajadores de salud y, en definitiva, gastar más dinero. De allí que quienes desean promover nuevas prioridades y obtener la atención y los recursos que creen necesarios están obligados a emplear los mismos criterios de importancia y urgencia, como el número de muertes o alguna medida de la carga de enfermedad.

Tal ha sido el caso desde mediados de la década de los noventa, cuando una publicación del Banco Mundial (*Invertir en salud, Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993*) introdujo el concepto de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), una medida que combina años de pérdida potencial de vida debido a muerte

prematura con años de vida productiva perdidos por discapacidad. Muchos planificadores de salud realizaron una lectura ingenua de cómo debía aplicarse este concepto en la asignación de recursos: mientras más alta la cifra de AVAD, haría falta más dinero. Aquellos que antes se habían focalizado en poblaciones específicas (por ejemplo, los niños o las mujeres en edad reproductiva) o en tipos de prestaciones (como la atención primaria de salud) aprendieron rápidamente los nuevos códigos de fijación de prioridades, valiéndose de los AVAD para justificar el gasto en los más diversos tipos de servicios, desde inmunizaciones hasta mosquiteros.

Es cierto que la medida AVAD hizo una contribución importante a la planificación y la formulación de políticas. Al ir más allá de la mortalidad como la única medida de impacto en la salud, aportó una perspectiva más equilibrada a la carga de las enfermedades crónicas y no mortales. Mejor aún, vinculó la asignación de recursos de manera más directa con el impacto en la salud, alejándola de estadísticas dudosas de recursos de los sistemas de salud, tales como proporciones arbitrarias de puestos de salud o de médicos por habitante.

Sin embargo, las aplicaciones de la medida AVAD suelen tener imperfecciones lógicas que dan lugar a equivocaciones graves. La medida se refiere a la carga de una enfermedad determinada en una población, pero no dice nada sobre la dificultad o el costo de encarar el problema. Sin información complementaria sobre el costo-eficacia, es muy poca la orientación que ofrece para que se logre el rendimiento máximo por cada dólar invertido. Y al pasar por alto los beneficios sociales más amplios de atender problemas particulares de salud, la medida aporta muy poco a la hora de distinguir lo que debe ser financiado por los gobiernos de lo que conviene dejar a

cargo de los individuos y sus familias. El uso ingenuo de los AVAD puede desplazar las prioridades hacia problemas de salud que actualmente cobran más vidas, pero entorpece los esfuerzos por sostener logros pasados o prepararse para amenazas futuras difíciles de cuantificar, como la pandemia de gripe.

Cuando la medida de la prioridad es la carga de enfermedad y el objetivo es obtener el puntaje de AVAD más alto para conservar o ampliar un presupuesto, hay consecuencias no buscadas ni deseadas. Uno de los resultados puede ser la fragmentación tanto del financiamiento como de la prestación de servicios. El financiamiento se asigna al personal y a

En la búsqueda por atención y recursos, los defensores de la salud muchas veces promueven una causa sobre otra, a costo de las necesidades básicas de los sistemas de salud.

establecimientos de salud especiales, o a medicamentos o intervenciones determinadas, lo que suele tener un impacto negativo en el funcionamiento general de un sistema que necesita dar respuesta a una población heterogénea. La gerencia de la atención de salud se distrae con cada prioridad nueva y llamativa, desaprovechando oportunidades de atender conjuntamente numerosos problemas de salud.

Un claro ejemplo de esta realidad lo constituye la lucha contra el VIH. La gravedad de esta pandemia crea una urgencia para abordarla con iniciativas especiales. Sin embargo, cuando los fondos para la prevención y el tratamiento del VIH se utilizan de manera muy específica, pueden socavarse los servicios destinados a otros problemas graves de salud o a poblaciones que no están afectadas directamente por el VIH. En los últimos años, a medida que el financiamiento para los programas de VIH ha aumentado drásticamente también lo ha hecho la preocupación de que los profesionales de salud se están alejando de la atención de rutina para trabajar en programas de VIH, con su alto perfil y mejores sueldos, y de que están surgiendo sistemas paralelos de gestión de la cadena de suministros, de vigilancia y de contabilidad que ignoran los ya existentes. La dimensión del impacto de este tipo de presión sobre otros problemas de salud pocas veces es tomada en cuenta debidamente en el diseño de los programas específicos por enfermedad.

No todos los programas específicos por enfermedad o intervención tienen los mismos efectos, y la variación puede ser instructiva. Por ejemplo, durante la eliminación de la poliomielitis de las Américas, un ambicioso esfuerzo que estaba centrado nominalmente en un problema particular de salud (la poliomielitis) y en una intervención (la administración masiva de la vacuna oral) sirvió para fortalecer los sistemas de salud pública de la región en diversas áreas, entre ellas la administración de la logística del programa de inmunización y la vigilancia. No hay dudas de que todos los recursos adicionales que se generen —sean de fuentes internacionales o nacionales— en respuesta a una amenaza particular tienen el potencial de aportar mayores beneficios para el funcionamiento de todos los sistemas de salud, incluidos componentes públicos y privados. Por ese motivo los defensores de los programas para el VIH deberían ver con agrado la renovada atención a la gripe pandémica, por ejemplo.

Cada vez más la comunidad mundial de la salud está abrazando el desafío de usar dólares “verticales” (es decir, espe-

cíficos por enfermedad) para apoyar la capacidad sistémica horizontal. Algunas iniciativas de alto perfil dirigidas hacia determinadas enfermedades —entre otras, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, así como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización— han invitado a los países beneficiarios a que utilicen esos recursos para el “fortalecimiento del sistema de salud”, aunque hasta la fecha no esté del todo claro cómo hacerlo.

Es esencial abordar directamente el debate vertical-horizontal. Los defensores de la causa, los formuladores de políticas y los gerentes de programas deberían respetar los siguientes puntos para garantizar que toda movilización de recursos para la salud pública —cualquiera sea la causa— favorezca también el fortalecimiento del conjunto de sistemas de salud de los países:

Atender las debilidades subyacentes del sistema. Efectuar un diagnóstico de las brechas existentes en la capacidad de un país para realizar las funciones esenciales de salud pública tales como vigilancia de las enfermedades, educación sanitaria, monitoreo y evaluación, capacitación de la fuerza laboral, cumplimiento de las leyes y reglamentos de salud pública, investigación y formulación de políticas de salud. Es necesario reconocer que las deficiencias claves de estas funciones — a menudo atribuibles a un conjunto inadecuado de incentivos en el financiamiento y la administración del sector salud— deben ser superadas para responder a cualquier posible problema grave de salud que merezca la atención de las políticas públicas, tanto a nivel nacional como internacional.

Invertir en las mejoras del sistema. Utilizar recursos nuevos para fortalecer y construir sobre los sistemas existentes, incluidos los de información y monitoreo, cadenas de suministro y prestación de servicios. Diseñar todo nuevo programa dentro de un marco de largo plazo para fortalecer la capacidad del sistema de salud, incluyendo también planes operacionales a corto y mediano plazo. En el largo plazo se pueden introducir programas administrados desde el nivel central —algunas intervenciones de salud pública se organizan mejor de

esta manera— pero siempre cuidando que contribuyan al desarrollo conjunto de las funciones esenciales de salud pública, y que no funcionen de forma paralela ni prevean sólo beneficios específicos de corto plazo.

Medir tanto los logros operacionales como el impacto en la salud. Se refiere tanto a vigilar los cambios en la capacidad de un país para realizar las funciones esenciales de salud pública —como lo exige toda buena administración de programas— como a medir también los cambios en las condiciones de salud. Esto debe hacerse por medio de la vigilancia habitual del estado de salud de la población, como parte de los sistemas de información establecidos, y también a través de evaluaciones rigurosas del impacto de programas particulares.

Declarar una tregua entre la defensa de la importancia de una enfermedad frente a la de otra. Movilizar los recursos utilizando todos los argumentos válidos, tales como los impactos actuales y potenciales en la salud, imperativos éticos y costos para el sistema de salud, productividad laboral y otras consecuencias económicas. En algunos casos, el enfoque más eficaz podría ser promover la causa de una enfermedad específica, pero siempre y cuando vaya acompañado de argumentos poderosos contra la asignación de fondos de manera tan estrecha que los objetivos más amplios que abarcan todo el sistema de salud no puedan atenderse.

Ninguna de estas tareas es fácil. Exigen un esfuerzo sostenido y focalizado en el nivel político, administrativo y técnico. No obstante, en vista del éxito de la década pasada en lograr una mayor visibilidad y apoyo financiero para la salud en los países en desarrollo, los defensores de la salud pública mundial deben hacer frente al reto de gastar bien sus recursos, no sólo para una enfermedad sino para muchas generaciones.

Ruth Levine (rlevine@cgdev.org) es asociada principal y directora de programas del Centro para el Desarrollo Mundial (www.cgdev.org), en Washington, D.C.



HAZTElaPRUEBA



HAZTElaPRUEBA
 FAÇA o TEST
 TAKE the TEST
 CONOCE u STATUS
 SAABIA u STATUS
 PRENEZ le TEST
 ¡Ya lo Sé!
 AGORA sé!
 I know it!
 KNOW your STATUS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Foto © Steve Uzzell

Niños venezolanos de la zona del Lago de Maracaibo tienen alto riesgo de la enfermedad de Huntington, desorden neurológico hereditario que afecta a una proporción alta de la población del área (véase pag. 25). Se cree que todos los habitantes que tienen esta enfermedad son descendientes de una mujer que inmigró a la zona en el siglo XIX y pasó el gene responsable a generaciones subsiguientes. Las investigaciones sobre estos habitantes condujeron al descubrimiento del gene que causa la enfermedad y siguen contribuyendo a la búsqueda de tratamientos y una curación.