

JUNIO 1995

EL CORREO DE LA UNESCO



SIDA

estado de emergencia



M 1205 - 9506 - 22.00 F



ENTREVISTA A NICOLAE BREBAN

PATRIMONIO: SUSAN, LA PERLA DEL SAHEL TUNECINO

BELGIQUE: 160 FB. CANADA: 5,75 \$. CÔTE D'IVOIRE: 1540 CFA. CAMEROUN: 1760 CFA. GABON: 1760 CFA. MAROC: 32 DH. LUXEMBOURG: 158 FLUX. SUISSE: 6,50 FS. PORTUGAL (CONT.): 700 ESC.

Amigos lectores, para esta sección CONFLUENCIAS, enviémos una fotografía o una reproducción de una pintura, una escultura o un conjunto arquitectónico que representen a sus ojos un cruzamiento o mestizaje creador entre varias culturas, o bien dos obras de distinto origen cultural en las que perciban un parecido o una relación sorprendente. Remítannoslas junto con un comentario de dos o tres líneas firmado. Cada mes publicaremos en una página entera una de esas contribuciones enviadas por los lectores.

El hipogrifo del sida

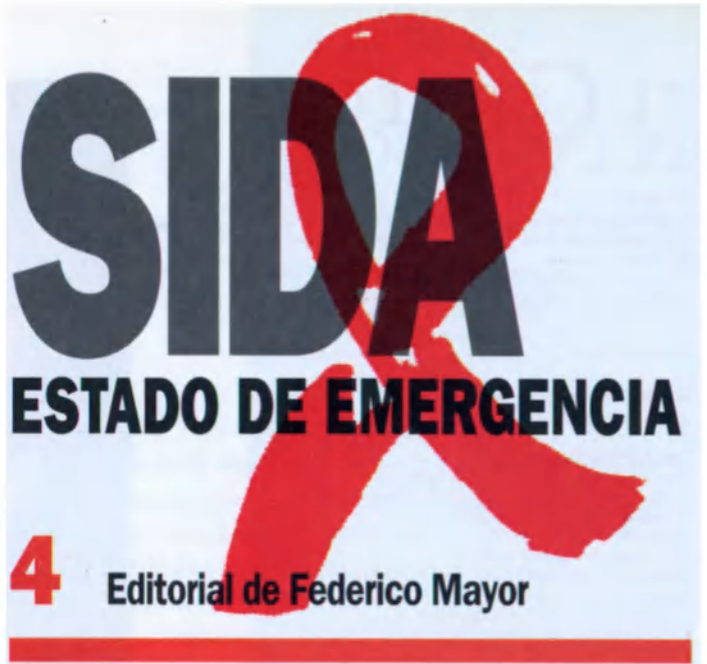
1989, escultura
(35 x 30 x 25 cm)
de Sigismond de Vajay

«En mis esculturas, escribe este joven artista suizo, trato de expresar mi solidaridad con los sufrimientos del mundo. Las modelo en caliente y a menudo he dejado en ellas mi propia piel.» Al crear este animal fabuloso con cubiertos de plástico fundidos a fuego vivo el escultor tuvo muy presente el toro del *Guernica* de Picasso. «Las guerras de este siglo, agrega, hacían estragos en el Este y el Oeste. Los flagelos del postcolonialismo, del sida, de la droga irrumpen ahora en dirección Norte-Sur... ¿Lograremos vencerlos?»





Nuestra portada:
Imagen del virus del sida
realizada con computadora.
A la derecha, la cinta roja,
símbolo internacional de la
lucha contra el sida.



49 Entrevista a Nicolae Breban

40 MEMORIA DEL MUNDO
Susa, la perla del Sahel tunecino
por Moncef Ghachem

43 AREA VERDE
Turquía: ¿Cómo proteger la diversidad?
por France Bequette

47 NOTAS MUSICALES
Contrapunto de blancas y negras
por Isabelle Leymarie

6 **Del VIH al sida**
por Robin Weiss

9 **El estado de la investigación**
por Luc Montagnier

10 **¿Cómo reaccionar frente a la epidemia?**
por Michael Merson

14 **Magreb: las mujeres ante la infección**
por Hakima Himmich y Latifa Imane

17 **Zimbabwe: una etiología social**
por Mary Bassett

20 **India: "Si se actúa a tiempo"**
por Ishwar Satyanarayan Gilada

22 **Europa: el dilema político**
por Rita Süßmuth

26 **Nuevas pistas terapéuticas**
por Jean-Marie Andrieu

27 **Salud y derechos humanos**
por Jonathan Mann

32 **Perspectivas de una vacuna antisida**
por Marc Girard

35 **Miradas diferentes**
por Marie-Thérèse Bocabelle

38 Para saber más

Consultores: Caroline Eysel y Ralf Altmeyer

Año XLVIII

Revista mensual publicada en 30 Idiomas y en braille por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

31, rue François Bonvin, 75732 Paris Cedex 15, Francia.
Teléfono: para comunicarse directamente con las personas que figuran a continuación marque el 4568 segundo de las cifras que aparecen entre paréntesis junto a su nombre.
FAX: 45.66.92.70

Director: Bahgat Elnadi
Jefe de redacción: Adel Rifaat

REDACCIÓN EN LA SEDE

Secretaría de redacción: Gilian Whitcomb
Español: Miguel Labarca, Araceli Ortiz de Urbina
Francés: Alain Lévêque, Neda El Khazen
Inglés: Roy Malkin
Secciones: Jasmina Sopova
Unidad artística, fabricación: Georges Servat
Ilustración: Anane Bailey (46.90)
Documentación: José Banaag (46.85)
Relaciones con las ediciones fuera de la sede y prensa: Solange Belin (46.87)
Secretaría de dirección: Annie Brachet (47.15),
Asistente administrativo: Theresa Pinck
Ediciones en braille (francés, inglés, español y coreano): Mouna Chatta (47.14).

EDICIONES FUERA LA SEDE

Ruso: Irina Outkina (Moscú)
Alemán: Dominique Anderes (Berna)
Arabe: El-Said Mahmoud El Sheniti (El Cairo)
Italiano: Mario Guidotti (Roma)
Hindi: Ganga Prasad Vimal (Delhi)
Tamul: M. Mohammed Mustapha (Madrás)
Persa: Akbar Zargar (Teherán)
Neerlandés: Claude Montrieux (Amberes)
Portugués: Benedicto Silva (Rio de Janeiro)
Urdú: Javaid Iqbal Syed (Islamabad)
Catalán: Joan Carreras i Martí (Barcelona)
Malayo: Sidin Ahmad Ishak (Kuala Lumpur)
Coreano: Kang Woo-hyon (Seúl)
Swahili: Leonard J. Shuma (Dares-Salaam)
Esloveno: Aleksandra Kornhauser (Liubliana)
Chino: Shen Guofen (Beijing)
Búlgaro: Dragomir Petrov (Sofía)
Griego: Sophie Costopoulos (Atenas)
Cingalés: Neville Piyadigama (Colombo)
Finés: Katri Himma (Helsinki)
Vascuence: Juxto Egaña (Donostia)
Tal: Sudhasinee Vajrabul (Bangkok)
Vietnamita: Do Phuong (Hanoi)
Pashu: Nazer Mohammad (Kabul)
Hausa: Habib Alhassan (Sokoto)
Ucraniano: Volodymyr Vasiluk (Kiev)
Gallego: Xavier Senín Fernández (Santiago de Compostela)

PROMOCIÓN Y VENTAS

Telecopia: 45.68.45.89
Suscripciones: Marie-Thérèse Hardy (45.65), Jacqueline Louise-Julie, Manichan Ngonekeo, Michel Ravassard, Mohamed Salah El Din (49.19)
Relaciones con los agentes y los suscriptores: Ginette Motreff (45.64)
Contabilidad: (45.65)
Depósito: Daniel Meister (47.50)

SUSCRIPCIONES.

Tél.: 45.68.45.65
1 año: 211 francos franceses. 2 años: 396 francos.
Para estudiantes: 1 año: 132 francos
Para los países en desarrollo:
1 año: 132 francos franceses. 2 años: 211 francos.
Reproducción en microficha (1 año): 113 francos.
Tapas para 12 números: 72 francos.
Pago por cheque (salvo eurocheque), CCP o giro a la orden de la Unesco y también con tarjeta Visa, Eurocard y Mastercard.

Los artículos y fotografías que no llevan el signo © (copyright) pueden reproducirse siempre que se haga constar "De El Correo de la Unesco", el número del que han sido tomados y el nombre del autor. Deberán enviarse a El Correo tres ejemplares de la revista o periódico que los publique. Las fotografías reproducibles serán facilitadas por la Redacción a quien las solicite por escrito. Los artículos firmados no expresan forzosamente la opinión de la Unesco ni de la Redacción de la revista. En cambio, los títulos y los pies de fotos son de la incumbencia exclusiva de ésta. Por último, los límites que figuran en los mapas que se publican ocasionalmente no entrañan reconocimiento oficial alguno por parte de las Naciones Unidas ni de la Unesco.

IMPRIMÉ EN FRANCE (Printed in France)

DÉPOT LÉGAL: C1 - MAI 1995

COMMISSION PARITAIRE N° 71843 - DIFFUSÉ PAR LES N.M.P.P.

Fotocomposición, fotograbado: El Correo de la Unesco.

Impresión: MAURY-Imprimeur S.A.,
route d'Etampes, 43330 Malesherbes

ISSN 0304-310X

N°6-1995-0PI-95-538 S



El virus de la inmunodeficiencia humana afecta a niños y adultos, ricos y pobres, negros y blancos, en el Norte como en el Sur. Al igual que la contaminación ambiental, no conoce fronteras. Es un peligro para todos nosotros, y ningún país, por rico que sea en recursos científicos y en medios institucionales, puede enfrentarlo solo. La humanidad debe unirse para vencerlo.

Son numerosos los que luchan ya contra la enfermedad, dentro del sistema de las Naciones Unidas o en equipos nacionales, como una actividad profesional o voluntaria, o en el seno de asociaciones o de movimientos locales. Gracias a todos esos esfuerzos se han logrado progresos considerables en muchos frentes —investigación, atención médica y prevención.

Pero esos progresos son insuficientes. Por sus graves consecuencias humanas y su impacto en la vida económica y social, el flagelo del sida ha adquirido una dimensión cuya complejidad aun no se entiende del todo. Al acentuar las enormes diferencias que existen entre los países, compromete los esfuerzos de desarrollo de los más desfavorecidos. Al actuar como revelador, hace más patentes los efectos nocivos de la ignorancia y de la miseria y las desigualdades flagrantes de nuestro mundo frente a la salud, la información y la educación.

Teniendo en cuenta las características de esta pandemia, la gravedad de los problemas que plantea y la necesidad de coordinar mejor las acciones realizadas a escala internacional, las Naciones Unidas han decidido lanzar un programa conjunto contra el sida. La Unesco desempeñará en ese programa el papel que le corresponde junto a la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Informar y modificar los comportamientos

En ese aspecto la Unesco tiene una vasta experiencia que se puede aprovechar, especialmente en materia de información y de educación preventiva, y también para modificar los com-

de Federico Mayor

Sida: estado de emergencia

portamientos respecto del sida, tanto como enfermedad que como fenómeno social.

Una campaña de información y de comunicación sólo es eficaz si está adaptada al terreno sociocultural en que se desarrolla; la UNESCO pondrá a disposición de los demás participantes el fruto de sus investigaciones sobre ese factor omnipresente e imponderable que es la especificidad cultural.

También seguirá prestando ayuda a la investigación, a través de sus diversas redes de biología molecular y celular y de microbiología, y con la cooperación de la Fundación Mundial de Investigación y Prevención del Sida que el profesor Luc Montagnier y yo fundamos a comienzos de 1993. Nuestra primera inquietud es impulsar el intercambio de información y la cooperación entre investigadores de todas las disciplinas involucradas, así como impulsar la participación de especialistas de los países más duramente afectados, en particular los especialistas africanos.

La misión de la UNESCO consiste también, y tal vez sobre todo, en prevenir y combatir, en estrecho acuerdo con las comunidades interesadas, toda medida —incluso legislativa— dirigida a la exclusión de los enfermos o seropositivos, o atentatoria contra sus derechos fundamentales o su dignidad. Y ello en nombre del ideal de “solidaridad intelectual y moral de la humanidad”.

Una movilización internacional

El sida, que no es un fenómeno circunscrito geográficamente ni un problema exclusivamente médico, pone de manifiesto la interdependencia de nuestros destinos a escala mundial así como la necesidad de una estrategia interdisciplinaria concertada. Por consiguiente, la movilización internacional indispensable a tal efecto no puede limitarse a la acción del sistema de las Naciones Unidas.

Tiene que contar con el

El gran tenor italiano Luciano Pavarotti (en el centro) ofrece su apoyo a la Fundación Mundial de Investigación y Prevención del Sida creada en 1993 por el profesor Luc Montagnier, del Instituto Pasteur (a la izquierda), y Federico Mayor, Director General de la Unesco (a la derecha).



apoyo de los Estados y los dirigentes políticos, pues de lo que se trata es de racionalizar los esfuerzos y los medios que es necesario emplear. Dentro de cada país, los responsables de la salud, pero también de la economía, las finanzas y la educación han de desempeñar un papel decisivo en la lucha contra el flagelo: deben favorecer una acción preventiva concreta e integrar ese combate, en todos sus aspectos, en sus políticas y proyectos de desarrollo.

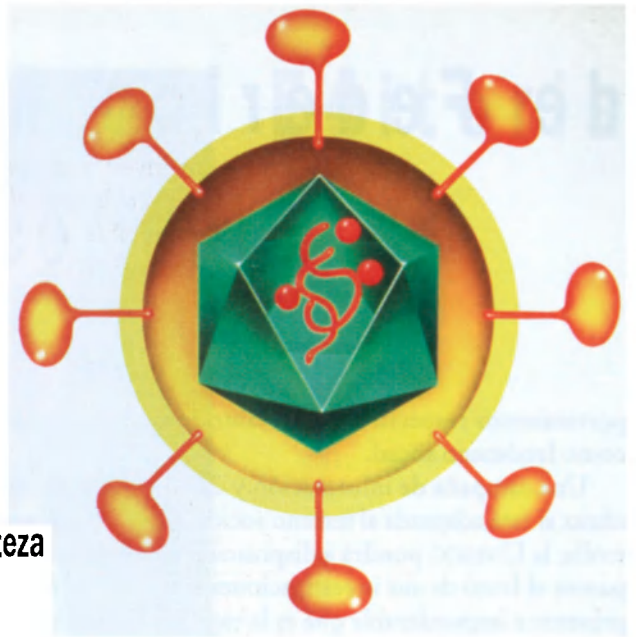
Los medios de que disponemos para luchar contra esta amenaza colectiva son limitados, sobre todo si se los compara con los medios de todo tipo invertidos en la defensa nacional. Contamos con presupuestos que permiten pagar el precio de la guerra, pero no hemos previsto el precio de la lucha contra el sida, el paludismo, la contaminación o la ignorancia, es decir el precio de la paz. Es preciso acelerar la transición de la vieja cultura de guerra a una nueva cultura de paz.

Por último, la acción internacional tendría pocas posibilidades de prosperar si no contara con el apoyo de cada individuo en el seno de la sociedad civil: organizaciones no gubernamentales, fundaciones, asociaciones, sector privado. Sólo la solidaridad en su sentido más genuino —la que une estrechamente a los representantes de una misma especie frente a un enemigo común— nos permitirá superar, gracias a la alianza de la ciencia con la sabiduría, la epidemia médica, pero también la ofensiva social, cultural, política y ética que el sida ha desencadenado contra la humanidad. ■

Del VIH al sida

por Robin Weiss

¿El virus de la inmunodeficiencia humana es un producto de la guerra bacteriológica, el resultado desafortunado de manipulaciones genéticas o la consecuencia de cultivos microbiológicos en células de monos? ¿Es con absoluta certeza la causa del sida?



El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un virus nuevo en la historia de la patología. Se subdivide en dos tipos: el VIH-1 y el VIH-2; éste último, presente sobre todo en Africa occidental, se extiende con suma rapidez por algunos países asiáticos, como la India.

El análisis de las muestras de sangre almacenadas revela que las primeras infecciones accidentales de seres humanos por el VIH se produjeron hace unos treinta y cinco años, pero no cobraron carácter de epidemia hasta finales de los años setenta y el sida no fue reconocido como enfermedad específica hasta 1981.

El VIH es un virus de reciente aparición, pero no será fácil librarse de él, pues se trata en realidad de un retrovirus, capaz de introducir sus genes en el material genético de nuestros cromosomas. De este modo puede provocar toda una serie de infecciones persistentes, lo que significa que no hay ninguna posibilidad de erradicarlo, como la Organización Mundial de la Salud consiguió hacer en 1977 con la viruela y podría hacer con la poliomielitis antes de que acabe este siglo.

Ante una catástrofe de tales proporciones, surge la tentación de buscar culpables, y hay quienes no han vacilado en hablar de “conspiración”. Según ellos, el VIH es un producto de la guerra bacteriológica, el resultado incontrolado de manipulaciones genéticas o incluso de cultivos microbiológicos de vacuna antipolio en células renales de monos. Pero ninguna de estas “explicaciones” es seria, y las causas de la situación actual son seguramente mucho más prosaicas.

El VIH-1 está emparentado con un virus que afecta a algunos chimpancés, y el VIH-2 tiene una relación aun más estrecha con un virus que se observa habitualmente en los monos mangabeys de Africa occidental. Así pues, es probable que el VIH haya sido transmitido en un principio por estos animales al hombre (fenómeno que se conoce con el nombre de zoonosis), aunque hoy día es directamente transmisible ente los seres humanos.

Aparición del sida

La infección por el VIH-1 suele ser mortal, pero entre las personas infectadas por el VIH-2, unas contraen el sida y otras no. El VIH-1 mata proporcionalmente a muchos más individuos en cuyo organismo penetra que la viruela antes de que se inventara la vacuna, pero el período de incubación dura años en vez de días. Durante esos años de aparente buena salud, el individuo seropositivo puede contagiar a otros de tres maneras: por contacto sexual, por vía sanguínea o por transmisión de la madre al feto. Por término medio, el periodo de incubación en los países occidentales es de nueve años, aunque algunos enfermos sucumben mucho antes y otros han sobrevivido a la infección más de quince años. En los países en desarrollo la aparición de la enfermedad puede producirse dos o tres años antes. Durante todo el periodo de incubación el VIH es activo, en particular en las glándulas linfáticas, pero las formas más severas de la infección tardan en manifestarse, porque el

organismo tiene defensas considerables que la infección va agotando lentamente.

Algunos investigadores creían al principio que el VIH no era la causa del sida y que éste era más bien imputable a ciertos modos de vida, sobre todo la toxicomanía. En la actualidad no cabe ya la menor duda: el sida está siempre asociado con la seropositividad, y no se conoce un solo caso de persona seronegativa que haya contraído la enfermedad, si bien existen algunos síndromes raros de inmunodeficiencia hereditaria o adquirida que pueden prestarse a confusión.

El único elemento común en relación con el sida entre los jóvenes africanos, las prostitutas adolescentes del sudeste asiático, los homosexuales norteamericanos, los hemofílicos europeos o japoneses y los toxicómanos latinoamericanos es la presencia del VIH. Los niños nacidos de madre infectada están condenados a morir del sida únicamente si son seropositivos.

Así pues, el VIH es causa necesaria y suficiente del sida. Ahora bien, la evolución de la enfermedad en cada individuo infectado depende de muchos cofactores, entre ellos el patrimonio genético, la edad (que reduce la resistencia a la infección), la alimentación y el estilo de vida (toxicomanía, presencia de otras infecciones).

Cómo se produce el sida

Cabe distinguir en el sida cuatro grandes manifestaciones patológicas:

a) **La deficiencia inmunitaria:** El VIH ataca a las células del sistema inmunitario, en particular a ciertos glóbulos blancos (los linfocitos) y a unas células de los tejidos llamadas macrófagos. Infecta estas células utilizando como vía de acceso las moléculas CD4, que cumplen una función esencial en la actividad de los linfocitos que fabrican anticuerpos o eliminan las células infectadas. Si el número de moléculas CD4 presentes en la sangre

y en los tejidos es insuficiente, todo el sistema de defensa del organismo se altera y los riesgos de infección se multiplican. Por esta razón la mayoría de los enfermos de sida mueren de infecciones aparentemente benignas y no a causa del VIH directamente, ya que el virus ha provocado una destrucción masiva de las células CD4 y ha anulado la resistencia a los microbios. Estas infecciones, llamadas oportunistas, son imputables a gérmenes patógenos muy conocidos, como el bacilo de la tuberculosis, causa de infecciones mucho más rápidas y graves en los enfermos de sida que en los individuos seronegativos, y también a otros microbios habitualmente inofensivos, como el *Pneumocystis carinii*, que provoca una neumonía mortal en los enfermos de sida.

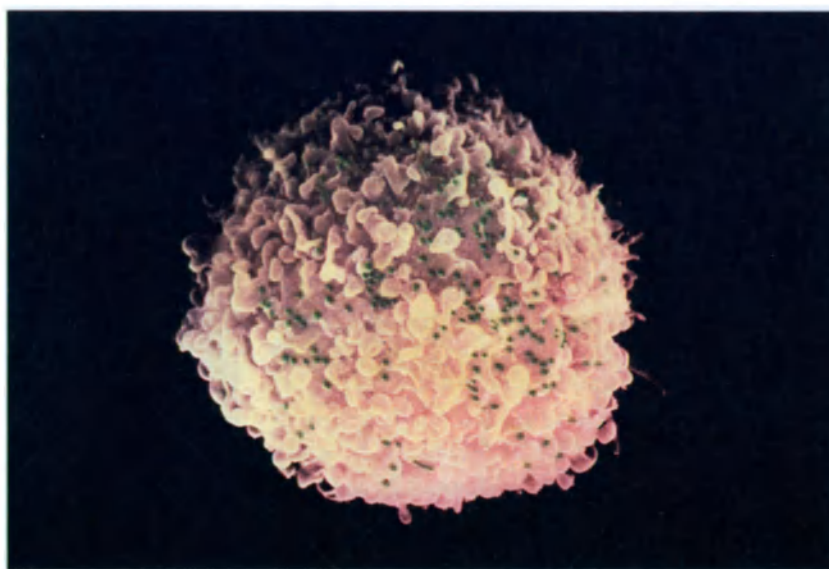
b) **Los tumores:** Las formas de cáncer más comúnmente asociadas al sida son el linfoma y el sarcoma de Kaposi, tumores que aparecen también en otros pacientes con deficiencia inmunitaria que puede haber sido inducida deliberadamente, por ejemplo para evitar el rechazo de un órgano transplantado. Estos tumores son probablemente de origen viral y cabe considerarlos como cánceres oportunistas, ya que no podrían desarrollarse con un sistema inmunitario sano.

c) **El enflaquecimiento:** Cuando el sida empezó a propagarse en Africa, se lo llamaba comúnmente "la enfermedad del enflaquecimiento", debido al aspecto esquelético de los enfermos. La

*"Mi estado de ánimo oscila entre la angustia y la serenidad. A veces ello ha aumentado mi combatividad. Trato de persuadirme de que cuando los tratamientos sean eficaces, lograré salir airoso de este trance."**

Página de la izquierda, estructura esquemática del virus del sida. El nucleolide interno (o "corpúsculo central", en verde) contiene dos copias idénticas del material genético constituido de ácido ribonucleico (ARN, en rojo). Está rodeado de una envoltura lipóide recubierta de nudos o espículas de unión (en anaranjado), cuya punta externa está formada por una glucoproteína, la gp120. Esta posee una afinidad particular con la molécula CD4 en la superficie de un tipo de glóbulos blancos, los linfocitos T4. Permite al virus reconocer su blanco y fijarse en él a fin de introducir su código genético.

Microfotografía con colores falsos de un linfocito T infectado por el virus del sida. El linfocito está erizado de protuberancias irregulares (coloreadas en verde) que presentan el proceso de gemación de partículas virales prontas a separarse de la membrana celular. Esta reproducción intensa del virus determina la destrucción de la célula receptora. La disminución del número de linfocitos T y su alteración funcional por el virus provocan el debilitamiento del sistema inmunitario y la aparición de síntomas de sida.



* Todos los testimonios reproducidos en este número han sido tomados de *Vivre le sida —Le livre blanc des états généraux*, París, Éditions du Cerf, 1992.

"Cuando me enteré de que era seropositivo creí que me quedaban sólo tres meses de vida, que la muerte era ineluctable. Luego traté de informarme; el equipo médico que me atendía nunca escatimó la información. Comencé a entender cómo actuaba el virus, y ello me permitió aceptar mejor mi situación. Comprendí que pese a los tratamientos agotadores era posible llevar una vida activa e intensa."

desaparición de la grasa y los músculos es imputable en parte a la pérdida del apetito, pero se debe fundamentalmente a una disfunción del mecanismo de crecimiento tisular del organismo: las células macrófagas infectadas por el virus emiten señales químicas equivocadas (las citoquinas), lo que a su vez origina el debilitamiento de las defensas inmunitarias y el adelgazamiento. d) **Las neuropatías:** El sida puede afectar al cerebro hasta el punto de provocar demencia, estado en que el paciente queda privado de vida consciente y de un comportamiento normal. En estos casos, el VIH ha invadido el cerebro. Ciertas células cerebrales similares a los macrófagos, llamadas microglías, una vez infectadas, empiezan a emitir señales aberrantes que llegan a provocar la muerte de las células nerviosas próximas.

Así pues, las distintas manifestaciones del sida dependen de la naturaleza de las células y los tejidos infectados por el virus. Este no mata necesariamente las células, pero pone en marcha un comportamiento suicida que mina las defensas inmunitarias y perturba el mecanismo natural de reconstrucción de las células afectadas.

Lo sorprendente es lo mucho que tarda el VIH en provocar el sida, lo que seguramente obedece a que el virus empieza invadiendo las células destinadas a combatir las infecciones. El sistema inmunitario reacciona al principio con eficacia y se establece un cierto equilibrio, pero a la larga se produce un desequilibrio favorable al virus, que destruye el sistema inmunitario. Algunos investigadores han afirmado al respecto que el VIH termina por "convencer" al sistema inmunitario de que se autodestruya.

El VIH, un virus proteiforme

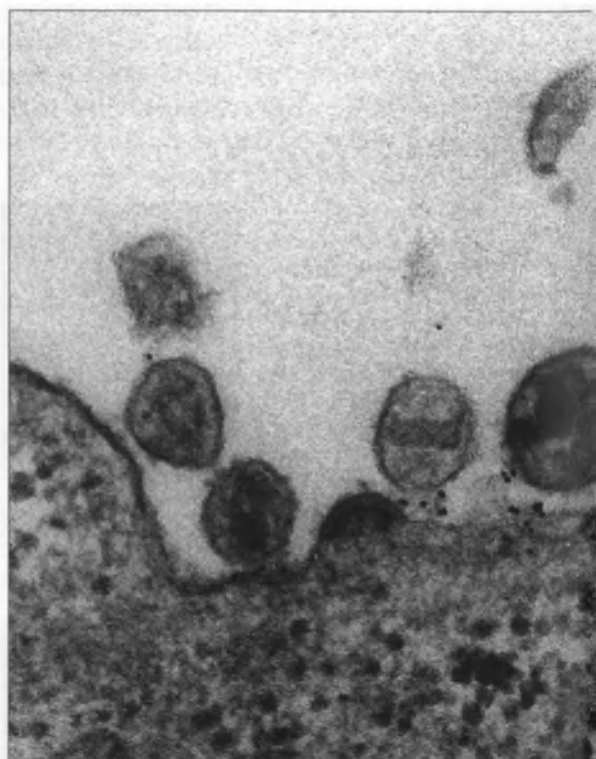
Una de las razones por las que el VIH suele ganar la batalla contra las defensas del organismo es su carácter proteiforme, ya que está sometido a múltiples mutaciones o modificaciones genéticas, tan rápidas, además, que el sistema inmunitario no sabe cómo hacerles frente, reacciona desmesuradamente y se agota. A medida que la infección avanza, aparecen por lo general formas del virus más virulentas.

Se ha observado también que los individuos contagiados por enfermos que han llegado ya a la fase de sida tienden también a contraerlo antes.

La diversidad de las cepas del VIH es mayor de un individuo a otro que en un mismo enfermo, y también se dan variaciones geográficas. A ello se debe la extraordinaria dificultad de conseguir una vacuna universal. El carácter inaprensible del virus complica igualmente el tratamiento, ya que pronto se vuelve resistente a fármacos que, como el AZT, impiden que se reproduzca. Así, la eficacia de los medicamentos es muy limitada en el tiempo. La asociación de varias sustancias antivirales parece ser la solución más prometedora para impedir la aparición del sida o, al menos, retardarla, pero resulta demasiado cara para aplicarla a escala mundial.

¿Qué puede hacer la ciencia?

Pese a los resultados poco alentadores que ha obtenido hasta ahora, tengo la certeza de que la ciencia va a hacer verdaderos progresos en el control de la infección y de la enfermedad. El VIH está siendo estudiado como ningún otro virus con anterioridad, y todo lo que se descubre se aplica enseguida a la lucha contra esta enfermedad. Así, por ejemplo, un año después de la confirmación de que el VIH era la causa del sida, los análisis de sangre dejaron de ser técnicas de investigación experimental y se perfeccionaron hasta el punto de aplicarse de forma sistemática a las donaciones de sangre para evitar el contagio por transfusión. Ninguna otra prueba



A la derecha, proceso de gemación del VIH en la superficie de un linfocito y partículas infecciosas libres sueltas en el medio extracelular. Esas esferas minúsculas de 100 nm de diámetro (1/10.000 mm) presentan, en el interior, un núcleo esférico excéntrico o de forma trapezoidal. Foto tomada con microscopio electrónico.

ROBIN WEISS, británico, es director de investigaciones y profesor de oncología viral del Instituto de Investigaciones sobre el Cáncer de Londres. Especialista en retrovirus, estudia desde 1984 las propiedades del VIH y ha cumplido un papel de pionero en la comprensión de su estructura y de su modo de acción biológica.

de diagnóstico médico ha contribuido tanto y con tal rapidez a atajar la enfermedad.

A medida que se va conociendo mejor la evolución del virus en las personas seropositivas hay más posibilidades de interrumpir o retardar el proceso. Los investigadores se interesan actualmente por una minoría de sujetos que son seropositivos desde hace diez años o más y no presentan signos de evolución patológica. Se trata de personas con un nivel de infección relativamente bajo y que conservan una proporción normal de linfocitos CD4. Al menos en un caso, el paciente había sido infectado por una forma defectuosa de VIH, bastante parecida a la que protege del sida a los monos. Cuanto más se estudien estos casos atípicos, mayores serán las posibilidades de descubrir tratamientos que permitan a todos los seropositivos inclinar la balanza en su favor, atajando la progresión del virus.

También se ha observado que hay personas que pueden tener contacto con el virus sin que éste los ataque. Algunas prostitutas parecen ser perfectamente resistentes al VIH pese a tener relaciones frecuentes con sujetos seropositivos. Cada organismo reacciona ante el virus a su manera, con mayor o menor eficacia. Cuando se llegue a descubrir por qué, se habrá dado un gran paso adelante para conseguir una vacuna.

En resumen, la investigación sobre el VIH y el sida avanza mucho más deprisa que la relativa a otras enfermedades como el paludismo, la tuberculosis y el cáncer. Por el momento la medicina sigue siendo impotente, pero hay fuertes posibilidades de ganar la batalla, a condición de que el esfuerzo sea coherente. ■



LUC MONTAGNIER

El estado de la investigación

Aunque los pacientes y el público no lo adviertan todavía, desde hace cuatro años se han realizado avances considerables en la comprensión de la fisiopatología del sida y de ello podrían derivarse importantes progresos terapéuticos en un futuro próximo.

Parecería que ciertos efectos indirectos de la infección por el VIH, a través de las proteínas circulantes y los viriones no patógenos, favorecen la infección directa de las células que son blanco del virus. Además, la fuerte reacción de oxidación consecutiva a la infección por el VIH podría también acrecentar los daños sufridos por el sistema inmunitario.

Disponemos ya de poderosas armas para combatir los efectos de la infección por el VIH, así como de instrumentos de laboratorio que permiten medir rápidamente la eficacia de ese combate. Pero todavía no sabemos asociarlos de forma óptima.

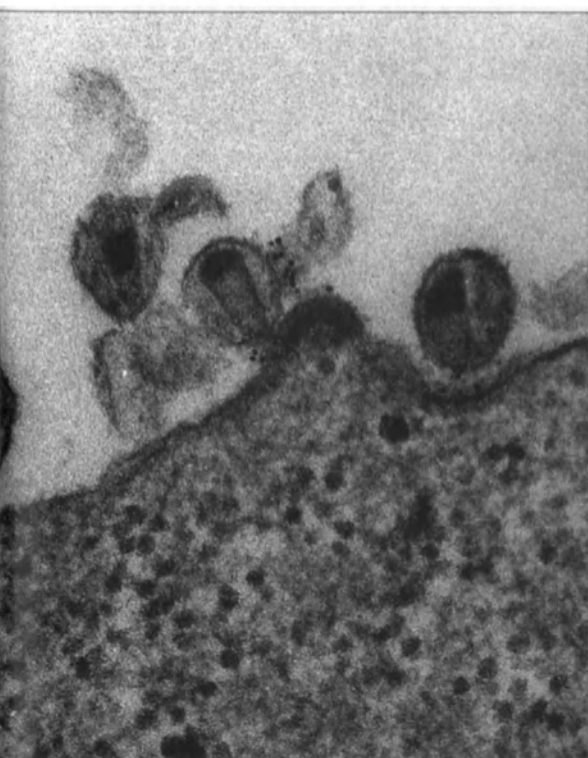
Por ese motivo propongo la constitución de una red de unidades de investigación clínica en la que investigadores y médicos clínicos colaborarán estrechamente: podrían así definirse para grupos reducidos de pacientes seropositivos asintomáticos tratamientos "a la carta", destinados a normalizar el conjunto de los parámetros biológicos.

Dichos tratamientos deberían ser suficientemente complejos como para hacer frente a los múltiples elementos que intervienen en la enfermedad. Podrían preverse, por ejemplo, combinaciones de antirretrovirus (inhibidores de la transcriptasa inversa y de la proteasa), de antibióticos, de antioxidante y de citoquinas que intervienen en el restablecimiento de la inmunidad celular contra el virus y los agentes patógenos oportunistas (IL-2, IL-12).

Estabilizar la infección a un bajo nivel en esos pacientes representará un primer paso. En espera de la erradicación completa del virus. ■

LUC MONTAGNIER,

francés, es profesor de virología y jefe del Departamento de Oncología Viral del Instituto Pasteur (París). Su equipo fue el primero en descubrir, en 1983, el agente viral del sida.





¿Cómo reaccionar frente a la epidemia?

por Michael Merson

El sida gana terreno en todas partes, pero ahora sabemos cómo frenar la propagación del virus.

Colonia de vacaciones para niños enfermos de sida, en Middieville, Nueva Jersey (Estados Unidos).



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 4 millones de personas, hombres, mujeres y niños, han enfermado de sida desde los comienzos de la pandemia hasta el verano de 1994. El número de enfermos ha aumentado en 1,5 millones en un año, y es posible que en el año 2000 la cifra total alcance 10 millones.

El sida gana terreno en todas partes, pero avanza proporcionalmente más en las regiones donde la enfermedad ha aparecido recientemente, como en Asia. En relación con el total, el porcentaje de enfermos en Asia se multiplicó por ocho entre el verano de 1993 y el de 1994. Pero en términos absolutos, las regiones más afectadas siguen siendo aquellas en que la epidemia se declaró en primer lugar, es decir Norteamérica y algunos países de África.

En Nueva York, por ejemplo, el sida es hoy día la principal causa de mortalidad de los adultos de ambos sexos de 25 a 34 de edad. Y en Uganda, en el distrito de Masaka, casi la mitad de la mortalidad de la población total, sin distinción de sexo y de edad, se debe al sida.

En África en su conjunto el sida tiene repercusiones económicas y sociales mucho más graves aun que lo que indican las estadísticas mencionadas, por brutales que sean. Los empleadores se ven enfrentados a un aumento espectacular de los gastos de enfermedad y a una escasez de personal calificado. Y la familia, célula comunitaria básica, sufre de lleno el impacto de la enfermedad con la multiplicación de los huérfanos. La OMS estima que es muy posible que unos 8 millones de niños pierdan a su madre de aquí al año 2000.

En cuanto a los casos de infección por el VIH, a mediados de 1994 la OMS los cifraba en 17 millones —o sea 3 millones más que el año precedente. Hasta ahora, la región más afectada era

el Africa subsahariana con 60% de los nuevos casos, pero el flagelo se extiende hoy al Asia, donde vive más de la mitad de la población del planeta. También según la OMS, el número de personas infectadas en un año ha pasado de 1 millón a 2,5 millones. China está particularmente expuesta, a juzgar por el progreso brutal de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), que favorecen la propagación del virus. Si el sida se propaga por el país más poblado del mundo, las consecuencias para el continente asiático pueden ser incalculables.

Se estima que en Africa central y en Europa oriental hay 50.000 seropositivos, pero es muy posible que esa cifra se rectifique en sentido ascendente cuando se conozcan mejor los datos de las poblaciones más expuestas. En Africa del Norte y en el Oriente Medio, dos regiones que se consideraba poco afectadas por la epidemia, existen ahora unos 100.000 casos de contagio.

Por último, se estima en unos 2 millones el número de seropositivos en América Latina y en el Caribe. Pero es sobre todo en Brasil donde la multiplicación de los casos registrados en los dispensarios especializados en las ETS hace temer una extensión de la epidemia en la región.

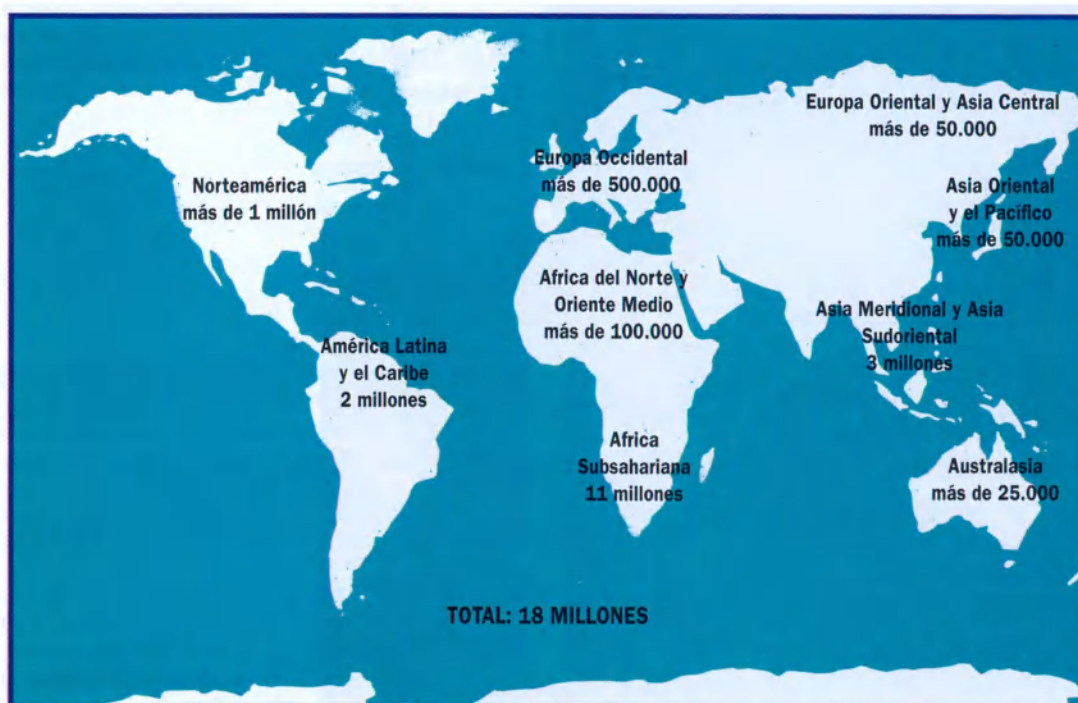
Cambiar las mentalidades

Sabemos ahora cómo frenar la propagación del virus. No es sencillo ni fácil, pero hoy día existen estrategias eficaces de lucha contra la epidemia que se inspiran en los conocimientos y la experiencia acumulados en diversos países.



En las calles de San Francisco, Estados Unidos, Bleachman (una especie de "hombrecito Lejía") distribuye frascos de antiséptico para incitar a los consumidores de drogas inyectables a desinfectar las jeringas a fin de evitar todo riesgo de contagio.

Como la sífilis, el VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales, pero también por la transfusión de sangre contaminada y por el uso compartido de jeringas. Por ello hay que hacer lo imposible para garantizar que las transfusiones de sangre sean inocuas, ya que es inaceptable que un procedimiento destinado a salvar enfermos ponga sus vidas en peligro. En lo concerniente a los toxicómanos, la OMS propicia la distribución de jeringas esterilizadas a fin de limitar los riesgos de infección. Pero el contacto sexual sigue siendo el principal modo de



Estimación del número de adultos contaminados por el VIH desde fines del decenio de 1970 hasta fines de 1994 (Fuente: OMS - Programa Mundial de Lucha contra el Sida - enero 1995).

"La solución depende en parte de nosotros mismos: produzco anticuerpos psicológicos y me rodeo del mejor contexto posible para avanzar todos los días un poco. Lo que más me duele es la compasión de la gente en los hospitales. Cuando las enfermeras me dan un apretón de manos con una mirada de piedad deseándome buena suerte, me siento mal."

Las relaciones sexuales siguen siendo el principal modo de transmisión del virus del sida, por lo que es éste el problema en que debemos concentrar nuestros esfuerzos.

transmisión del virus del sida, por lo que éste es el problema en que deben concentrarse nuestros esfuerzos.

Ello implica transformar las mentalidades para luchar contra los comportamientos sexuales que suponen riesgo. Y el medio más eficaz para evitar el contagio es, además de la abstinencia, la fidelidad recíproca, las prácticas sexuales sin penetración y el uso de preservativos. Todas las personas sexualmente activas deberían ser informadas de esas opciones y adoptar un comportamiento que las proteja de la infección. Está comprobado que las campañas de información y las iniciativas dirigidas hacia los grupos en situación de riesgo pueden reducir el número de casos de contagio, sobre todo si ello va acompañado de un rechazo de toda discriminación y del respeto de los derechos del individuo.

Los más vulnerables son los jóvenes, puesto que la mitad de la población seropositiva mundial tiene entre 15 y 24 años de edad. Es indispensable informar a los niños de las realidades de

la vida sexual y de los riesgos del sida *antes* de que lleguen a ser sexualmente activos. Se sabe ahora que la educación sexual en los colegios no favorece de ningún modo la precocidad sexual ni la promiscuidad. Al contrario, enseña a los niños a evitar las situaciones de riesgo y a actuar de manera más responsable. Fuera del colegio, una información individual facilitada por jóvenes de la misma edad parece la más indicada.

Además de las precauciones elementales, como la utilización del preservativo, el principal medio de lucha contra el sida es diagnosticar y tratar rápidamente las ETS "clásicas", como la sífilis, la blenorragia y el chancro blando. A tal efecto, la OMS preconiza la utilización de diagramas muy sencillos que permitan aplicar a los enfermos el tratamiento adecuado desde su primera visita. La OMS estima que los servicios de diagnóstico de las ETS deberían formar parte de las atenciones primarias de salud, con lo que resultarían más accesibles, y no descarta por lo demás la creación de servicios especializados para los grupos en situación de riesgo.

La propaganda al preservativo constituye uno de los aspectos esenciales de todo programa de lucha contra el sida y las ETS. En Tailandia, por ejemplo, se ha reducido prácticamente a cero la tasa de incidencia de las ETS en los prostíbulos gracias a una campaña reciente en favor de la utilización sistemática del preservativo.

Todos esos medios, que permiten obtener resultados espectaculares en un lapso relativa-



Jóvenes huérfanos a causa del sida, en Tanzania.



Proyecto de cría de ganado porcino para la reinserción social de prostitutas en Tailandia.

mente breve, no deben hacer olvidar la necesidad de emprender acciones de largo aliento para enfrentar los problemas sociales que contribuyen al avance del sida, empezando por la situación de la mujer.

La pandemia de sida no sólo ha mostrado que las mujeres se encuentran tan expuestas como los hombres al contagio por el VIH y las enfermedades venéreas, sino que también ha revelado las injusticias que éstas padecen, en especial en los países en desarrollo, y que las obligan a veces a prostituirse para sobrevivir, con todos los riesgos que ello entraña.

Para que las mujeres puedan exigir de su pareja un comportamiento responsable y hagan uso de las opciones que a menudo se les niegan, hay que mejorar su situación socioeconómica. Ello presupone la igualdad de acceso a la edu-

cación y al empleo y la aprobación de leyes que las protejan contra la violencia y la explotación.

Encauzar los esfuerzos

Es cierto que la prevención no es más que uno de los aspectos de la lucha contra el sida, ya que el otro es el tratamiento de los enfermos. Lo que se necesita es una atención médica continua en los planos familiar, comunitario y hospitalario. Ello plantea problemas, sobre todo en los países en desarrollo que disponen de medios limitados. Lo menos que se puede pedir es que revisen sus prioridades presupuestarias en beneficio de los gastos de salud. Los países donantes deben también ayudar en tal sentido dedicando más recursos a la acción sanitaria.

En todo caso, tanto en materia de tratamiento como de prevención, se impone en cada país un esfuerzo verdaderamente nacional, con la participación activa del Ministerio de Salud, pero también de otros servicios públicos y sectores de actividad, de la colectividad y de los particulares. Las organizaciones no gubernamentales pueden y deben desempeñar un papel sumamente útil, tanto en la transmisión de los mensajes de información y de alerta a las poblaciones aisladas como en el otorgamiento de atención médica a nivel comunitario. En muchos países los seropositivos, los enfermos y sus familiares están en primera fila en la lucha cotidiana contra el sida.

A nivel internacional, la respuesta también debe ser multisectorial. Por ello la OMS se ha unido al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, al Fondo de Población de las Naciones Unidas, a la UNESCO, al UNICEF y al Banco Mundial para crear el Programa Común de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. La finalidad de este nuevo programa es encauzar y coordinar los esfuerzos de las Naciones Unidas en apoyo de los programas nacionales de acción contra la enfermedad, a fin de utilizar al máximo unos recursos por desgracia limitados. ■

MICHAEL MERSON, especialista estadounidense en enfermedades infecciosas, de 1990 a 1995 dirigió el Programa Mundial contra el Sida de la Organización Mundial de la Salud. A partir de abril de este año dirige el Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, New Haven, Estados Unidos.

"Vengo de Nantes y soy seropositivo. Lo supe el 22 de noviembre de 1989. Ese día mi vida dio un vuelco. Ya no soy nada. Trato de vivir el momento presente. Pero siento que ya no soy nada."



MAGREB: Las mujeres ante la infección

por Hakima Himmich y Latifa Imane

Las magrebíes están particularmente expuestas a la enfermedad. He aquí el testimonio de dos mujeres pertenecientes a la Asociación Marroquí de Lucha contra el Sida.

El número de mujeres contaminadas por el virus del sida supera hoy los cuatro millones. Diariamente más de tres mil son infectadas. En su mayoría tienen entre 15 y 35 años y viven en el Tercer Mundo. Son las africanas las que pagan el tributo más pesado a la enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud en la actualidad el problema afecta a una de cada cuarenta africanas.

En el Magreb los últimos informes epidemiológicos señalan una rápida progresión: en Marruecos entre los enfermos de sida el porcentaje de mujeres ha pasado de 8% en 1988 a 25% en 1994, y la situación en Argelia y Túnez es muy similar.

Myriem, viuda a los veinticinco años y seropositiva

Estas cifras muestran hasta qué punto las mujeres están expuestas a la enfermedad. Myriem tiene 25 años y quedó viuda diecisiete días después de contraer matrimonio. Su marido, un hombre de 48 años, se casó con ella tras la muerte de su primera mujer y le dejó el sida como herencia.



Una boda en el Gran Atlas marroquí. La forma del tocado de la novia proclama su virginidad.

Sesión de planificación familiar en una aldea de los alrededores de Marrakech.



Contrariamente a un prejuicio muy difundido en el Magreb, el sida no afecta sólo a las mujeres que van por “mal camino”, a las “mujeres de mala vida”. En Marruecos en más de 55% de casos de sida femenino el único factor de riesgo conocido es el matrimonio. Al igual que la mitad de las mujeres infectadas diariamente en el mundo, Myriem sólo tuvo relaciones sexuales con su marido.

A Myriem le cuesta entender al médico cuando éste le explica que es portadora de un virus invisible que se transmite esencialmente por la relación sexual. Nacida en el campo, Myriem nunca fue a la escuela. Desde luego que ha oído hablar del “seda”, pero eso es todo. ¿Ella, una mujer “limpia”, cómo puede estar contaminada por una enfermedad “sucia”?

Myriem es un caso representativo de numerosas mujeres sin defensa contra la infección y en las que se dan a la vez juventud, inexperiencia, dependencia e ignorancia. Hay muchas Myriem en el mundo, y sobre todo en Africa y en Asia son presa fácil de un virus que ataca de preferencia a los más débiles.

Vulnerabilidad biológica, en primer lugar. Hoy día se sabe que en las relaciones sexuales sin protección el hombre tiene una capacidad de contagio tres veces superior a la mujer. Las mucosas genitales femeninas, más frágiles, favorecen el paso del virus contenido en el esperma. Entre las adolescentes, cuyas mucosas no han llegado a una completa madurez, los riesgos son aun mayores. Es así como en los países en desarrollo, las jóvenes de 15 a 24 años presentan una tasa de infección mucho más elevada que los varones de la misma edad. Ello puede explicarse también por el hecho de que las muchachas suelen tener relaciones con hombres de más edad, con un pasado sexual.

Esta fragilidad aparece a menudo agravada por la existencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), que por lo general en las

mujeres no van acompañadas de ningún otro síntoma. Al no manifestarse, rara vez son tratadas. E incluso cuando hay signos evidentes, las magrebíes prefieren callar antes que confiar sus padecimientos íntimos a un médico. A falta de un sistema de salud pública que tenga en cuenta los problemas femeninos, las mujeres recurren a menudo a la medicina tradicional. Más de 70% de las marroquíes continúan dando a luz en sus hogares, con una elevada tasa de mortalidad durante el parto.

Sexualidad femenina: el peso del silencio

Pero el sistema de salud pública no es el único responsable. Otro factor de peso es también y sobre todo la manera en que la sexualidad femenina es percibida por los demás y por las propias mujeres. Si el islam sólo admite el sexo en el matrimonio, tanto para el hombre como para la mujer, la sociedad permite al hombre eludir esta restricción. El deseo carnal, cuando es masculino, se considera un signo de virilidad; el deseo femenino, en cambio, es menospreciado. El hombre tiene que haber “vivido” antes del matrimonio, la mujer debe llegar virgen a esa noche de bodas que corona su destino.

Myriem al casarse era virgen. Su marido, que se sabía enfermo, había exigido un certificado de virginidad, pues según la superstición popular el casamiento con una virgen tiene una virtud purificadora.

Nuestras sociedades siguen manifestando la misma indulgencia hacia los “excesos” sexuales de los hombres incluso después del matrimonio. Las mujeres deben ser fieles, pero los maridos pueden en cambio salir en busca de “distracciones”. Además, pueden recurrir a la poligamia y tomar hasta cuatro esposas. Es normal, son hombres, como dirían nuestras abuelas ¡“el ojo (o sea, la mujer) no puede elevarse por encima de la ceja (el hombre)”!

Hoy, frente a la amenaza del sida, las mujeres son conscientes de su impotencia. “Tengo miedo, mucho miedo. Sé que mi marido me engaña, pero ¿qué puedo hacer? ¿Cómo explicarle mis temores sin despertar su cólera? Entre nosotros, no se habla de esas cosas con el marido.” ¡Cuántas veces hemos escuchado frases como ésta en nuestra permanencia telefónica o en nuestras sesiones de información! Cada vez más marroquíes temen al sida y saben que están amenazadas, pero les cuesta hablar del tema. Muy

“Al razonamiento positivo: ‘Luche, tendrá así más posibilidades de salir adelante’, siempre me dan ganas de replicar: ¿qué quiere decir luchar? ¿contra qué? ¿con qué medios?”

rara vez tienen el valor de imponer al marido infiel el uso del preservativo.

“No tolero la píldora, pero mi marido se niega a utilizar preservativos. Dice que ese trozo de goma le impide sentir placer. Y voy ya por el sexto hijo. Pero no puedo hacer nada. Si insisto, se buscará otra esposa y me encontrará en la calle. Por supuesto que tengo miedo al sida, pero más aun temo ser repudiada. Entonces...”

Zahra, 33 años, ama de casa, depende totalmente de su marido, por lo que no tiene ninguna posibilidad de llegar a un acuerdo con él sobre la limitación de nacimientos o la prevención de las ETS o del sida.

Al igual que Zahra, más de 69% de las mujeres enfermas de sida que reciben tratamiento en el Centro Hospitalario Universitario de Casablanca

no tienen una calificación profesional y 57% nunca asistieron a la escuela.

El estado de dependencia económica y la falta de instrucción vienen a sumarse a los

demás factores de riesgo. Entre el miedo al sida y la angustia de la soltería o de la repudiación, las mujeres se sienten acorraladas. Es la perspectiva del divorcio lo que suele causarles más temor. “Claro que he oído hablar del sida, afirma Zahra, pero nunca he visto un enfermo. En cambio, mujeres divorciadas conozco a montones. Entonces para mí la cosa está clara. Cuando no se sabe leer ni escribir, la única seguridad está en el matrimonio.”

Zahra no es la única que no sabe leer ni escribir. Millones de mujeres en el Magreb están en la misma situación. La escolaridad es obligatoria, pero sólo en teoría. Según un estudio realizado en 1990, una de cada dos niñas asiste a la escuela primaria; en el nivel secundario, una de

Incluso cuando hay signos evidentes de enfermedad, las magrebíes prefieren callar antes que confiar sus padecimientos íntimos a un médico.

cada tres; y en la universidad una de cada seis. El acceso a la escuela, sobre todo en el medio rural, sigue siendo un privilegio reservado a los varones.

Sin calificaciones, todas estas mujeres no tienen más salida que el matrimonio, a menos que trabajen como empleadas domésticas o como obreras a cambio de salarios irrisorios. Repudiadas o viudas, algunas caen en la prostitución, lo que las expone a grandes peligros y humillaciones pero les permite sobrevivir a ellas y a su familia. Es la suerte que ha corrido Zoubida, 35 años, viuda y madre de tres niñas.

“Mi marido al morir había dejado una casita, pero mi familia política la vendió. De la noche a la mañana me encontré sin techo. ¿Qué podía hacer? Salí a hacer la calle para alimentar a mis hijos. No me quedaba otra posibilidad.” Zoubida se prostituye desde hace diez años en una callejuela de Casablanca. Su familia que vive a 50 km de allí lo ignora. Ella dice que trabaja en una fábrica.

Zoubida no utiliza preservativos, salvo si el cliente lo exige. “A la mayoría de los hombres no les gusta el preservativo. Y hay tanta competencia... todas esas muchachitas estudiantes... Si me niego, hay cien que están dispuestas a ir sin preservativo, sin nada...”

Zoubida tiene una imagen tan desvalorizada de sí misma, de su cuerpo, de su situación, que considera que no tiene nada que defender, nada que salvaguardar. Entonces el sida u otra cosa...

Agrava la situación el hecho de que el proceso de infección sigue siendo incomprensible para estas mujeres. Hay algunas emisiones de radio y de televisión, artículos en los periódicos, pero para Zahra como para Zoubida, que no han ido nunca a la escuela, el lenguaje de los medios de información es a menudo hermético. Además los mensajes sobre la prevención del sida están destinados en primer lugar a los hombres.

¿El sida no está actuando acaso como un revelador de las fallas de nuestros sistemas sociales, sanitarios, legales y tradicionales? La urgencia de dar respuestas específicas a los desafíos que plantea esta enfermedad va a obligarnos tal vez a reconsiderar, por fin, la organización de nuestras sociedades. ■

Una enfermera a la cabecera de un paciente del servicio de enfermedades infecciosas del hospital Ibn Rochd de Casablanca, Marruecos.



HAKIMA HIMMICH,

marroquí, es profesora de la Facultad de Medicina de Casablanca. Especialista en enfermedades infecciosas, se interesa particularmente por la infección por el VIH y la vulnerabilidad de las mujeres frente a esta enfermedad.

LATIFA IMANE,

periodista marroquí, es responsable de comunicación y formación en la Asociación Marroquí de Lucha contra el Sida, Casablanca.

“Los únicos amigos con los que podía contar están muertos.”



ZIMBABWE: Una etiología social

por Mary Bassett

Las epidemias no dependen exclusivamente de un agente infeccioso, sino también de un conjunto de circunstancias que favorecen su propagación.



Ariba, una familia de buscadores de oro en Zimbabwe. El padre, 36 años, está enfermo de sida. La madre, 34 años, es seropositiva. Tienen seis hijos.

En Zimbabwe las prácticas sociales contemporáneas son en buena medida fruto de una doble tradición, patriarcal y colonial que consagró un sistema de mano de obra itinerante y obligó a los hombres a vivir lejos de sus mujeres. El trabajo migrante se inició con la expropiación de las tierras africanas a finales del siglo XIX.

Despojados de sus tierras y obligados a pagar impuestos en efectivo, los hombres tuvieron que dejar sus hogares y sus familias e ir a buscar trabajo a las grandes explotaciones agrícolas, a las minas y a las ciudades. Mujeres y niños quedaban en las zonas reservadas para las tribus

donde la población africana vivía confinada. Allí sobrevivían practicando una agricultura de subsistencia en tierras estériles y gracias al dinero que enviaban los hombres. Este sistema no ha cambiado desde entonces y son muchas las familias que siguen viviendo así. Entre un tercio y la mitad de los hogares rurales de Zimbabwe se encuentran en este caso.

Algunas mujeres han emigrado también para atender las exigencias sexuales del gran número de varones que viven separados de sus familias. Una vez en la ciudad, éstos descubren nuevos tipos de relaciones sexuales. En la sociedad tradicional el hombre podía tener varias esposas, siempre que su situación económica se lo permitiese. Fuera de ella puede cambiar de pareja cuando se le antoje sin que ello le imponga un compromiso duradero ni una responsabilidad financiera.

De un estudio realizado en 1987 entre los obreros de Harare se desprende que los hombres casados, vivieran o no con su mujer, estaban más dispuestos que los solteros a recurrir a las prostitutas. Según el mismo estudio, cuatro de cada cinco hombres casados tenían amantes. Hay por cierto algunos que son fieles, como hay solteros castos, pero son una minoría. No es pues de extrañar que este tipo de comportamientos haya dado lugar a una propagación desenfadada de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), que durante muchos años han sido el principal motivo de consulta médica en las zonas urbanas. Actualmente el sida es el primer factor de mortalidad en Harare, capital del país, y provoca casi un 25% de los fallecimientos registrados.

Las mujeres y el virus

Allí donde el virus del sida se transmite fundamentalmente por contacto heterosexual, la condición de la mujer influye de modo decisivo en el riesgo de difusión de la enfermedad. Mucho se ha escrito sobre el sida y las mujeres, en particular las que se dedican a la prostitución, y se ha presentado a las prostitutas como uno de los vectores esenciales de la epidemia en África. En cambio, se ha hablado muy poco de las mujeres casadas y no se ha prestado prácticamente ninguna atención a las relaciones existentes entre esas dos categorías de mujeres, que muchas veces se confunden.

El número de mujeres que en un momento dado comercian con su cuerpo es probablemente mucho mayor de lo que se cree. Las estimaciones basadas en algunas encuestas dan cifras tan altas (hasta 10%) que resultan increíbles. A menudo se trata de madres de familia con hijos a su cargo y muy pocas posibilidades de contraer un nuevo matrimonio. A ellas se suma el número creciente de campesinas jóvenes que huyen de la pobreza en el campo, devastado por la sequía, para quienes la prostitución es un medio de ayudar a su familia. Algunas se limitan a clientes de paso, pero en su mayoría mantienen relaciones más o menos estables que comprenden prestaciones domésticas y sexuales.

Sin embargo, y pese a la insistencia con que se las acusa, entre esas mujeres una minoría son seropositivas. La mayoría de las mujeres infectadas por el virus están casadas y sólo tienen relaciones con su marido. De las 6.500 mujeres seropositivas analizadas por el Laboratorio Nacional de Salud Pública, más de la mitad están casadas.

La investigación y la prevención apenas han tenido en cuenta a estas mujeres. Carece de todo sentido aconsejarles que no cambien a menudo de pareja, ya que son más bien los maridos los que tienen tendencia a hacerlo. Es harto frecuente oír a las mujeres quejarse, no sin cierta indulgencia, de lo mucho que les cuesta a sus maridos conformarse con una sola mujer.

Para ellas el matrimonio es a la vez un refugio y una trampa. Ante todo les da la sensación de haberse realizado, ya que, para ser alguien, hombres y mujeres deben integrarse en el linaje de los antepasados. Según el sistema patrilineal, esta filiación presupone necesariamente la ascendencia masculina. Por consiguiente, la falta de marido tiene consecuencias en el plano espiritual



Una abuela ha quedado sola con sus nietos, Matabeleland, Zimbabwe.

y material. Desde el punto de vista económico, la mujer se encuentra desamparada sin el apoyo de un hombre, pero al quedar bajo su protección se pone también a su merced. Agrava su dependencia el hecho de que suele tener menos instrucción que el cónyuge y, por consiguiente, menos posibilidades de conseguir un empleo estable fuera del sector agrícola. La situación de las viudas y divorciadas es sumamente precaria. El país cuenta desde los años ochenta con diversas leyes que garantizan a la mujer el derecho de propiedad y de herencia y también a percibir una pensión de alimentos, pero esos derechos siguen sin respetarse en la práctica.

“No vengán a decírnoslo a nosotras, dígnoselo a los hombres”

Muchos investigadores que han abordado el tema de la prevención del sida con las mujeres han recibido la misma respuesta: “No vengán a decírnoslo a nosotras, dígnoselo a los hombres.” Y no les falta razón; hay que hablar también con los hombres. Los investigadores, que estiman que éstos, por su situación de predominio en una sociedad patriarcal, están poco dispuestos a modificar su comportamiento, tienden a dirigirse fundamentalmente a las mujeres, aunque sólo sea para que éstas asuman su condición, pero son los hombres quienes tienen el poder de decidir, tanto en lo que se refiere a la reproducción como a las relaciones sexuales en general. ¿Cómo se los prepara para que cumplan su papel? ¿Con quién hablan de

“Aun sigo sin tener la impresión de vivir con el virus: es algo ajeno, exterior a mí. Nunca imaginé que la muerte podía un día tocar a mi puerta. Tengo la esperanza de que viviré, una gran confianza. Siento gratitud hacia el sida: el hecho de tener alegrías, penas, de sufrir, de reír, todo lo que puedo compartir con la gente en torno mío, se lo debo a esta enfermedad.”

sexualidad? ¿Cómo concilian la búsqueda del placer con sus responsabilidades?

Si queremos saber por qué desatienden esas obligaciones, debemos preguntarnos cuáles son sus motivaciones y sus prioridades. Así, nuestra encuesta entre los obreros de Harare reveló que algunos de ellos habían renunciado a mantener a una amante y se contentaban con relaciones ocasionales pagadas. Esos hombres daban prueba de responsabilidad al querer ahorrar dinero para enviarlo a su familia, pero al recurrir a la prostitución se exponían, y exponían también a sus esposas, al riesgo más serio de contraer el virus del sida.

Entre los adolescentes de 15 a 19 años, las muchachas son más vulnerables que los muchachos. Según el Servicio Nacional de Transfusiones Sanguíneas, sólo hay 2% de seropositivos entre los donantes en edad escolar, pero el número de muchachas representa el triple que el de varones. Esta preponderancia del sexo femenino entre los seropositivos es constante en toda África. Su fragilidad obedece probablemente tanto a factores sociales como políticos. Al trato con hombres de más edad y con más experiencia y que tienen por tanto más posibilidades de haber sido contagiados viene a sumarse el hecho de que sus mucosas genitales, inmaduras aun, están más expuestas a la infección.

Los datos epidemiológicos parecen indicar que conviene orientar prioritariamente las campañas de prevención a los jóvenes que recién inician su vida sexual, cuando aun se ven poco afectados por la infección. Cabe empezar por preguntarse cuáles son sus fuentes de información sobre las cuestiones sexuales, cómo abordarlas eficazmente con ellos y cuál es la persona ideal para hacerlo. Antaño había mecanismos tradicionales para transmitir la información, pero la urbanización y los nuevos estilos de vida han debilitado las tradiciones en toda África.

¿Qué importancia dan los jóvenes al problema del sida? Según varios estudios efectuados en Zimbabwe, les preocupa más el desempleo y acogen con escepticismo la recomendación de que tomen precauciones, cuando saben que están condenados a no encontrar trabajo.

Las respuestas no son fáciles

Las epidemias no dependen exclusivamente de un agente infeccioso (el virus de la inmunodeficiencia humana en este caso), sino también de un conjunto de circunstancias que favorecen su propagación. No es sorprendente en absoluto que una epidemia de la magnitud del sida obedezca a diversas causas sociales.

El nexo que existe entre las dificultades económicas, la situación de inferioridad en que viven las mujeres y la difusión del sida es claramente perceptible. Pero para atajar la epidemia se impone lograr un cambio de las prácticas sexuales



“En Harare, capital del país, el sida es el primer factor de mortalidad entre los adultos y provoca casi un 25% de los fallecimientos registrados.”
Arriba, el cementerio de Warren Hills, en Harare.

antes de haber resuelto los problemas de la pobreza y la desigualdad. Hay que dirigirse prioritariamente a los hombres y a las mujeres casados. Tal vez sea difícil, pero no queda más remedio. Aun cuando se desarrollen las técnicas de prevención, sobre todo femeninas, no podremos sustraernos a la necesidad de modificar los comportamientos sexuales. Las mentalidades pueden y deben cambiar, y éste es uno de los aspectos primordiales de nuestra lucha contra el sida.

Desde el punto de vista médico, es evidente que hay que mejorar mucho la atención prestada. Es importante desarrollar el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades venéreas, que favorecen la transmisión del sida, y cuya propagación se ha logrado reducir en Zimbabwe.

Los métodos de prevención para la mujer (preservativo femenino o sustancias bactericidas) son bastante prometedores. Decir a las mujeres que exijan a los hombres el uso de preservativos es una estrategia con límites evidentes. El éxito de las campañas de planificación familiar se debe, al menos en parte, a los contraceptivos orales femeninos. Las mujeres se han acostumbrado a asumir la responsabilidad de su vida sexual, situación que puede servir para que se hagan cargo de la prevención del sida.

Todas estas medidas plantean forzosamente un problema de costos. Para contar con personal competente, material de diagnóstico de las enfermedades venéreas y antibióticos en cantidad suficiente hace falta dinero, un dinero del que carecen los servicios de salud.

Además, pese a la generosidad de los donantes, nuestros fondos para adquirir preservativos son insuficientes. Por módico que sea su precio, sólo podemos importar cinco preservativos masculinos por adulto y por año. Los preservativos femeninos, a dos dólares la unidad, cuestan cien veces más que los masculinos. A no ser que se subvencione, será imposible que este método se generalice. ■

Las mentalidades

pueden y deben

cambiar, y éste es

uno de los aspectos

fundamentales de la

lucha contra el sida.

MARY BASSETT, médica estadounidense, ex catedrática de medicina comunitaria de la Universidad de Zimbabwe, dirige actualmente en Nueva York el Centro de Harlem para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.



INDIA: “Si se actúa a tiempo”

por I.S. Gilada



Una enérgica campaña de educación preventiva ha reducido sensiblemente la incidencia del sida entre las prostitutas de Bombay.

ISHWAR SATYANARAYAN GILADA, dermatólogo y venereólogo indio, fue uno de los primeros médicos de su país en especializarse en el sida. Fundador de la Organización India de la Salud, de la que es secretario general, dirige también una red de organizaciones no gubernamentales en Asia llamada Asian Solidarity against Aids (Solidaridad Asiática contra el Sida).

La irrupción del sida en Asia ha sido relativamente tardía y su incidencia es por el momento débil. No obstante, desde hace poco el ritmo de propagación del virus se ha acelerado de manera vertiginosa.

Si se tiene en cuenta el criterio de “tiempo de duplicación” (el tiempo necesario para que el número de casos señalados se multiplique por dos), la situación de Asia, tal como se desprende de las cifras de la OMS para el periodo comprendido entre 1984 y 1993, parece muy preocupante.

En la actualidad el diagnóstico, el recuento y el tratamiento de los casos de sida en Asia dejan mucho que desear. El miedo y la ignorancia dificultan aun más la lucha contra la propagación del virus. La atención médica es en casi todas partes deficiente: la ayuda psicológica, el tratamiento en hospitales o ambulatorios, por no hablar del diagnóstico prenatal, son prácticamente inexistentes. Aun hoy el personal médico se niega a atender a seropositivos o enfermos de sida y, lamentablemente, la comunidad científica internacional y los grandes donantes tardan en interesarse por Asia.

Incluso los dirigentes políticos no han comprendido aun la verdadera dimensión del problema. Cuando su hijo murió de sida, el presidente de Zambia, Kenneth Kaunda, declaró públicamente que el mejor homenaje que podía rendirle era apoyar los programas de preven-

ción. Para los jefes de Estado asiáticos el sida sigue siendo un problema menor sin carácter prioritario.

En la mayoría de los países de Asia la enfermedad se transmite sobre todo por contacto sexual y la prostitución es el principal vector de la pandemia. En los últimos años la propagación de la enfermedad en los medios de la prostitución en Tailandia, India, Camboya y Nepal ha adquirido proporciones aterradoras.

Proyecto Saheli: para prevenir el sida, hablemos "entre colegas"

Ya en 1987 la Organización India de la Salud había advertido que, si no se daba la importancia debida a la amenaza del sida, Bombay y otras ciudades no tardarían en correr la misma suerte que la capital de Kenia —donde la tasa de seropositividad era anormalmente elevada. Pero esta advertencia no tuvo ningún eco.

Posteriormente dicha organización lanzó una campaña de educación preventiva destinada a las prostitutas de Bombay que permitió reducir la incidencia del VIH y prolongó el tiempo de duplicación, que pasó de ocho meses en 1988 a 4 años en 1993. Gracias a esta campaña, bautizada "Proyecto Saheli", que no cuenta con un financiamiento regular, 350 animadoras pueden llegar a 10.000 prostitutas y distribuir mensualmente un millón de preservativos en Bombay y en otras cuatro ciudades de la India.

Después de estudiar diversas técnicas de promoción del preservativo, desde la comercialización en gran escala hasta la venta a domicilio, optamos por la fórmula de "educación por los pares". El medio de la prostitución tiene una estructura muy jerarquizada y las mujeres que trabajan en él ocupan los escalones inferiores bajo la

"Soy seropositivo. Lo supe un buen día hace tres años: ése fue mi regalo de cumpleaños (...) Ahora me doy cuenta de que desde hace tres años no he hecho ningún proyecto. No tenía ninguna perspectiva por delante. Hay que tratar de pensar que un futuro es tal vez posible y dejar de sentirse en la antecámara de la muerte. Me ha llevado tres años llegar a esta conclusión."

férula de las encargadas y los propietarios de prostíbulos. Para que la acción sea eficaz hay que llegar a todos los niveles de esa jerarquía con el objetivo final de dar a las profesionales del sexo la posibilidad de cambiar de vida. Hay tres categorías de colaboradoras: las *saheli* (amigas), prostitutas responsables de veinticinco colegas, las *tai* (hermanas), cada una de las cuales supervisa a diez *saheli*, y las *bai* (madres), propie-

tarias de prostíbulos que tienen a su cargo los principales sectores de prostitución.

Las *saheli* y las *tai* reciben una remuneración, no así las *bai*, que están en mejor situación económica. Además del estímulo que significa, la remuneración otorga a esta actividad cierto prestigio: gracias a ella muchas mujeres se percataron de que había otras maneras de ganar dinero fuera de la prostitución. Mediante entrevistas individuales, discusiones de grupo, conferencias, proyecciones audiovisuales, juegos de papeles, las prostitutas reciben formación sobre el uso y la distribución de preservativos, aprenden a discutir su utilización con los clientes y a protegerse del sida y de las enfermedades de transmisión sexual. Su tarea consiste en formar luego a sus colegas, llevarlas al dispensario móvil o al hospital cuando enferman y prestarles apoyo cuando son seropositivas. Participan además en representaciones callejeras, reuniones públicas, talleres, conferencias y programas de televisión sobre el tema.

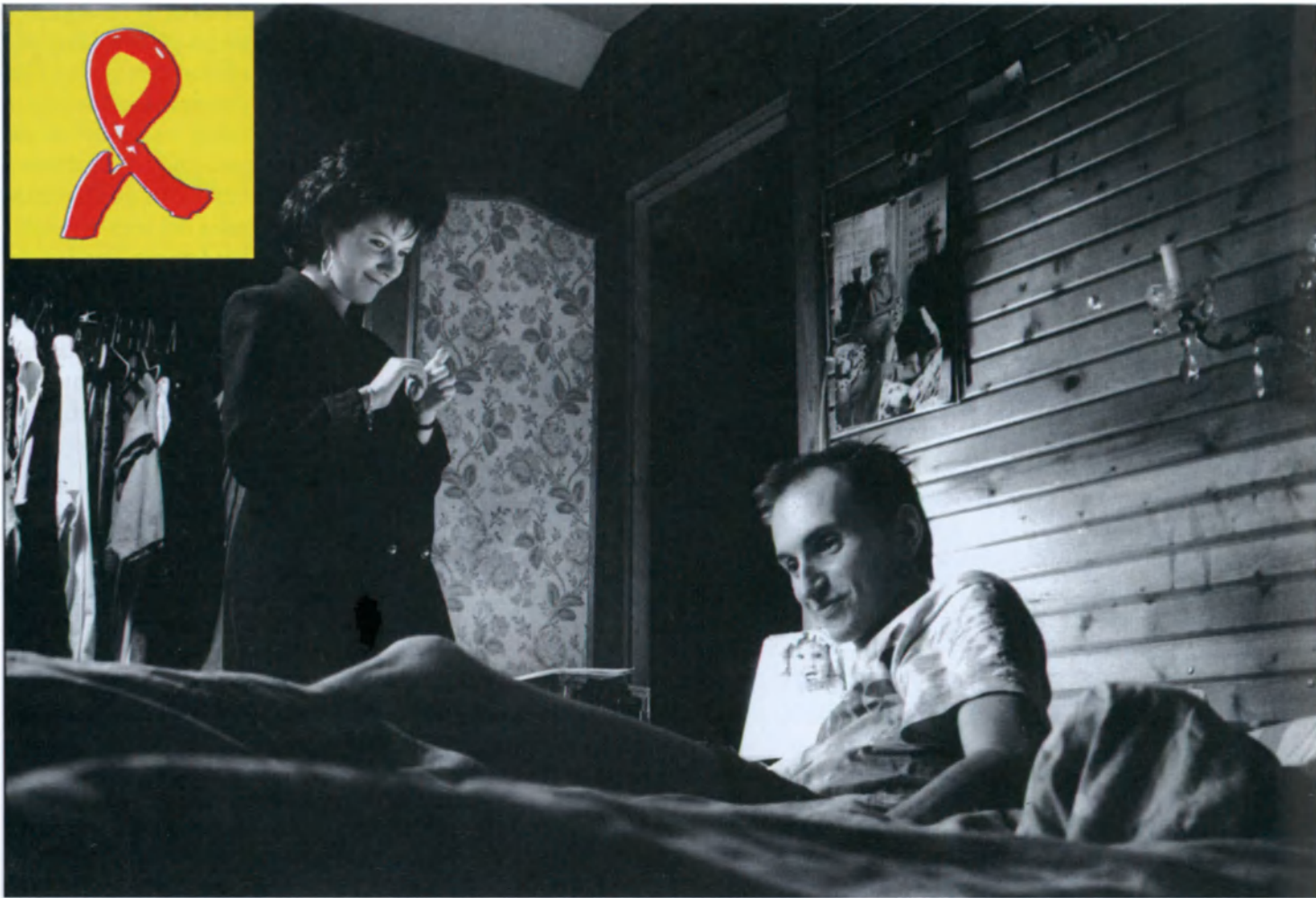
Se invita a las prostitutas a hacerse oír y a dar a conocer sus experiencias, sus temores y aspiraciones en una revista trimestral bilingüe titulada *Sakhi-Saheli*, cuyo contenido consiste esencialmente en sus testimonios. Allí nos enteramos de que son muchas las que piensan en el futuro de sus hijos y ahorran dinero con ese fin. Su estado de salud ha mejorado de manera espectacular. Los gastos médicos han disminuido y se observa un retroceso sensible de enfermedades venéreas comunes. Pero el mayor éxito de la campaña es haber conseguido prolongar el tiempo de duplicación del VIH.

En espera de tratamientos eficaces al alcance de todos, el único medio de frenar la epidemia de sida consiste en educar a la población e incitarla a tomar el máximo de precauciones para protegerse de la infección. El éxito obtenido en este terreno en algunos países en desarrollo demuestra que nada está perdido si se actúa a tiempo. ■

Página de la izquierda, distribución gratuita de preservativos entre las prostitutas de Bombay.

Abajo, representación callejera de un salnete por estudiantes de Jamshedpur, India, para informar a los transeúntes sobre los riesgos de contagio por el virus del sida en la vida cotidiana. El cartel reza: "Hacer transfusiones sólo con sangre previamente analizada para el VIH."





EUROPA: El dilema político

por Rita Süßmuth

¿Cuál será la mejor forma de frenar la epidemia? ¿Con medidas coercitivas o con una política liberal basada en la educación y la responsabilidad individual?

El sida es una difícil prueba para la democracia. En todos los países europeos — sobre todo al comienzo de la epidemia, a mediados de los años ochenta— se alzaron voces para reclamar la vigilancia de los grupos más expuestos y la identificación de los portadores del sida, para los que se recomendaba el aislamiento en instituciones especializadas (como los “sida-toriums” propuestos por el Frente Nacional francés) y hasta su exilio en islas desiertas (idea defendida por pequeños grupos escandinavos).

Los partidarios de estas “soluciones” radicales, apoyados por una minoría, confiaban en que esos métodos de segregación los protege-

rían a ellos y a la sociedad de los riesgos de contagio. Aunque parecían limitarse al sida, en realidad estos problemas eran de orden mucho más general. Esencialmente el debate en torno al sida era, y sigue siendo, una nueva versión del eterno interrogante: ¿hasta dónde el fin justifica los medios? Y esos medios, ¿son a la vez apropiados, legítimos y eficaces?

El sida coloca a nuestras democracias ante una alternativa radical: recoger con valentía el reto del sida y conciliar la noción de responsabilidad (colectiva e individual) con la de libertad; o bien contentarse con promulgar disposiciones legales coercitivas a riesgo de infundir una sen-

RITA SÜSSMUTH,
ex ministra de Juventud, Familia
y Salud de la República Federal
de Alemania (1986-1988), es
presidenta del Parlamento
alemán desde 1988.

sación de seguridad ilusoria y suscitar falsas esperanzas en cuanto a la eficacia del diagnóstico precoz sistemático. Pues, ¿qué valor pueden tener mañana los resultados de un test realizado hoy?

El papel de los políticos

El sida importuna a los políticos porque los obliga a enfrentar problemas nuevos, opiniones divergentes de expertos, reivindicaciones contradictorias y decisiones con consecuencias de extrema gravedad. Y, sin embargo, pese a las incertidumbres y a la insuficiencia de nuestros conocimientos actuales, hay que actuar. Ahora bien, el cometido propio de los políticos es precisamente adoptar decisiones en los momentos de crisis y someterlas constantemente a la crítica y la evaluación de la ciudadanía.

Según estudios comparativos realizados en Europa, la epidemia se ha controlado mejor en aquellos países que, como el Reino Unido, Suecia y Alemania, adoptaron rápidamente una política decidida contra el sida (en particular en el terreno de la prevención) tras un auténtico debate parlamentario. Los que tomaron decisiones más tardías (Italia y España) y sin asociar verdaderamente al parlamento presentan hoy día tasas de sida mucho más elevadas.

Esta correlación se explica por la legitimidad que adquiere la prevención del sida cuando es objeto de un debate amplio, libre y organizado al más alto nivel. Las medidas políticas que se adoptan luego a nivel gubernamental compro-

"No hay que decir 'vivo mejor', porque no corresponde a la realidad, sino simplemente 'vivo'. En todo lo que oigo, lo 'mejor' ha sido reemplazado por 'de otra manera'. Se ha producido en mi vida un giro hacia lo esencial. Pero en términos absolutos no es 'mejor'; por el contrario, es más agobiante, más doloroso, pues se está más cerca de la realidad. Se vive de otra manera."

meten al conjunto de los servicios públicos. Fijan igualmente la línea de conducta de las organizaciones profesionales, los establecimientos escolares, las asociaciones y los organismos privados que participan en la lucha contra el sida.

Objetivos y métodos

El primer objetivo de la prevención del sida, como de cualquier otra enfermedad infecciosa, es la reducción del número de nuevos casos de contagio. Pero lo que en Europa occidental suscita vivas controversias son los medios de alcanzar concretamente esa meta:

—¿Deben los gobiernos adoptar medidas autoritarias, hacer que los tests sean obligatorios allí donde se supone que existen riesgos de sida, registrar los nombres de las víctimas, aislar a los portadores del virus, aplicar los viejos métodos de lucha contra las epidemias y las pestes?

—¿El objetivo no sería más bien conseguir que los portadores del virus, así como el conjunto de la población, modificaran su comportamiento, como se hace en las campañas de prevención de las enfermedades cardíacas o del cáncer, que en gran medida se centran en los estilos de vida individuales?

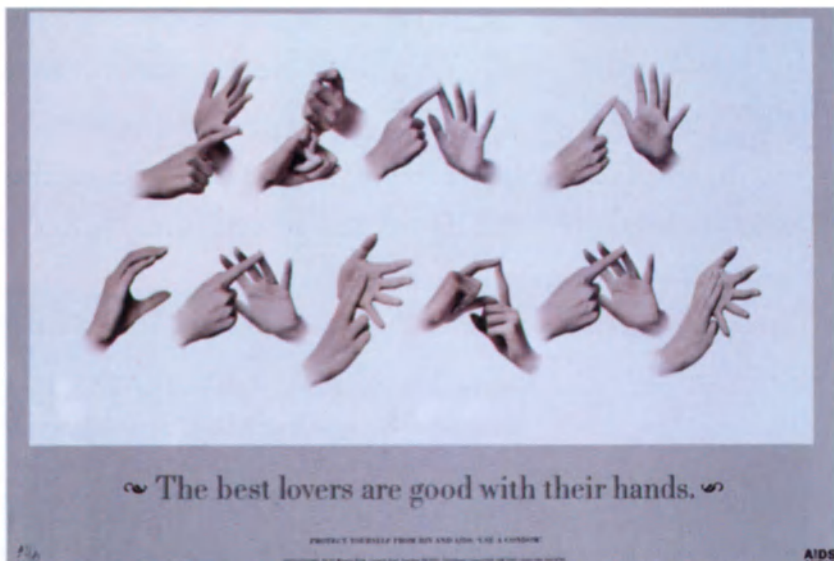
La controversia se intensificó cuando la aparición de un test de diagnóstico precoz hizo posible la aplicación de medidas obligatorias. En Europa occidental, los especialistas en salud pública y en sida y los representantes de los grupos afectados por la enfermedad llegaron sobre este punto a la misma conclusión: será imposible detener el sida sin la activa cooperación de los grupos más expuestos y de los portadores del virus —cuya voluntad de cooperar depende sobre todo de la confianza que depositen en la eficacia del sistema de seguridad social. Ha sido pues un acierto no haber optado por estrategias autoritarias en las políticas de lucha contra el sida. Sin embargo, esta acción política clara en favor de una lucha basada en el libre arbitrio, la educación y la responsabilidad individual ha encontrado ciertas resistencias.

Algunos se preguntaron si no era posible extender al sida las disposiciones legales previstas



Página de la izquierda, un joven enfermo de sida recibe atención médica a domicilio. París, 1993.

Junto a estas líneas, el preservativo se presenta a los jóvenes franceses como "la prenda de moda de los años noventa".



“Los buenos amantes saben emplear sus manos”, anuncia este cartel británico incitando al uso del preservativo, mientras se invita a los alemanes (abajo) a protegerse y a no cerrar los ojos a la realidad.

para las epidemias y, de ser así, con qué medios. La clasificación del sida varía de un país a otro, pero en general no se asimila a las enfermedades contagiosas sometidas a disposiciones obligatorias de control y señalamiento. Sin embargo, una gran mayoría de países han previsto sanciones penales, a veces graves, contra las personas infectadas que a sabiendas mantengan relaciones sexuales sin tomar las debidas precauciones.

Además, la realización efectiva de una estrategia de prevención liberal suponía la existencia de medios concretos: distribución de preservativos y de jeringas estériles, así como una amplia difusión de material de educación sexual. Ello implicaba que el Estado sobrepasara las funciones que hasta entonces le incumbían, lo que suscitó protestas de orden moral.

Por último, había que proporcionar a la población una información completa sobre los modos de transmisión de la enfermedad y los medios de protegerse, sin falso pudor y en un lenguaje claro y comprensible. Ya sea que se haga publicidad al preservativo con el tema específico de la “sexualidad sana y feliz” (Suecia y Noruega) o que los mensajes estén dirigidos a determinados grupos apelando a la responsabilidad frente a la pareja (Italia, Reino Unido y Alemania), esos métodos dan mejores resultados que la información expresada en términos generales y destinada “a todo el mundo”.

La realización efectiva de una estrategia de prevención liberal supone la existencia de medios concretos: distribución de preservativos y de jeringas estériles, así como una amplia difusión de material de educación sexual, lo que, paradójicamente, implica una mayor participación del Estado.

En cualquier caso se ha comprobado que en este terreno las decisiones políticas sólo eran aceptadas por el cuerpo social si se basaban en un diálogo libre y constructivo con los organismos que representaban los intereses de los grupos más expuestos.

La solidaridad con los enfermos de sida y con los seropositivos exige más ayuda médica, social y psicológica y mayor protección contra la discriminación social. Supone también el fortalecimiento de la investigación científica, así como la indemnización adecuada de las personas contagiadas con productos sanguíneos. Para que esas exigencias se conviertan en realidad, se han destinado a la lucha contra el sida fondos públicos más importantes, pese a las severas restricciones a que están sometidos desde comienzos de los años ochenta los gastos de salud pública en Europa.

Se ha procurado, además, salvaguardar los derechos sociales de las víctimas del sida — derecho al trabajo, a las garantías sociales y a una vida normal. La cooperación entre los organismos públicos y los organismos privados de autoasistencia, entre hospitales y servicios de tratamiento a domicilio, además de sus repercusiones médicas y preventivas, cumplía otra función: se trataba de evitar así en la medida de lo posible la exclusión de las personas afectadas. El “programa de acción callejera” en Alemania y en los Países Bajos; las acciones piloto de la organización humanitaria Médecins du Monde y la seguridad social gratuita





“Sida, es hora de que la escuela reaccione”, cartel realizado por la Unesco para el Día Mundial del Sida el 1 de diciembre de 1992.

a los beneficiarios del “ingreso mínimo de inserción” en Francia; el acceso gratuito al tratamiento médico y a las consultas del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido; la organización, a menudo en el marco de asociaciones religiosas, de grupos de apoyo a los toxicómanos seropositivos en Italia, constituyen algunos ejemplos de la forma en que ha reaccionado Europa ante el problema de la marginalización de las víctimas del sida.

Lo que el sida nos ha enseñado

Mi experiencia personal como Ministra de Salud de la República Federal de Alemania (entre 1985 y 1988, época en que el debate sobre el sida fue particularmente virulento) me autoriza a sacar tres conclusiones:

Primer punto: los políticos han tenido que aprender a escuchar a los grupos sociales marginalizados —homosexuales, toxicómanos, prostitutas—, para comprender sus problemas y desarrollar con ellos formas de cooperación que permitan aplicar un programa eficaz de prevención. Han aprendido también a afrontar temas tabú: la enfermedad y la muerte, la diversidad sexual y la toxicomanía.

Segundo punto: ningún Estado moderno preocupado por la justicia social puede dejar de aplicar medidas sanitarias específicas, pero todas ellas deben basarse en el respeto a la libertad humana y a la dignidad del individuo, sin distinciones basadas en el estilo de vida, el origen o la posición social.

Tercer punto: si se quiere tener alguna posibilidad de éxito en la lucha contra el sida hay que apostar por la educación y el incremento de la responsabilidad individual. La propagación del VIH no se detendrá con medidas coercitivas y autoritarias; habrá que optar más bien por un enfoque responsable e individualizado de los riesgos engendrados por el sida. ■

Cuadro 1. Número de casos de sida (por millón de habitantes).

	31 diciembre 1987	31 marzo 1994	Tasa de aumento
Suecia	19,4	115	5,9
España	20,2	619	30,6
Reino Unido	21,6	155	7,2
Italia	24,6	376	15,3
Alemania	27,4	137	5,3
Francia	55,3	506	9,1

*La tasa de aumento de la enfermedad en Alemania se explica en parte por la reunificación en 1990: en la ex República Democrática Alemana (al igual que en todos los países comunistas) el número de casos de sida era muy reducido, lo que acarreó una disminución estadística de las tasas para toda Alemania. Sin la reunificación, el número de casos de sida habría sido comparable al del Reino Unido.

Cuadro 2. Estado de la epidemia por países. Repartición de casos de sida declarados según las causas del contagio.

	Número total de casos	Homosexuales %	Toxicómanos %	Homosexuales toxicómanos %	Heterosexuales %	Derivados sanguíneos %	Origen desconocido %
España	24 202	15,6	70	2,2	7,6	2,8	5,8
Italia	21 770	14,6	66,1	2,3	10,3	2,2	4,5
Francia	30 003	48,8	23,8	1,5	15	5,8	5,1
Suecia	1 001	65,2	9,9	0,8	9,3	7,3	7,5
Alemania	11 179	69,1	13,1	0,9	5,9	5,6	5,4
Reino Unido	9 025	74,9	5,4	1,6	11,6	5,4	1,1

Nuevas pistas terapéuticas

por Jean-Marie Andrieu

¿Reduciendo la actividad del sistema inmunitario, será posible, paradójicamente, frenar la evolución de la enfermedad?

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a una categoría especial de glóbulos blancos, los linfocitos CD4: da origen a una enfermedad biológica caracterizada por la desaparición progresiva de esos linfocitos CD4 de los órganos linfoides. Esa desaparición se produce de manera clínicamente silenciosa en un lapso de tres a quince años con posterioridad al contagio. Cuando la desaparición de la dotación de CD4 es extrema, aparecen infecciones oportunistas que, pese a los tratamientos antibióticos, terminan por provocar la muerte. A fin de luchar contra la reproducción del virus y, por ende, contra la destrucción de los linfocitos CD4, la investigación se ha orientado hacia las moléculas antirretrovirales, la principal de las cuales es la zidovudina (AZT). Dicho medicamento frena, durante un periodo que por lo general no va más allá de algunos meses, la reproducción viral y, como consecuencia, la disminución de los CD4.

Un punto esencial para entender la pérdida de los linfocitos CD4 es el fenómeno de la activación. Se trata de un proceso que comprende una fase de proliferación celular acompañada de la emisión de moléculas biológicas y seguida de la muerte de las células, una muerte espontánea o provocada por células mortíferas de acuerdo con un proceso biológico llamado apoptosis. La activación es pues la causa de un consumo celular excesivo. Si se admite que la renovación de las células del sistema inmunitario no es indefinida, se entiende que un consumo celular crónico muy marcado pueda agotar el sistema inmunitario. Está comprobado desde hace tiempo que cuantos más sean los síntomas biológicos de activación tanto más rápida es la evolución de la infección. El nivel de activación de las células inmunitarias depende, por un lado, a la diversidad genética de los individuos y, por otro, al entorno; así, los numerosísimos agentes patógenos cuya presencia es endémica en África y en las zonas tropicales son sin duda factores permanentes de activación del sistema inmunitario, lo que tal vez explique la evolución más rápida de la infección con VIH en África.

Se entiende así que los tratamientos que inhiben parcialmente la activación excesiva del sistema inmunitario puedan, paradójicamente, frenar la activación de los CD4, y de ese modo preservar su dotación. La ciclosporina y los glucocorticoides son medicamentos de ese tipo cuyos efectos hemos estudiado en un número reducido de seropositivos.* En los seropositivos tratados durante un año con una pequeña dosis de glucocorticoides (0,5 mg/kg, luego 0,3 mg/kg) se ha observado una merma de la activación del sistema inmunitario, una estabilidad de la concentración del virus y un aumento de la tasa de CD4 unida a una disminución de su tasa de apoptosis. Ha de observarse sin embargo la máxima prudencia en la exploración de este tipo de tratamiento. Esperamos que en un futuro próximo los organismos de investigación sobre el sida estudien cuidadosamente estas nuevas pistas terapéuticas. En efecto, antes de resolver su utilización terapéutica, la relación beneficio/toxicidad de un tratamiento de esta índole debe ser evaluada con suma precisión. ■

* *Journal of infectious diseases*, marzo de 1995;
AIDS, enero de 1995; *Immunology today*, enero de 1995.

JEAN-MARIE ANDRIEU,

hematólogo francés, dirige el laboratorio de inmunología de los tumores en el Hospital Laennec de París.



Salud y

El respeto de los derechos humanos empieza a ser considerado un elemento esencial en las políticas de salud pública.



“... **U**n cierto nivel de integración socioeconómica es una de las condiciones indispensables para el buen funcionamiento físico y psíquico del individuo...”. A la izquierda, un niño de la calle en São Paulo, Brasil.

derechos humanos

por Jonathan Mann

En el umbral del siglo XXI la evolución de la medicina se caracteriza esencialmente por el fenómeno de la mundialización, que lleva consigo una circulación cada vez más intensa de las personas, las ideas y las mercancías a lo largo y lo ancho del planeta. La epidemia de sida muestra a las claras que hoy nos enfrentamos con nuevas enfermedades de carácter pandémico que amenazan a la humanidad en su conjunto.

Símbolo del carácter transnacional del mundo contemporáneo es el turismo, industria extraordinariamente dinámica y, al mismo tiempo, fuente de propagación de agentes infecciosos y de epidemias. El turismo de masas, que por definición se concentra en breves periodos de tiempo, tiende a saturar las infraestructuras sanitarias, agravando así los riesgos de epidemia.

Si la pandemia de sida nos choca e inquieta es porque pone en entredicho la visión tradicional de un mundo compartimentado en comunidades aisladas y muestra cuán expuestas se hallan nuestras sociedades al peligro de contagio general a causa de determinados agentes patógenos. La pandemia gana constantemente terreno y el número de seropositivos amenaza con superar la cifra de 100 millones en lo que queda del siglo. Ello deja al descubierto los límites de nuestra capacidad para hacer frente a los problemas mundiales en el ámbito de la salud.

Hoy tenemos plena conciencia de que en el horizonte empiezan a aparecer amenazas microbianas de carácter pandémico, pero estamos mal preparados para hacerles frente rápida y eficazmente. Las medidas sanitarias que hoy se aplican



Manifestación por los derechos humanos frente a Lighthouse, centro londinense que acoge a enfermos de sida.

a escala internacional se basan manifiestamente más en la concepción tradicional de un mundo compartimentado en Estados-naciones que en la realidad de nuestra aldea planetaria. Hay pues que inventar una nueva estrategia de alerta mundial a partir de una concepción más amplia, y casi diríamos ecológica, de la salud y la enfermedad.

Por una visión ecológica de la salud

Habría que empezar por definir la noción de salud, pues de ella depende en parte nuestra manera de reaccionar ante la enfermedad. La definición más generalmente admitida es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no es meramente la ausencia de una enfermedad determinada.” Esta definición supone un progreso respecto de antiguas concepciones, basadas en la enfermedad, la invalidez y la muerte, al inspirarse en la noción

más positiva de “bienestar”, valorizando además la acción sanitaria como proceso que “permite a las poblaciones controlar más estrictamente y mejorar su nivel de salud”. Como vemos, esta concepción moderna de la salud hace hincapié en su aspecto general y social.

A la evolución de la noción de salud corresponde un cambio en la práctica misma de la investigación médica internacional. ¿En qué consiste ese cambio? Ante todo, en la posibilidad de acceder al saber y de intercambiar experiencias. Por ejemplo, los intercambios mundiales de información sobre el VIH y el sida son más importantes que respecto de cualquier otra enfermedad y han resultado sumamente útiles para la acción preventiva. La idea inicial era que frente a una amenaza de tal envergadura todas las contribuciones son útiles, cualquiera sea el entorno social y cultural del que provengan.

Otro aspecto esencial se refiere a las modalidades de la investigación. Al principio la investigación sobre el sida adoptaba a menudo el cariz de un “safari africano”: los investigadores de los países industrializados llegaban como caídos del cielo a las zonas afectadas dispuestos a recoger información y volver inmediatamente a sus respectivos países para publicar los resultados de sus trabajos. Los primeros proyectos rara vez se ponían en práctica con un espíritu de sincera cooperación; en realidad respondían a una tradición colonial. Pero pronto se vio claro que el único medio de “moralizar” la investigación y de dar respuesta a las principales cuestiones planteadas era establecer una colaboración internacional digna de tal nombre.

La revolución de los derechos humanos

El mundo de la investigación médica no sólo ha evolucionado hacia un enfoque de carácter más ecológico; ha recibido además la influencia del concepto que más esperanzas entraña en nuestra época contemporánea, a saber, el de los derechos humanos.

Lo que caracteriza a los derechos humanos, en el sentido moderno del término, es que se trata de derechos inherentes a los individuos en cuanto tales, por el solo hecho de que son seres humanos. Esos derechos, cuya materia principal son las relaciones entre el individuo y el Estado, son los mismos para todos.* Pese a una serie de acaloradas polémicas en torno a la definición de los derechos humanos en uno u otro contexto filosófico o cultural, se observa en los planos comunitario, nacional e internacional una convergencia creciente de las preocupaciones, el vocabulario y las prácticas en este ámbito.

Pues bien, los derechos humanos ejercen una influencia considerable sobre los objetivos de la acción sanitaria y, por consiguiente, sobre la investigación médica. Para empezar, hoy sabemos que determinadas políticas y prácticas

"Voy a hablarles de Verónica que tiene siete años y demostrarles que siempre hay esperanzas: el análisis de sangre de Verónica muestra que no posee un solo T4, es decir que no tiene defensa alguna. A los cinco meses sufrió una neumopatía con dos paros cardíacos y un derrame en el pulmón derecho. Pero salió adelante, lo que significa que quería vivir. Verónica tiene unas ansias increíbles de vivir. Ahora no sufre de nada y se encuentra maravillosamente bien. Tuvo muchos problemas, uno tras otro: otitis, infección pulmonar, hasta que siguió el tratamiento AZT que pese a todo hizo efecto. Y tenemos la suerte de que lo tolera (...). Asiste a la escuela regularmente como todas la niñas de su edad y es buena alumna. Incluso sus resultados son mejores que los del promedio de la clase, pues los niños familiarizados con los hospitales suelen ser más maduros. Al ver a nuestra hija así no tenemos derecho a abandonar la lucha. Me digo que siempre ha habido epidemias y que algunos lograron sobrevivir. Entonces, ¿por qué no nos contaríamos entre ellos?"

en materia de salud pueden tener sobre la dignidad y los derechos de las personas efectos desastrosos que hay que evitar o, al menos, reducir en lo posible.

Por ejemplo, está claro que el acopio de información sobre la seropositividad de los pacientes o su predisposición al cáncer de mama o a las enfermedades cardiovasculares, puede interferir en ciertos casos con la defensa de sus derechos y de su vida privada. La divulgación (o la utilización abusiva por el Estado) de información relativa a la salud y los hábitos peligrosos (toxicomanía, sexualidad) de los individuos puede traducirse en la aparición de prácticas injustas y discriminatorias o (como ocurre por doquier en el caso del sida) la aplicación de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes: encarcela-

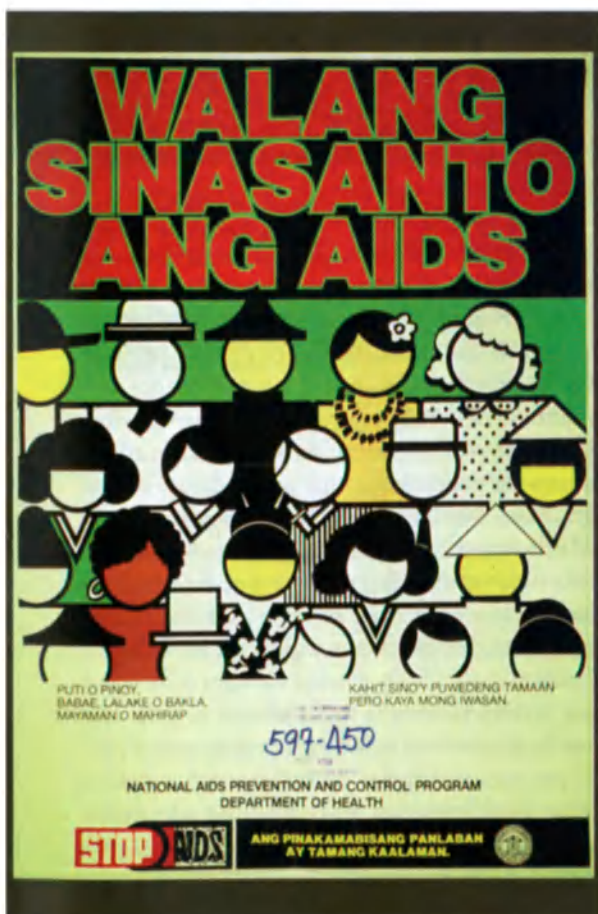
miento o exilio arbitrarios, ataques al honor o a la reputación, restricciones impuestas a la libertad de movimiento, al derecho a casarse o fundar una familia e incluso al trabajo o la educación.

Además, hay otro aspecto inquietante de la repercusión de las violaciones de los derechos humanos sobre la salud. No se trata sólo de las violaciones flagrantes, como la tortura, los malos tratos, las "desapariciones" y las ejecuciones sumarias. En realidad, puede decirse que toda conculcación de los derechos humanos tiene consecuencias funestas para la salud. Si un gobierno autoriza la venta de cigarrillos sin informar al consumidor de los desastrosos efectos del tabaco sobre la salud, hay en realidad una violación del derecho a la información cuyas consecuencias pueden cuantificarse tratándose de enfermedades e incapacidades a menudo mortales, como cánceres, trastornos cardiovasculares o respiratorios, que habrían podido evitarse. Lo mismo puede decirse de la negativa de las autoridades a divulgar información científica vital relativa, por ejemplo, a la contracepción o los medios de luchar contra el sida.

Según las concepciones modernas en materia de salud, el equilibrio físico y mental, así como la realización del individuo en el plano social, dependen de condiciones subyacentes cuya importancia decisiva reconoce todo el mundo. Y, sin embargo, nada o casi nada se ha hecho para identificar mejor las características, la importancia y las posibles interacciones de esas condiciones.

El análisis más perspicaz hecho hasta ahora es el relativo al nexo entre la salud y la situación socioeconómica. Tal vínculo es sin duda alguna estrecho, pero respecto de ese estudio cabe hacer dos observaciones importantes: en primer lugar, no se ha encontrado una explicación válida de la multiplicación de casos atípicos que se apartan de esa norma; en segundo lugar, el personal sanitario, consciente de la relación entre pobreza y enfermedad, se enfrenta con un problema cuya solución no está a su alcance. ¿No existe el peligro de que, si se reconoce que cierto nivel de integración socioeconómica es una de las condiciones indispensables para el buen funcionamiento físico y psíquico del individuo, se fomente la pasividad y

"Del sida no se salva nadie", cartel del Ministerio de Salud en Filipinas.



JONATHAN MANN, estadounidense, fundador y ex director del Programa Mundial contra el Sida de la Organización Mundial de la Salud, es actualmente titular de las cátedras de Salud pública y derechos humanos y de Epidemiología y salud internacional en la Universidad de Harvard, donde dirige también el Centro Internacional sobre el Sida.

El diálogo entre representantes de los servicios de salud y militantes de los derechos humanos no siempre ha sido fácil, sobre todo al principio, cuando preveían las medidas de precaución tradicionales: análisis obligatorios, aislamiento y cuarentena.

hasta el derrotismo en el plano médico, al comprobar que no se puede actuar en el plano socio-económico?

Una estrategia mundial contra el sida

En todo caso, se perfilan dos enfoques para tratar de definir con mayor precisión esas “condiciones indispensables”. Es en este punto donde interviene la noción moderna de derechos humanos al servicio de una estrategia mundial concertada, cuyo prototipo ha elaborado ya manifiestamente la OMS en su lucha contra el sida.

El diálogo entre representantes de los servicios de salud y militantes de los derechos humanos no siempre ha sido fácil, sobre todo al principio, cuando médicos y políticos se esforzaban por combatir los avances de la enfermedad por medios tradicionales: análisis obligatorios, aislamiento y cuarentena. Esta reacción agresiva era fruto de un clima de miedo, agravado por el carácter marginal de los grupos inicialmente más afectados —homosexuales y toxicómanos. Los militantes en favor de los derechos humanos denunciaban esta actitud coercitiva en el marco de un debate en que se enfrentaban el interés público y los derechos del individuo. Pero, tras madura reflexión sobre la experiencia acumulada gracias a los programas de prevención, los responsables acabaron por reconocer que las políticas represivas contradecían la finalidad perseguida al marginar aun más a las personas expuestas, socavando así la eficacia de las campañas de prevención y de información, y la acción de los servicios de asistencia médica.

La idea de que el respeto de los derechos

humanos podía ser un elemento positivo, incluso esencial, de una campaña de salud pública acabó por imponerse, pero no a partir de consideraciones teóricas sino como resultado de la experiencia. Hubo pues que elaborar nuevas bases conceptuales para que en el sentir colectivo el respeto de los derechos humanos y de la dignidad del individuo quedara asociado a los imperativos de la salud pública.

Este modelo global de la OMS funciona bien en el marco limitado de una comunidad o un proyecto piloto, pero no ha logrado generalizarse ni modificar sensiblemente el curso natural de la pandemia. Diez años después de la identificación del virus del sida, y pese a la energía, la imaginación y la abnegación desplegadas en la batalla, queda claro que los esfuerzos actuales no son en modo alguno suficientes para frenar el avance planetario de la enfermedad.

Sida y discriminación social

En cambio, gracias a la experiencia de estos diez años se ha podido descubrir que el progreso de la epidemia guarda relación con un factor de riesgo perfectamente identificable. Los factores de riesgo que hasta ahora la medicina y la epidemiología clásicas tomaban en consideración tenían que ver sobre todo con ciertos comportamientos individuales (tabaquismo, toxicomanía, sexualidad). Pues bien, se ha observado que en el caso del sida existe también un coeficiente de riesgo social, colectivo, derivado de la importancia y el carácter de la discriminación existente dentro de un grupo social o de un país determinados. No se trata aquí de la discriminación de que son víctimas los seropositivos o los enfermos de sida, que en realidad es sólo consecuencia de la pandemia, sino de la discriminación social anterior a la enfermedad.

Se ha podido comprobar que esa discriminación tiene efectos negativos respecto de la prevención en dos niveles.

En primer lugar, la discriminación socava la eficacia de todos los elementos de los planes de acción preventiva contra el virus. Quienes son objeto de discriminación tienen menos posibilidades de recibir educación y formación adaptadas a sus necesidades, que por lo demás suelen ignorarse. Por ejemplo, la información sobre el sida destinada a las personas aquejadas de sordera o de insuficiencia auditiva se ha revelado durante mucho tiempo escasa o inexistente. Por otra parte, los grupos marginados no siempre tienen acceso a los servicios sociales o de salud que intervienen en la lucha contra el sida. Les resulta igualmente más difícil organizarse y participar en los debates de carácter informativo sobre la enfermedad y las medidas adoptadas para luchar contra ella. Por último, son los primeros afectados por las medidas coercitivas. Así es como, a causa de la discriminación social,



Cartel de la tercera conferencia sobre el VIH/sida y los problemas conexos en las comunidades autóctonas del Canadá.

EDUCATION ABOUT AIDS



EVERYBODY'S
BUSINESS

Cartel diseñado por Bronwyn Bancroft, artista aborigen australiano, que ilustra la necesidad de información sobre los programas de distribución de jeringas y la importancia del "sexo con menor riesgo".

los primeros excluidos de los programas de lucha contra el sida son quienes más necesidad tienen de ellos.

Pero hay otro nexo, aun más directo y más grave, entre la discriminación social y la vulnerabilidad frente al virus del sida. El principio básico de todo programa de protección contra el virus consiste en informar a la gente para que utilice plena y libremente esa información a fin de modificar en consecuencia su comportamiento. Ahora bien, los tipos de comportamiento que podemos elegir están en gran parte dictados, y limitados, por la posición que ocupamos y el papel que desempeñamos en la sociedad. Un joven al que se aconseja la utilización del preservativo y que ha recibido una educación que le ofrece perspectivas brillantes no reaccionará del mismo modo que uno que sabe que prácticamente no tiene posibilidad alguna de encontrar trabajo. Dejar que cada cual elija libremente equivale a afirmar, erróneamente, que todos

podemos elegir o, en todo caso, que tenemos las mismas posibilidades de elegir.

En numerosos países del Tercer Mundo, una mujer, aun sabiendo que su marido es seropositivo, no suele tener ningún medio para protegerse contra la infección, porque en una sociedad dominada por los hombres la separación o el divorcio equivalen a menudo para la mujer a una sentencia de muerte cívica y económica.

Los perniciosos resultados del chovinismo masculino

Las asociaciones femeninas hacen bien en luchar por la modificación de las leyes sobre el divorcio, el matrimonio y el régimen matrimonial; para ello les sobran las razones, empezando por la de combatir el sida. Esa modificación, al convertir a la mujer en una compañera sexual más libre y responsable, resultaría seguramente más eficaz para combatir la enfermedad que la distribución en masa de folletos explicativos o de preservativos. Es a todas luces manifiesto que la discriminación sexual entraña para las mujeres un mayor peligro como consecuencia directa de la inferioridad de su condición y de la negativa a reconocerle sus derechos. Y en ese sentido es legítimo afirmar que el predominio social del hombre, exactamente igual que otros problemas como las enfermedades hereditarias y la violencia sexual, constituye una amenaza para la salud pública.

En resumen, hoy sabemos que el sida avanza allí donde los individuos no están en condiciones de informarse y reaccionar, lo que esencialmente ocurre en los grupos marginados, excluidos o víctimas de discriminaciones. De ello se infiere que, cuanto mejor sepa una sociedad luchar contra la discriminación e imponer el respeto de los derechos y la dignidad de todos y cada uno de sus miembros, más fácilmente logrará poner dique a los avances del sida, porque de ese modo habrá sabido atacar la pandemia en sus causas más profundas.

Como conclusión, diremos que el mejor medio para definir los requisitos esenciales de la salud —es decir los parámetros sociales que la determinan— consiste en tener siempre en cuenta los derechos humanos más que los criterios tradicionales, físicos y biológicos, de los médicos. En ese sentido puede afirmarse que toda campaña de promoción y de protección sanitaria depende directamente de la voluntad de fomentar el respeto de los derechos humanos, tanto a escala mundial como dentro de las fronteras de cada país. ■

* Enuncian los derechos humanos varios instrumentos internacionales fundamentales, en particular la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Carta de las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en conjunto constituyen lo que suele llamarse "Carta Internacional de Derechos Humanos".

Perspectivas de una vacuna antisida

por Marc Girard



La obtención de una vacuna contra el sida plantea problemas muy complejos, a la vez científicos y económicos.

La obtención de una vacuna para prevenir la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) plantea un extraordinario desafío a la investigación biomédica.

Las simples medidas profilácticas que podrían frenar la propagación del virus —control meticuloso de las donaciones de sangre, esterilización adecuada del material quirúrgico y las agujas, utilización del preservativo— son frecuentemente inaplicables en los países en desarrollo, ya sea por su costo, ya porque tropiezan con hábitos o barreras culturales muy difíciles de superar. De ahí la necesidad de una vacuna, la mejor protección conocida ante otras enfermedades virales.

Ahora bien, tras doce años de investigaciones intensivas no hemos conseguido todavía una vacuna contra el sida. Es imposible predecir cuándo podremos contar con ella e incluso si llegaremos a encontrar un medio de inmunizarnos contra un virus dotado de una variabilidad aparentemente infinita, capaz de permanecer oculto mucho tiempo en el organismo de las personas infectadas.

La cromatografía, una de las etapas finales de purificación de una vacuna experimental anti-VIH producida en el Reino Unido mediante Ingeniería genética.

La dificultad de obtener una vacuna

¿Por qué resultan inoperantes contra el VIH los métodos clásicos que han permitido producir

vacunas contra las enfermedades virales “corrientes”? Este fracaso se explica por la naturaleza de este virus y por el carácter persistente de la enfermedad que provoca. El VIH es en efecto un retrovirus, capaz de implantar su genoma en el de las células que infecta, que lo transmiten así en sus cromosomas de una generación a otra.

El VIH cuenta con medios aun más potentes que la mayoría de los retrovirus. Estos se reproducen lentamente en las células infectadas y no bloquean el mecanismo de crecimiento celular, permitiendo así que el organismo sobreviva. El VIH, en cambio, dispone de una serie de genes que, una vez activados, le permiten crecer muy deprisa y matar la célula infectada tras obligarla a producir una enorme cantidad de partículas virales. Se estima que los individuos seropositivos asintomáticos pueden producir más de dos mil millones de partículas de VIH al día.

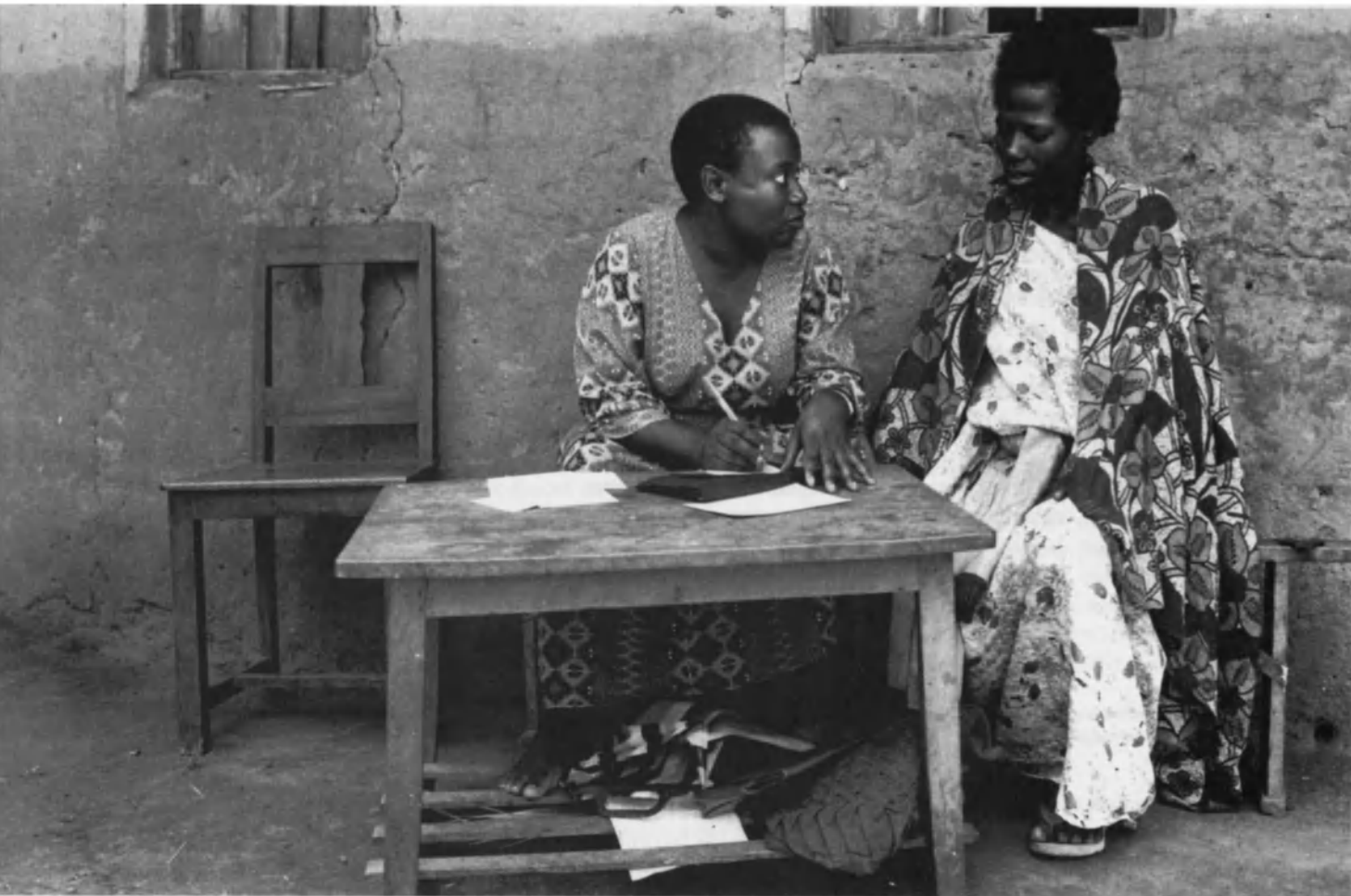
Si el VIH puede persistir en el organismo humano, ello se debe también a que es capaz de sustraerse al efecto neutralizante de los anticuerpos. Disimulado en el interior de la célula infectada, donde puede permanecer en estado latente, escapa a la vigilancia del sistema inmunitario. Por medio de la fusión celular puede pasar de una célula a otra sin entrar en contacto con los anticuerpos circulantes. También puede ser transportado por las células infectadas a órganos como el cerebro, en los que la vigilancia inmunitaria es casi inexistente.

Por último, la persistencia del VIH se explica porque ataca a dos de los principales agentes del sistema inmunitario, los linfocitos T CD4+ (también llamados T auxiliares) y los macrófagos. Al mismo tiempo el virus perturba la comunicación entre las distintas células del sistema inmunitario, provocando alteraciones graves.

Prototipos de vacunas anti-VIH-1

El VIH tiene una extraordinaria capacidad de transformación, tanto de un sujeto a otro como en un mismo sujeto. En este sentido apenas se diferencia del virus de la poliomielitis o del de la gripe, pero mientras este último sólo permanece unos días en el organismo infectado, el VIH se multiplica





Esta enfermera ambulante ugandesa se traslada de una localidad a otra para visitar a los enfermos de sida y darles consejos y medicamentos.

durante años, lo que deja tiempo sobrado a la aparición y estabilización de las variantes.

La mayoría de las vacunas potenciales contra el VIH-1, causante de la pandemia de sida, que se han ensayado hasta ahora en chimpancés y en voluntarios humanos pertenecen al tipo de vacunas llamadas “subunidades”, compuestas por antígenos purificados asociados a un adyuvante. La eficacia de estos prototipos de vacunas en animales como los chimpancés ha quedado demostrada. Más recientemente se ha comprobado que la inmunización inducida en el chimpancé con antígenos (sustancias que estimulan la producción de anticuerpos) de una cepa viral (VIH-1-MN) los protegía también de la inoculación con otra cepa (VIH-1 SF2). Así pues, cabe la posibilidad de que las vacunas subunidades contra el VIH-1 garanticen una inmunidad cruzada contra distintas cepas pertenecientes al mismo subtipo viral.

Estos resultados, aunque muy alentadores, son solamente preliminares. En primer lugar no se ha realizado todavía ningún ensayo de protección contra la infección en los animales por vía sexual. Las inoculaciones en chimpancés se han hecho por inyección intravenosa, cuando en la naturaleza el VIH se transmite fundamentalmente por contacto sexual.

En segundo lugar, se ha observado que las cepas de VIH-1 utilizadas en esos ensayos eran distintas de las cepas salvajes aisladas en pacientes humanos. Producidas en laboratorio, son inactivadas fácilmente por los anticuerpos neutralizantes, que no actúan en las cepas aisladas en los pacientes.

En tercer lugar, las inoculaciones en animales suelen producirse poco después de una inmunostimulación, esto es, muy cerca de la respuesta inmunitaria máxima. Como la respuesta

MARC GIRARD,

bioquímico francés, es jefe de la Unidad de Virología Molecular y subdirector del Instituto Pasteur de París. Es miembro de los Comités de Orientación del Programa Mundial contra el Sida y del Programa Mundial de Vacunas e Inmunización de la Organización Mundial de la Salud.

“Al principio cuando supe que era seropositivo creí que también tenía sida. No distinguía una cosa de otra. Me llevó quince días comprender, documentarme... El médico que me anunció el resultado me dijo que en esos casos la familia es el mejor apoyo. Llamé a mi familia por teléfono y mi padre reaccionó muy mal. Me reprochó aguarles las fiestas de fin de año: ‘Podrías haber esperado!’”

provocada en el chimpancé por las vacunas anti-VIH-1 es pasajera, cabe preguntarse si éstas podrían inducir una memoria inmunitaria suficiente para proteger a la larga en un medio natural.

Por último, en los ensayos realizados en animales no se ha logrado establecer correlaciones reproducibles de protección que puedan utilizarse para predecir la eficacia de una vacuna. Dicho de otro modo, no tenemos ningún criterio para medir su eficacia potencial.

¿Deben ensayarse los prototipos de vacunas en seres humanos?

Antes de abordar las pruebas de eficacia en gran escala (fase III) en poblaciones expuestas mediante ensayos doblemente ciegos y comparación con un placebo, es preciso asegurarse de la inocuidad e inmunogenicidad (la capacidad de estimular la inmunidad) de uno o varios prototipos de vacunas en grupos reducidos de voluntarios humanos. Algunos de estos prototipos se han ensayado ya en voluntarios y se han comprobado su tolerancia y la aparición de anticuerpos, pero seguimos sin saber si esas vacunas protegerían al ser humano de la infección. Para ello hay que realizar un ensayo de eficacia.

Los institutos nacionales de salud de Estados Unidos decidieron hace poco aplazar las pruebas de eficacia de las vacunas de subunidades anti-VIH-1 hasta que no se disponga de suficientes datos científicos que justifiquen una relativa confianza en su capacidad de protección. Estimaban, además, que las vacunas basadas en varios antígenos virales podían resultar más eficaces. Por último, temían que los voluntarios participantes en las pruebas, creyéndose protegidos, modificaran su comportamiento y corrieran más riesgos de contagiarse.

Sin embargo, en una reunión reciente de la OMS se acordó que podían iniciarse los ensayos clínicos de la fase III para comprobar si los prototipos de vacunas inducen una inmunidad protectora en el ser humano. Estas actitudes con-

Sería inaceptable ensayar una vacuna en un país en desarrollo que no pudiera después adquirirla a causa de su elevado precio. Asimismo resulta éticamente inaceptable la idea de producir una vacuna segura, compleja, pero muy cara, para los países industrializados, y otra barata y poco fiable para los países en desarrollo.

trapuestas se deben a las distintas necesidades en materia de salud pública según los países, lo que explica que las recomendaciones puedan variar de una región a otra. Ahora bien, cualquiera sea el país de que se trate deben existir todas las garantías científicas y éticas indispensables al planificar este tipo de pruebas.

Los ensayos en los países en desarrollo

La organización de estos ensayos en los países en desarrollo plantea numerosos problemas, tanto técnicos como éticos.

Una de las primeras dificultades técnicas es que, pese a todos nuestros esfuerzos, no hemos logrado todavía producir una vacuna anti-VIH polivalente, "universal", a base de determinantes antigénicos conservados. Así pues, es imprescindible preparar vacunas específicas adaptadas a las distintas cepas de VIH-1 que circulan en los países en desarrollo.

Otra dificultad técnica es la necesidad de reforzar las infraestructuras sanitarias de esos países, es decir, los hospitales y los laboratorios, sin olvidar la formación del personal local. Es inconcebible realizar ensayos clínicos en varios cientos o miles de voluntarios sin contar con el correspondiente apoyo logístico y profesional en el terreno.

Desde el punto de vista ético, es muy inquietante que los ensayos en gran escala puedan provocar una modificación del comportamiento sexual. Sería peligroso que los voluntarios participantes en esas pruebas dejaran de tomar las necesarias medidas de prevención. Así pues, uno de los requisitos previos más importantes para poder realizarlas es educar e informar a la población. Hasta las personas más instruidas confunden muchas veces el uso preventivo de las vacunas con su utilización inmunoterapéutica. No faltan pues razones para temer que personas más sencillas y más expuestas se creen erróneamente protegidas por la vacuna.

Otro problema es saber si una vez realizadas

Toda preparación vacunal debe ensayarse primero con animales y, hasta ahora, sólo los chimpancés han sido sensibles a la infección por VIH-1, aunque no contraen la enfermedad. Ahora bien, se trata de animales difíciles de criar y muy caros, lo que constituye una dificultad adicional para la obtención de una vacuna contra el sida.





Miradas diferentes

por Marie-Thérèse Bocabeille

CUIDAR EL TERRENO

La medicina moderna aun no tiene nada eficaz que proponer a los enfermos de sida, pese a los extraordinarios progresos tecnológicos, químicos, quirúrgicos y radioterapéuticos de estos últimos años. Al mismo tiempo, los principios ancestrales de las medicinas tradicionales no se tienen en cuenta. Ahora bien, aunque estas últimas no pretenden frenar la epidemia, pueden sin embargo contribuir en gran medida al fortalecimiento de las defensas inmunitarias y a la prevención de las enfermedades oportunistas.

Según el Dr. Christian Tal Schaller, que practica desde hace veinticinco años las medicinas suaves, hay dos escuelas de pensamiento. Por un lado, los partidarios del virus, que piensan que es la única causa o la causa principal de la inmunodeficiencia. Por otro, los facultativos que siguen las corrientes de las medicinas naturales de todos los países y que se guían por la palabra del gran fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878): "El virus no es nada, el terreno lo es todo."

¿Qué es entonces el terreno? Es el conjunto de diversas partes de un individuo que sería demasiado simple limitar a su envoltura física. A los componentes materiales ya complejos hay que añadir las energías sutiles, así como los campos de conciencia que cumplen un papel esencial en todo proceso de mejoría.

La medicina moderna, por avanzada que esté, sólo se ocupa de las enfermedades del cuerpo físico, que estima vienen del exterior —¿no se habla acaso de "contraer" una enfermedad?— sin que al individuo le quepa ninguna responsabilidad por lo que le sucede.

Ahora bien, hay que reconocer que esta concepción del problema no permite explicar, entre otras cosas, por qué todos los seropositivos no mueren, ni por qué algunos seropositivos han vuelto a ser seronegativos.

En el estado actual de la situación, nadie puede darse el lujo de ignorar las pistas que ofrecen las medicinas tradicionales, dejar de explorarlas, o burlarse de ellas.

TESTIMONIO: "CÓMO VOLVÍ A SER SERONEGATIVA"

Tras un diagnóstico que la declaraba seropositiva en 1985, Niro Markoff Assistant, una terapeuta belga residente en Estados Unidos, se demora en aceptar la realidad y en reconocer la responsabilidad que le cabe en el deterioro de su organismo. Como su médico se declara incapaz de tratarla, decide afrontar la situación con sus propios medios. Utilizando al máximo los quinientos días de respiro que se le conceden, se embarca en un viaje de descubrimiento de sí misma, de su cuerpo y de su espíritu.

Un año después, Niro Assistant vuelve a ser seronegativa. Transfigurada por su experiencia, crea la Fundación para la Experimentación de la Autocuración con respecto al Sida, y a partir de ese momento le dedica su vida. "El sida, escribe, es el instrumento de transformación más poderoso que jamás hemos tenido a nuestro alcance en el plano colectivo. Verdadera bomba en las profundidades de la sociedad, nos obliga a reevaluar todos los fundamentos de la vida, tal como la conocemos. Sacude a la comunidad médica y a las industrias ligadas a ella, y afecta a los sistemas educativo y judicial. Nos obliga a revisar nuestros valores, nuestra moral y nuestra identidad."

EL VIRUS, CONDICIÓN NECESARIA PERO NO SUFICIENTE

El virus VIH no basta para engendrar el sida, pues no todos los seropositivos desarrollan la enfermedad. Por consiguiente, es lógico pensar que existen otros factores, o más bien cofactores.

Un centro de investigación californiano elaboró una lista de cofactores capaces de contribuir a la aceleración de la inmunodeficiencia o, por el contrario, a atajarla. Algunos son de carácter psicológico, como el estrés, la depresión, el dolor, la convicción de un desenlace fatal. Otros tienen que ver con la higiene de vida, como la nutrición, la oxigenación, el sueño o el ejercicio. La atención terapéutica y la relación con el facultativo, así como la capacidad de autocuración, también forman parte de ellos.

TESTIMONIO: "LA SEROPOSITIVIDAD NO ES UNA SENTENCIA DE MUERTE"

Tras un diagnóstico que lo declaraba seropositivo en 1986, Mark Griffiths, músico de nacionalidad británica, consagró inmediatamente sus energías a mejorar su calidad de vida. Aprende a conocerse y a amarse, y a estar en paz consigo mismo. Se pone a la escucha de su energía vital y se dedica a desintoxicarse física y mentalmente por métodos naturales. Restablece progresivamente el vínculo entre su ser íntimo y su organismo. Siguiendo su evolución personal, sin una receta milagrosa pero con una gran confianza en su intuición, se convierte en su propio médico.

En el verano de 1990 Mark Griffiths descubre un texto titulado *¿El virus del sida es un asunto de ciencia ficción?* del profesor Duesberg, de la Universidad de Berkeley en California. El texto aclaraba muchas de sus dudas y de sus interrogantes acerca de las futuras enfermedades oportunistas que se le habían anunciado al diagnosticar su estado. En septiembre del mismo año publica un estudio titulado *Sida: el aprendizaje, Curarse para liberarse*, en el que recoge los testimonios de los que denomina supervivientes de largo plazo.

Decidido a estimular la publicación de investigaciones alternativas, pero científicas y rigurosas, se convierte en el campeón de una mirada diferente y de un nuevo debate. Para él, la seropositividad no debe confundirse con una condena a muerte. Lucha por la libertad de opción terapéutica de los enfermos. Ha creado una red que recoge los testimonios de personas que se encuentran bien de salud después de una enfermedad grave, de científicos que sostienen la tesis de la regeneración natural, de terapeutas que enseñan la autocuración. El sida es ahora para él una "fuente interior de desarrollo adquirido". ■

Dr. Christian Tal Schaller, 32 Av. Petit Senn, 1225 Chêne-Bourg, Ginebra (Suiza).

Niro Markoff Assistant, *Comment je me suis guérie du sida et suis redevenue séronégative*, ed. Vivez Soleil, Ginebra, 1992.

LIFE (Learning Immune Function Enhancement), Programme d'enseignement de santé pour séropositifs, Aids response programme, Center for social services, 3916 Normal Street, San Diego CA 92163, Estados Unidos.

Mark Griffiths, 87 chemin du Vélard, F-01710, Thoiry (Francia)

las pruebas se podrá disponer de la vacuna. Sería inaceptable ensayar una vacuna en un país en desarrollo que no pudiera después adquirirla a causa de su elevado precio. Asimismo resulta éticamente inaceptable la idea de producir una vacuna segura, compleja, pero muy cara, para los países industrializados, y otra barata y poco fiable para los países en desarrollo.

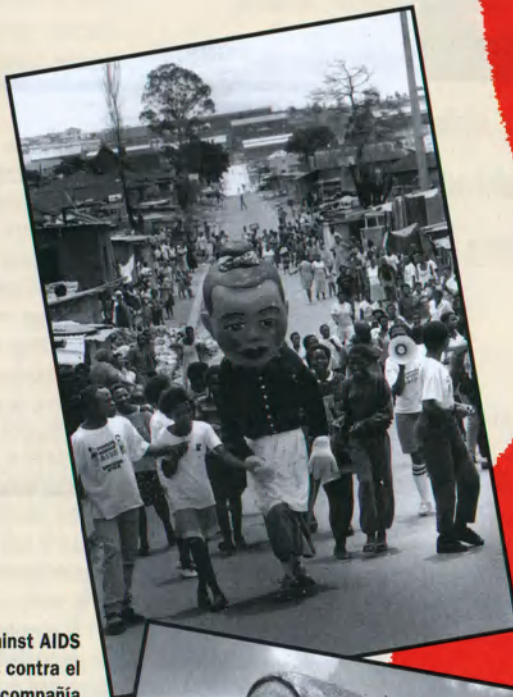
Una vacuna al alcance de los países pobres

Es evidente que el éxito de una vacunación depende de las características de la propia vacuna, su inocuidad, eficacia, duración de la protección, estabilidad, número de dosis necesarias para una inmunización completa y, por último, factor muy importante, su costo. Se están ejerciendo ya fuertes presiones políticas para que los países en desarrollo puedan adquirir la vacuna anti-VIH a un precio módico. Ciertamente es que habrán de transcurrir aun varios años antes de que se comercialice, pero no es prematuro que las autoridades sanitarias vayan preparando el terreno con miras a una campaña mundial de prevención del sida. Hay que tener presente, sin embargo, que la preparación de una nueva vacuna es un proceso sumamente oneroso, sometido a reglamentaciones, controles de calidad y criterios de seguridad cada vez más draconianos. Los estudios clínicos son muy costosos, al igual que la propia investigación. Sólo en Europa y Estados Unidos, las investigaciones para obtener una vacuna contra el sida han costado ya varios miles de millones de dólares en los últimos diez años.

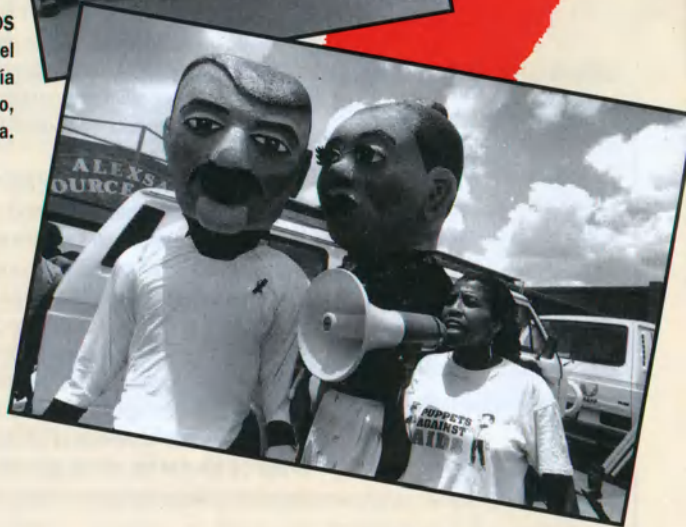
Las repercusiones financieras para la industria farmacéutica no serán muy grandes, ya que las vacunas son mucho menos rentables que los medicamentos. ¿Qué hacer para que los países en desarrollo puedan disponer de ella?

Se podría pensar en fijar un precio muy bajo para esos países, que compensara el alto precio de la vacuna en los países desarrollados. Pero, ¿hasta dónde se puede abaratar el precio? Según estimaciones, la vacuna anti-VIH se administraría a unas 300.000 personas por año en todo el mundo, lo que equivaldría a 1.200.000 de dosis, sin contar las revacunaciones. Fabricar, controlar y distribuir tal cantidad de dosis costaría muchos miles de millones de dólares.

Hay que encontrar un medio de remunerar aceptablemente a los fabricantes, suministrando al mismo tiempo la vacuna a los países en desarrollo a un precio asequible. Tal vez podría comprarla una organización internacional, como ya están tratando de hacer con las vacunas clásicas el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Pero el éxito de esta operación dependerá exclusivamente de la buena voluntad de los países industrializados. ■



Puppets against AIDS
(Títeres contra el sida), una compañía de Johannesburgo, Sudáfrica.



Maw Lum Drama, compañía tailandesa formada en el marco de un proyecto de prevención en zonas rurales.

y sida: el mensaje de los artistas

Fotos y texto tomados de un reportaje de Erika Lüdecke



Teatro Sociedad Anónima, grupo chileno de teatro callejero.

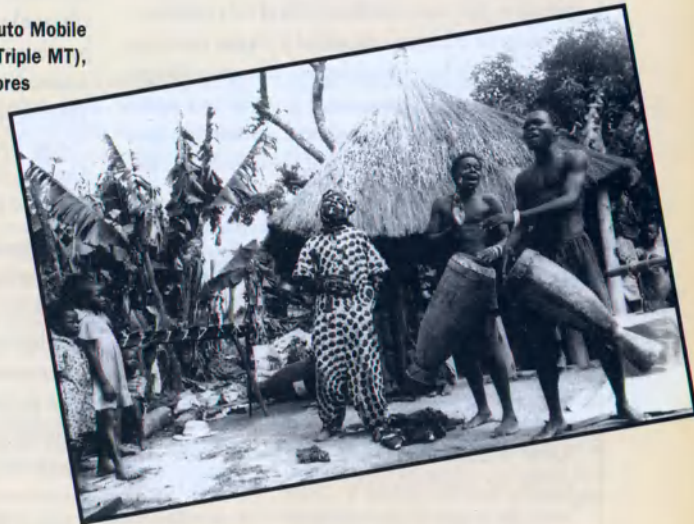


American Dakotas Indian Dance Group, bailarines dakotas, Estados Unidos.

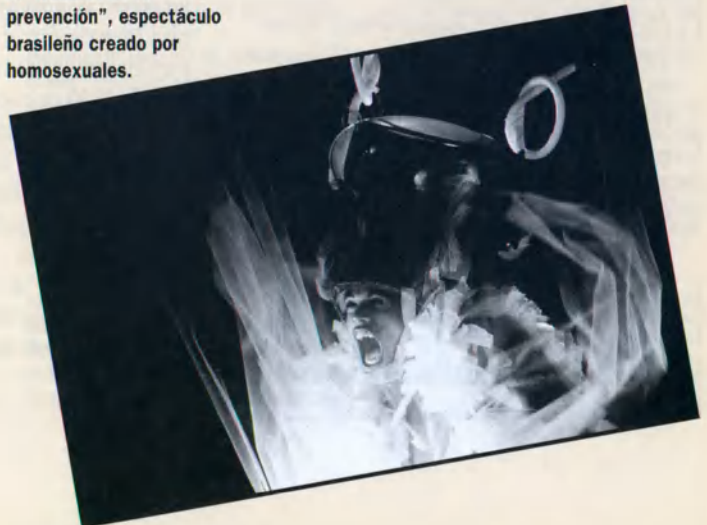


Con motivo de la 9a. Conferencia Internacional sobre el Sida (Berlín, 1993), la Deutsche AIDS Hilfe, que agrupa a las diversas asociaciones de lucha contra el sida en Alemania, organizó, en cooperación con la Comisión Nacional Alemana para la UNESCO, un festival "Cultura-sida" único en su género. Durante una semana, artistas del mundo entero (pintores, escultores, rockeros, raperos, titiriteros, actores) desplegaron todos los recursos de su arte para sensibilizar al público y estimular la prevención. Entre los más originales, destacan los actores y bailarines callejeros que hicieron alarde de imaginación para difundir su mensaje de manera expresiva y accesible.

Mwanza Masauto Mobile Theater (Triple MT), músicos y actores ambulantes de Zambia.



El "Cabaret de la prevención", espectáculo brasileño creado por homosexuales.



Naciones Unidas: un programa conjunto contra el sida

Para luchar mejor contra la propagación del sida, seis organizaciones de las Naciones Unidas —la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), convinieron en coordinar su acción en el marco de un programa conjunto de lucha contra el VIH/Sida. El programa, que comprenderá las actividades que se ejecutan actualmente y será administrado por la OMS, en Ginebra, se hará efectivo en enero de 1996.

Los organismos especializados aludidos participan decididamente en la lucha contra el sida desde hace casi diez años, como demuestra la siguiente reseña de sus numerosas actividades en la materia:

Organización Mundial de la Salud: su Programa Mundial contra el Sida ayuda a los países afectados a adoptar medidas inmediatas para hacer frente a la crisis y luego a establecer programas nacionales de prevención a largo plazo. Casi todos los países se han movilizado contra el sida inspirándose en su estrategia mundial y en sus consejos técnicos y de funcionamiento. Al mismo tiempo la OMS proporciona recursos financieros y material, se encarga de la vigilancia epidemiológica, apoya la elaboración de vacunas y la investigación de nuevos métodos de prevención.

OMS, 20 avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. Télex: 41 54 16; teléfono: (41-22) 791 46 52; telecopia: (41-22) 791 03 17.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: el PNUD está empeñado principalmente en atenuar las repercusiones sociales y económicas de la epidemia, y en minimizar sus efectos sobre el desarrollo humano. Lleva a cabo una acción de sensibilización, se preocupa de fortalecer las capacidades comunitarias, apoya los programas en favor de la mujer y ayuda a aplicar estrategias multisectoriales.

PNUD, One United Nations Plaza, Nueva York, N.Y. 10017, Estados Unidos. Télex: 125 980, 236 286, 422 862; teléfono: (1-212) 906 5000; telecopia: (1-212) 826 2057.

Banco Mundial: primera fuente de financiamiento de los programas de prevención, el Banco Mundial es un factor clave de la guerra contra el sida. Desde 1986 ha otorgado en total más de 500 millones de dólares de préstamos para el financiamiento de programas de prevención en unos cuarenta países.

Banco Mundial, 1818 H Street NW,

Washington DC 20433, Estados Unidos. Télex: RCA 248423, ITT 440098, WUI 64145; teléfono: (1-202) 477 1234; telecopia: (1-202) 477 6391.

Fondo de Población de las Naciones Unidas: en 1992 el FNUAP apoyaba las actividades de prevención y de lucha contra el sida en 84 países. Su contribución consiste sobre todo en proporcionar información y consejos de prevención, así como en distribuir preservativos, en el marco de sus campañas de planificación familiar y de salud de los lactantes y de las madres.

FNUAP, 220 East 42nd Street, Nueva York, N.Y. 10017, Estados Unidos. Télex: 7607883; teléfono: (1-212) 297 5011; telecopia: (1-212) 370 0201.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: el UNICEF lleva a cabo también una acción informativa a través de sus programas escolares y de educación sanitaria, en particular con las mujeres y los niños "en situación de riesgo". Por otra parte, ofrece programas de formación y de orientación a quienes están en contacto con los enfermos y su familia, y ayuda a desarrollar los servicios de salud primaria, insistiendo en la esterilización del material médico. Por último, se preocupa de los huérfanos del sida, cada vez más numerosos.

UNICEF, UNICEF House, 3 United Nations Plaza, Nueva York, N.Y. 10017, Estados Unidos. Télex: 7607848, 175989; teléfono: (1-212) 326 7000; telecopia: (1-212) 888 7465.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura: la UNESCO defiende un enfoque interdisciplinario de los problemas vinculados al sida, asociando un buen conocimiento de sus dimensiones socioculturales y científicas al dominio de las técnicas de comunicación. Varios proyectos piloto UNESCO/OMS de educación escolar para la prevención del sida, adaptados a cada contexto sociocultural, se han realizado en diversas regiones. En la sede de la Organización en París se ha instalado un centro de documentación encargado de acopiar, intercambiar y difundir material didáctico para jóvenes en edad escolar (ASERC), que reúne más de 2500 publicaciones y 150 películas de video del mundo entero. A ello se añade la publicación regular de bibliografías y de extractos selectivos de material didáctico, así como la elaboración de guías pedagógicas y de prototipos de material didáctico.

UNESCO, 7 Place de Fontenoy, 75352 París 07 SP, Francia. Télex: 204461 París, 270602 París; teléfono: (33-1) 45 68 09 29; telecopia: (33-1) 47 83 27 10.



La Fundación Mundial de Investigación y Prevención del Sida fue creada en

enero de 1993 por Federico Mayor, Director General de la UNESCO, y Luc Montagnier, descubridor del famoso virus. Bajo la presidencia de este último la Fundación se ha fijado como objetivos movilizar la iniciativa privada y forjar nuevas formas de asociación y de cooperación, en particular en el terreno de la investigación y de la prevención, a fin de sustituir, completar o prolongar la acción de los poderes públicos en la lucha contra el sida.

Dar nuevo impulso a la investigación

Una de las prioridades de la Fundación es constituir una red mundial de centros de investigación piloto a fin de impulsar la cooperación entre los investigadores. Ya están en curso de constitución los tres primeros centros: en París, Abidján (Côte d'Ivoire) y

Documentación

La documentación elaborada en la Unesco puede obtenerse gratuitamente (salvo indicación en contrario) en la Sección de Educación Preventiva, (véase la dirección en el recuadro de la izquierda).

- ♦ Selección de páginas de guías pedagógicas para el uso del personal docente, Nº 1, París, UNESCO/OMS, 1992, 146 p..
 - ♦ La educación sanitaria escolar en la prevención del sida y de las enfermedades de transmisión sexual (Serie OMS sobre el sida, Nº 10), Ginebra, OMS/UNESCO, 1992, 79 p. Puede obtenerse en la OMS (véase la dirección en el recuadro de la izquierda).
 - ♦ Educación para la prevención del sida / Bibliografía, París, UNESCO, 1994, 180 p.+anexos.
 - ♦ Lista anotada de los videos coleccionados por ASERC, París, UNESCO, 1994, 26 p..
 - ♦ Lista de los afiches coleccionados por ASERC, París, UNESCO, 1994, 25 p..
 - ♦ Carteles realizados para Días Mundiales del Sida.
 - ♦ Sida - Los hechos, la esperanza (Dir. Luc Montagnier), París, Instituto Pasteur, 1993, 64 p.(Disponible también en catalán).
 - ♦ Imágenes contra el sida. Catálogo de una exposición de carteles realizados por 36 artistas contemporáneos de España, América Latina y el Caribe, París, UNESCO/Artus Association, 1994, 14 p..
 - ♦ "Latinoamericano, sabes..." Folleto de información sobre el sida dirigido a la comunidad latinoamericana, París, UNESCO/Asociación de Psicólogos Latinoamericanos, 1991.
 - ♦ School health education to prevent AIDS and STD: A resource package for curriculum planners, París, UNESCO/WHO, 1994, 3 volúmenes. (Español en preparación)
- VIDEO:**
AIDS, it's time for schools to act! (Dir. Jean-Louis Gros), París, UNESCO, 20 mn en versión VHS/PAL y VHS/NTSC. Precio: US\$20 o 100 FF. (Disponible en inglés y francés.)

CD-ROM:
Una Bibliografía sobre la educación para la prevención del SIDA está disponible en el Servicio de Documentación e Información, Sector de Educación, UNESCO. Teléfono: (33-1) 45 68 10 29. Telecopia: (33-1) 45 67 45 83.

Una fundación mundial para vencer el sida

California (Estados Unidos). Está prevista la instalación de un cuarto centro en Asia.

El proyecto piloto del hospital Saint-Joseph en París se propone instalar rápidamente una estructura que combine consultas clínicas y análisis de laboratorio a fin de garantizar la observación regular de un grupo de pacientes seropositivos asintomáticos sometidos a tratamientos asociados. La apertura del centro está prevista para fines de 1995. Como resultado de la campaña de información (Sidaction 94) realizada en Francia por iniciativa de Luc Montagnier en colaboración con las principales asociaciones de lucha contra el sida, la Fundación recibió 25 millones de francos franceses, con lo que podrá financiar el funcionamiento de ese centro durante dos años.

El centro de Abidján se ocupará de investigación aplicada y de formación, colaborando además en la observación de sero-

positivos con el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS). El centro africano al que el gobierno de Côte d'Ivoire ha concedido un terreno para la construcción de su edificio contará, además, con el apoyo de la OMS y del programa conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/sida. La meta es conseguir que su acción llegue a toda África, para lo cual deberían abrirse antenas en los países interesados con el apoyo de médicos y científicos de los países desarrollados que deseen asociarse a este esfuerzo internacional. Mientras tanto la Fundación ya ha enviado una especialista al CNTS y equipado un laboratorio para iniciar un proyecto de investigación en colaboración con este último organismo.

En Estados Unidos se han establecido los primeros contactos con instituciones de Los Angeles y de Pasadena (California) para crear un centro de

investigación que trabajará con los de París y Abidján.

Fortalecer la cooperación

Como un complemento a la labor de dichos centros, la Fundación estimula la formación de comités científicos sobre el sida. Así, en una reunión de científicos africanos celebrada bajo la égida conjunta de la Fundación y de la UNESCO, en vísperas de la Cumbre de París sobre el Sida en diciembre de 1994, se decidió fundar un comité científico y un fondo de solidaridad africanos.

La Fundación favorece además la apertura a nuevas formas de cooperación interdisciplinaria a fin de identificar cualquier pista que deje vislumbrar una esperanza. Un primer encuentro de esta naturaleza se celebró en Venecia, en octubre de 1994, para iniciar el diálogo entre especialistas del sida e investigadores de otras disciplinas —físicos, matemáticos, químicos.

Se prevén otras reuniones periódicas a fin de estimular ese tipo de colaboración.

Una "luz de esperanza"

En cuanto al fortalecimiento de la prevención, que es una de sus prioridades, la Fundación se empeña en definir con la UNESCO políticas mejor adaptadas al contexto sociocultural de cada país. Se están realizando dos proyectos piloto, en Uganda y Etiopía, con la colaboración de las universidades de Makerere en Kampala, de Addis Abeba en Etiopía y Johns Hopkins en Estados Unidos. Estos proyectos están destinados en particular a los niños y los adolescentes de 5 a 15 años, el grupo de edad menos afectado por el sida y que representa por ello una "luz de esperanza".

Fundación Mundial de Investigación y Prevención del Sida, Secretaría Internacional, 1 rue Miollis, 75732 París Cedex 15, Teléfono: (33-1) 45 68 38 41. Telecopía (33-1) 42 73 37 45.

Léxico

ADN: ácido desoxirribonucleico. Es una molécula que contiene la información genética y hereditaria.

ARN: ácido ribonucleico. Transmite a las células la información genética contenida en el ADN. Todo el material genético del virus VIH, responsable del sida, está formado por una molécula de ARN.

Anticuerpos: sustancia segregada por los linfocitos B como reacción a la agresión del organismo por unas sustancias llamadas antígenos. Para cada antígeno hay un anticuerpo específico que lucha contra una parte definida de éste. Tratándose del virus del sida, no todos los anticuerpos fabricados son neutralizantes. Pese a su presencia, el virus puede mantener sus efectos destructores.

ELISA: abreviatura inglesa de Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay (en español, prueba inmunoenzimática). Es la prueba serológica (examen de sangre) más utilizada para detectar los anticuerpos fabricados por el organismo para luchar contra el virus VIH.

Epidemia: difusión, en principio transitoria, de una enfermedad en una población, en un territorio más o menos extenso. La importancia y la duración de una epidemia dependen esencialmente de la gravedad de la enfermedad, del modo de transmisión del agente infeccioso, de las condiciones más o menos propicias del medio, de la duración de la incubación, de la existencia de portadores asintomáticos. Los medios de lucha contra la enfermedad deben adaptarse a estos factores. La infección por el VIH es una enfermedad grave, trasmisible

pero poco contagiosa y con un largo periodo de incubación.

Epidemiología: estudio de las causas de la aparición, de la desaparición o de la propagación de las enfermedades.

Glóbulos blancos: células de la sangre responsables de la defensa del organismo contra los agentes extraños.

Inmunitario (sistema): conjunto de medios de que dispone el individuo para defenderse contra ciertos agentes infecciosos (bacterias, virus, parásitos) o sustancias (venenos, productos tóxicos) agrupados bajo el término de antígenos. El sistema inmunitario puede distinguir los agresores que pertenecen al propio organismo de los que le son extraños. Sabe reconocer los que son mal tolerados o agresivos y aquellos contra los cuales ya posee defensas (naturales o adquiridas). Sabe por último organizar el ataque adecuado contra los antígenos. Para ello dispone de anticuerpos (o inmunoglobulinas) transmitidos por el torrente sanguíneo (respuesta "humoral"); de ciertas células, los linfocitos T y B capaces de reconocer los antígenos, de organizar la respuesta y de producir nuevos anticuerpos (respuesta celular); de células macrófagas que "hacen la limpieza" después del paso de los linfocitos y de los anticuerpos. Los linfocitos T4, que hacen funcionar el sistema, son el blanco principal del VIH, que los altera y los destruye.

Inmunopresión: disminución de los medios de defensa inmunitaria del organismo.

Incubación: periodo que separa la entrada de un microbio en el organismo de la fecha

de aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. En el caso del sida, el periodo de incubación es muy variable: puede ir de algunas semanas a varios meses, incluso años.

Infección: diseminación de un microbio o de un organismo patógeno por el cuerpo.

Infección oportunista: infección provocada por un microbio habitualmente bien tolerado por el organismo que sólo se vuelve patógeno cuando las defensas del organismo han desaparecido. Las manifestaciones más graves del sida son causadas por infecciones de gérmenes oportunistas.

ETS: abreviación de enfermedades de transmisión sexual. Son las enfermedades que se pueden contraer por contacto sexual. El sida es una ETS.

Preservativo: funda de látex o de goma que se adapta al pene en el momento de la erección. Puede usarse como anticonceptivo y para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual.

Prevención: conjunto de medidas individuales y colectivas encaminadas a limitar o evitar un riesgo de accidente o enfermedad. En materia de salud, la prevención comprende la adopción de medidas tanto en el plano social como médico.

Retrovirus: virus cuyo material genético está formado por ARN, pero que se transcribe en el ADN gracias a una enzima específica, la transcriptasa inversa. El VIH es un retrovirus.

Seropositivo: persona cuya prueba de detección de anticuerpos contra el virus del sida es positiva. Esta persona ha estado en contacto con el virus del sida y debe ser consi-

derada potencialmente contagiosa a través de su sangre y de sus relaciones sexuales. Cuando la prueba no detecta anticuerpos, se dice que la persona es seronegativa.

SIDA: iniciales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, enfermedad grave provocada por un virus llamado VIH que destruye las defensas inmunitarias del organismo y lo expone a infecciones graves llamadas "oportunistas" y a ciertos cánceres.

Síndrome: asociación de síntomas y de signos que pueden presentarse como denominador común a ciertas enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia constituye lo esencial del sida, pero puede encontrarse en cuadros clínicos diferentes como enfermedades congénitas, tumorales (leucemia) o medicamentosas (tratamiento inmunodepresor de los injertos).

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana, que causa el sida. Se conocen hasta ahora dos formas que tienen similitudes: el VIH-1, agente causal del sida en el mundo, y el VIH-2, menos virulento y sobre todo presente en África Occidental.

Virus: agente infeccioso responsable de numerosas enfermedades en todos los seres humanos. Son partículas sumamente pequeñas (visibles sólo con microscopio electrónico) y que, a diferencia de las bacterias, sólo pueden mantenerse y multiplicarse parasitando una célula viva.

Fuentes: *Sida, los hechos, la esperanza*, Instituto Pasteur, 1993. *En acción con los jóvenes, manual de capacitación sobre el sida*, Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja/Organización Mundial del Movimiento Scout, 1990.



Susa, la perla del Sahel tunecino

por Moncef Ghachem

Con sus pequeñas casas cúbicas rodeadas por una muralla almenada y dominadas por la masa ocre de las fortificaciones de la kasba, la medina de Susa, poéticamente calificada de “perla” de la costa oriental de Túnez, es un testigo excepcional de tres milenios de historia brillante y agitada.

dadela bizantina con las murallas de la medina árabe.

Mil años antes de nuestra era, servía ya de punto de intercambio y de escala en la ruta de Tiro hacia España. Los fenicios, que la llamaban Hadrumeto, habían establecido allí una importante factoría, dos siglos antes de la fundación de Cartago. Durante su campaña contra Escipión, al término de la segunda guerra púnica, Aníbal, procedente de Italia, utiliza su puerto e instala su campamento en el lugar. Bajo el imperio romano, los colonos que se habían enriquecido gracias a la fertilidad de las tierras del interior, afluyen a la ciudad. En el siglo VII las batallas entre árabes y bizantinos la reducen a cenizas. Cuando se levanta de sus ruinas, es ya una ciudad nueva que lleva su nombre actual. Necesitará dos siglos para recuperar cierta importancia, bajo el gobierno de los aglabíes, nuevos amos de Ifriqiya, que reconstruyen su puerto y la dotan de sus principales monumentos. En el siglo XII los normandos de Sicilia la convierten en una base opera-

En el Sahel tunecino, majestuosa ribera cuyo emblema es el olivo, la primera ciudad es Susa, célebre por su artesanía, sus fiestas y su hospitalidad. Cuando el verano le prodiga sus favores, las calles se llenan de cantos y de danzas. El festival de *Aoussou* (agosto), al que permanece fiel, es para Susa una ocasión de acoger a numerosos visitantes, venidos de otras regiones de Túnez o del extranjero para compartir los ritmos, los colores y los juegos de la fiesta. Desfiles y trajes evocan algunos de los episodios de la larga historia de esta ciudad mediterránea y cosmopolita, donde las catacumbas cristianas alternan con los mosaicos romanos, y los vestigios de la ciu-



ACCIÓN UNESCO
MEMORIA DEL MUNDO

A la izquierda, la Gran Mezquita, construida en 851.

A la derecha, las numerosas bóvedas de la sala de oración descansan en pilares macizos.

cional. En el siglo XVI los españoles la atacan e intentan ocuparla. Dos siglos más tarde los franceses la bombardean. Durante la última guerra mundial los ejércitos alemanes utilizan su puerto. En el invierno de 1942-1943, los aliados la dañan seriamente. Después de la guerra se construye la ciudad moderna y la medina se restaura cuidadosamente.

LA GRAN MEZQUITA...

Con sus zocos animados y bulliciosos, la medina de Susa es una de las más impresionantes del país. Está situada frente al puerto, donde los barcos cargados de sal o de aceite esperan levar anclas. Las murallas que la rodean tienen varias puertas, pero la vía de acceso más expedita es por el nordeste, cerca de la plaza Farhat Hached, lugar en que los bombardeos de 1943 abrieron una brecha muy ancha.

A la entrada de la medina, en el ala derecha de una amplia explanada pavimentada de piedras ásperas, se encuentra la



Gran Mezquita, que data del siglo IX. Debidamente restaurada, ha recuperado su apariencia original. Su patio principal está rodeado por tres galerías abovedadas, cuyos pilares macizos, con arcos muy elevados, muestran una funcional austeridad. De estilo más decorativo, la galería sur (transformada en 1675 y restaurada en 1965) conduce a la sala de oración. Sus trece naves con seis bóvedas son homogéneas aunque de épocas diferentes. A partir del *míhrab* actual, la cuarta bóveda está cubierta por una cúpula que descansa sobre trompas en forma de concha. Su parte inferior está decorada con motivos florales muy estilizados, cuadrados con rose-tones esculpidos y una inscripción en caracteres cúficos. Un *mimbar*, verdadero encaje de madera, opone su decoración exuberante al estilo, más sobrio, del conjunto.

EL RIBAT...

A la salida de la Gran Mezquita hay que pasearse lentamente por las callejuelas con casas blanqueadas, subir sus escaleras, adentrarse en sus pasajes misteriosos, antes de descubrir, en toda su belleza, el Ribat, monasterio fortifi-

cado de fines del siglo VIII. Formaba parte de los fuertes de la costa que, de Alejandría a Ceuta, integraban la línea de defensa del islam contra las flotas bizantinas. Antigualmente las olas azotaban sus muros, como demuestran los anillos de amarre de los barcos que todavía se observan en ellos. Debe su nombre a los *murabitin*, una suerte de monjes-soldados que formaban la guardia que defendía a la ciudad de las incursiones enemigas.

Gracias también a obras recientes de restauración, el Ribat ha recuperado su aspecto primitivo. La puerta, protegida por una reja, está construida sobre capiteles y columnas antiguas. En el techo había aberturas para hostigar a los asaltantes. Oscuras y bajas, las salas de guardia de los *murabitin* se enfrentan a ambos lados del vestíbulo cuya bóveda descansa sobre ojivas cruzadas. Rodean el patio otras salas que servían para las abluciones de los soldados, y galerías que ocultaban celdas sin ventanas. En la primera planta las celdas sólo ocupan tres costados: el ala sur alberga una sala de oración, que pesados pilares cruciformes dividen en dos bóvedas desiguales. La *qibla*, muro del fondo vuelto hacia La Meca, está cuajado de saeteras, lo que demuestra el carácter a la vez religioso y militar del edificio. Desde lo alto del nador, que es al mismo tiempo atalaya y minarete, se tiene una magnífica vista panorámica de Susa y sus alrededores.

LA KASBA...

Si se sale de la medina por Bab el-Gharbi (la puerta occidental) y se avanza a lo largo de las murallas, se llega a la kasba, dominada por la imponente torre de Jalef, que



El *mimbar*, púlpito de madera primorosamente labrada.



Arriba, el Ribat, monasterio fortificado de fines del siglo VIII, defendido por una muralla cuadrada de cerca de 30 m de lado con torres semicilíndricas en los ángulos y los costados.

A la derecha, callejuela de la medina que desemboca en la torre de Khalef el Fata, en el ángulo sudoeste de las murallas de Susa. Al parecer, fue construida en el siglo IX tomando como modelo el gran faro romano del puerto de Leptis Magna, en la costa tripolitana de Libia.

fue construida en 859. Integrada en el perímetro urbano, la kasba alberga el museo de la ciudad, famoso por su colección de mosaicos romanos, descubiertos en la propia Susa y en sus alrededores. Verdaderas obras maestras de los autores de mosaicos más eximios tapizan los muros. La opulencia en que vivían los romanos del Sahel tunecino en los siglos II y III inspiró a los artistas sus principales temas: un imponente retrato del dios Océano, el magistral triunfo de Baco y diversas composiciones que representan a Apolo y las musas, el tocado de Venus, Orfeo amansando a los animales, pero también numerosas escenas de la vida cotidiana: caza, pesca, carreras de caballos, pavos reales en ronda, pájaros, peces, frutos.

El museo de la kasba presenta también objetos funerarios púnicos, romanos y bizantinos, así como valiosas estelas, procedentes de las catacumbas de los alrededores de Susa y que se reunieron allí a raíz de un derrumbe de las galerías causado por filtraciones de agua. Utilizadas en los siglos II y V, y descubiertas a fines del siglo pasado, esas catacumbas encierran, en una extensión de más de cinco kilómetros, 15.000 sepulturas paganas y cristianas, compartimentos alargados excavados en



las paredes y cubiertos con tejas o lápidas de mármol.

Y EL MAR

No es posible alejarse de Susa sin circundar la playa de Bujaafar por una magnífica cornisa, desde donde se contempla el mar, cuyo rumor parece encerrar desde siempre infinitas promesas de viajes y de prosperidad. Como tantas otras ciudades de la costa tunecina, Susa ha optado por el turismo. El sector turístico prolonga la ciudad hacia el norte, más allá del puerto de recreo de El-Kantaoui habilitado junto a un pueblo de vacaciones cuyas casas, del color de las olas, se suceden a lo largo de la bahía. Pero esas construcciones turísticas, de una arquitectura elegante, no hacen desmerecer el patrimonio cultural de la ciudad. Sirven para confirmar que Susa, a lo largo de los siglos, sigue siendo la ciudad de la eterna renovación. ■

ALGUNAS FECHAS:

Siglo IX a.C.: Fundación de Hadrumeto por marinos fenicios.

Siglo VI a.C.: Hadrumeto entra en la órbita de Cartago, que la arrastra a las guerras púnicas.

310 a.C.: Es saqueada por Agátocles, tirano de Siracusa.

202 a.C.: Aníbal instala allí su campamento antes de ser derrotado por Escipión.

146 a.C.: Tras haber tomado prudentemente partido por los romanos durante la tercera guerra púnica, Hadrumeto adquiere la condición de ciudad libre.

46 a.C.: César anexiona el reino númida y priva a Hadrumeto de sus privilegios
284-305: La ciudad se convierte en la capital de la nueva provincia de Bizacena.

429: Invasión de los vándalos.

533: Reconquistada por Justiniano, emperador romano de Oriente, es bautizada Justinianópolis.

647: Conquista árabe. La ciudad es destruida.

Fines del siglo VII: Renace con el nombre de Susa.

800: Comienzo del periodo de los gobernadores aglabíes (suníes).

827: Susa sirve de puerto de embarque a los ejércitos musulmanes que parten a la conquista de Sicilia.

847: Construcción de la primera kasba.

851: Construcción de la Gran Mezquita.

909: Llegada de los fatimíes (shííes) al poder.

1053: Tras la ruptura de los ziríes con sus soberanos fatimíes de El Cairo y el restablecimiento de la Ifriqiya de ortodoxia suní, Susa se rebela. Su rada es incendiada.

Siglo XII: Los normandos ocupan la ciudad, que luego pasa al dominio de la dinastía beréber marroquí de los almohades.

Siglo XIII: Llegada al poder de los hafsíes.

Siglo XIV: Decadencia del Estado hafsí, que se derrumba en el siglo XVI.

1574: Los turcos asientan su dominación sobre todo el territorio de Túnez.

Siglo XVII: Susa se transforma en el puerto de los grandes navíos corsarios otomanos.

1705: Llegada de los husayníes al poder.

1770: Susa es bombardeada por los franceses.

1784-1786: Los bombardeos de los venecianos causan importantes daños.

1864: El Sahel se rebela contra la autoridad otomana.

1942-1943: Susa sufre graves daños durante las operaciones aliadas de la campaña de Túnez.

1983: Inscripción de la medina de Susa en la Lista del Patrimonio Mundial.

MONCEF GHACHEM, poeta y periodista tunecino. Su último libro, *L'épervier - nouvelles de Mahdia* (1994), recibió la mención "Découverte" del Premio Albert Camus 1994.

AREA VERDE

Turquía: ¿Cómo proteger la diversidad?

por France Bequette

A la derecha, habitats espontáneos en Ankara.

Turquía, península de 1.565 km de longitud y 550 km de ancho, posee un entorno natural de una extraordinaria diversidad y una flora y una fauna excepcionalmente ricas. Limita con Siria, la ex Unión Soviética, Irán, Irak, Bulgaria y Grecia. Sus 8.372 km de costa bordean cuatro mares: el Mediterráneo, el Egeo, el mar de Mármara y el mar Negro. Su relieve geográfico es muy variado: montañas, sobre todo en el centro y al este de Anatolia, con una altitud media de 1.250 m, mesetas, llanuras fértiles y extensas playas. Y esa diversidad se refleja también en el clima: caluroso en verano y lluvioso en invierno en el frente mediterráneo; continental, rudo y seco en Anatolia central.

El primer problema que enfrenta Turquía es el de la población, que ha pasado de 13,7 millones en 1927 a 57,3 millones en 1991, y podría llegar a 70 millones en el año 2000. Una migración masiva sigue llevando a los habitantes del campo a la ciudad, en particular a ciudades costeras y, de manera general, de este a oeste. Actualmente 59% de la población turca vive en ciudades, sobre todo en Ankara, Estambul y Esmirna, lo que acarrea graves problemas ambientales. ¿Cuántos habitantes tiene Estambul, ciudad europea y asiática a la vez y situada en ambas riberas del Bósforo, 10, 13 o 15 millones? Nadie puede afirmarlo. Los recién llegados, procedentes de Anatolia, construyen de cualquier manera lo que se ha dado en llamar “viviendas espontáneas”, sin tener en cuenta las normas de higiene ni los peligros de inundación. De vez en cuando, las aplanadoras derriban las chabolas y los habitantes son alojados en otra parte.

Pero ningún medio mecánico puede controlar la contaminación atmosférica, que adquiere a menudo proporciones inquietantes. En febrero pasado, bajo una espesa neblina, la concentración de dióxido de azufre superó el nivel de alerta



de 400 microgramos por metro cúbico en siete barrios de Estambul, llegando en ciertos casos a 689 microgramos. Nesrin Algan, jefe del departamento de relaciones internacionales del Ministerio del Medio Ambiente en Ankara, menciona otro problema, el de la erosión: “La erosión es 10 a 12 veces superior a la media de África, y 18 veces superior a la que se observa en Europa. ¿Responsables? La deforestación, los incendios y el pastoreo excesivo en las regiones montañosas.” El bosque cubre 26% de la superficie de Turquía, principalmente en las zonas costeras. Si bien el estado de 9 millones de

hectáreas es satisfactorio, la urbanización incontrolada, la actividad turística, el avance de la agricultura y los daños causados por los parásitos han afectado gravemente a los 11 millones de hectáreas restantes.

AVES MIGRATORIAS Y TORTUGAS MARINAS

Sin embargo, Turquía sigue siendo un verdadero museo botánico. Mientras en toda Europa se han inventariado doce mil especies de plantas, el territorio de Turquía alberga él solo un número

FRANCE BEQUETTE,
periodista francoamericana
especialista en medio ambiente.



Este dibujo de Ömer Erol, un niño de nueve años, titulado "Pajarillo, lloras con razón", fue premiado en un concurso de dibujo organizado por la Sociedad Turca de Protección de la Naturaleza (DHKD) sobre el tema de los peligros que acechan a las aves migratorias.

similar. En cuanto a las especies animales, se cuentan unas 80.000 —con lo que supera a Europa. Además, es un refugio de aves migratorias visitado dos veces al año. El gobierno turco ha emprendido numerosos programas de protección de los sitios de acogida de las aves, en particular los humedales. El santuario de Manyas, por ejemplo, distinguido por el Consejo de Europa, acoge 3 millones de aves de 250 especies. Está a punto de fundarse una asociación de defensa del lugar, que agrupa a los gobernadores, alcaldes y notables de los pueblos vecinos, y está previsto invitar a los empresarios locales a fin de que se sumen a la protección del entorno y a la lucha contra la contaminación.

Otro lugar de gran importancia ornitológica, el delta de Menderes, está amenazado por el avenamiento, los pesticidas, los insecticidas y la caza furtiva. La presión del turismo es también un factor de desequilibrio, ya que se prevé la construcción de una carretera y de residencias de vacaciones en toda la región. Un estudio multidisciplinario realizado conjuntamente por la Sociedad Turca de Protección de la Naturaleza (DHKD) y el Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF) indicaba en 1992 las primeras medidas de protección que deberían adoptarse: la ampliación, por ejemplo, del parque nacional de Dilek al delta de Menderes y al lago de Bafa, la limitación de la acuicultura sin control y el ordenamiento de la cuenca fluvial. Un centro de información, abierto todo el año, distribuye documentos a los alumnos, organiza seminarios para los maestros y da consejos a los turistas que desean observar las aves.

Las tortugas tienen menos suerte que las aves, pues comparten con el hombre la predilección por las playas de arena fina que descienden en suave pendiente hacia un mar límpido. En Turquía existen diecisiete sitios de puesta de dos especies de tortugas marinas amenazadas: la tortuga boba (*Caretta caretta*) y la tortuga verde (*Chelonia mydas*), de las que anualmente en el Mediterráneo se matan, accidentalmente o no, 10.000 ejemplares. Algunos sitios cuentan con dunas, otros poseen humedales donde abundan las aves y los peces. Los sitios de Patara, Belek y Akyatan han sabido preservar sus dunas, pero no sucede lo mismo en Anaumar donde han desaparecido desde hace tiempo pues su arena se utilizó en la construcción, práctica ilegal bastante frecuente en los sitios turís-



ticos, víctimas por su parte de la contaminación doméstica e industrial.

En 1988, en el marco de una operación coordinada por la DHKD, el WWF y varias universidades turcas iniciaron el inventario de todos los lugares de puesta de tortugas a lo largo de 2.456 km de costa. Un proyecto germano-turco que se proponía construir, en 1986, un enorme complejo turístico en la playa de Dalyan, sitio de puesta desde hace millones de años, provocó la indignación de numerosas organizaciones internacionales, incluido el Banco Mundial. Fue así como nació la campaña de protección que consiguió que el proyecto fuera abandonado y la zona clasificada "área especial protegida". Más tarde se formó un grupo de presión, que movilizó al Ministerio de Turismo, a varios grandes inversores turísticos y a la DHKD a fin de preparar un plan de protección de las playas del Mediterráneo donde viven las tortugas. Otro proyecto, que preveía la construcción de una carretera a lo largo de uno de los principales sitios de puesta, pudo ser prohibido gracias, esta vez, a una acción judicial apoyada por una vigorosa campaña de prensa.

Todo este revuelo de los medios de información en torno a la protección de las tortugas consiguió despertar el interés no sólo del público, sino también de universitarios que se dedican ahora a estudiar su comportamiento: elección del sitio de puesta, número de crías y recuento de la población. En Dalyan, a orillas del mar, se ha delimitado un superficie de 35 metros de ancho con postes indicadores a fin de proteger la zona de nidación de las incursiones de los bañistas. De mayo a octubre hay guardias que impiden las visitas nocturnas pues las tortugas se desorientan fácilmente con la luz. Sin embargo, aunque otros sitios de puesta, como Fethiye, Patara y el delta de Göksu, se han convertido también en "áreas especialmente protegidas", ninguna medida de protección se ha aplicado concretamente hasta ahora.

FOCAS FRAILE Y PLANTAS DE BULBO

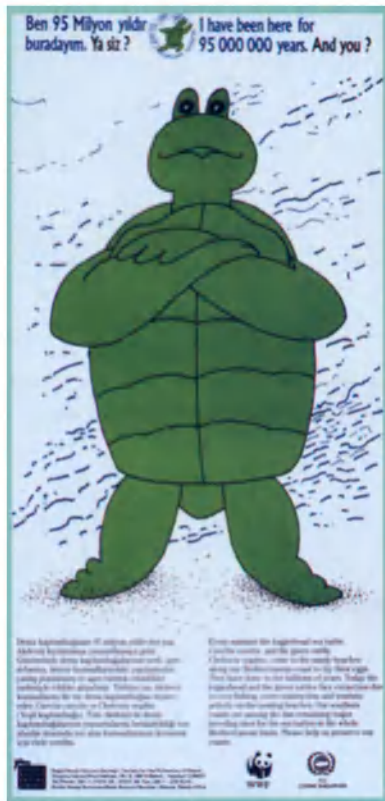
Las tortugas no son la única especie en peligro. En el planeta no quedan más que unas 400 focas fraile (*Monachus monachus*), la mitad de las cuales vive entre Turquía y Grecia, y el resto en el Atlántico. Ahora bien, Turquía es parte en la Convención de Berna relativa a la conservación de la vida silvestre y del

Anémone (a la derecha) y narciso de las nieves (a la izquierda), dos plantas de bulbo amenazadas por la recolección incontrolada para la exportación.

entorno natural en Europa y del Convenio de Barcelona para la Protección del Mar Mediterráneo contra la Contaminación. El Ministerio del Medio Ambiente decidió, pues, actuar cuando el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente señaló la situación crítica de las focas fraile. En 1991 el Comité Nacional para la Protección de la Foca Fraile designó la ciudad de Foça, en el mar Egeo, y después la de Yalikavak, centros piloto de protección de la especie. Se han realizado investigaciones para conocer mejor a esos mamíferos marinos, así como un programa de información destinado a los maestros de la zona y a los turistas a fin de que participen en la protección del hábitat de las focas. Incluso se han sumergido en el mar rocas artificiales para impedir que las barcas de pesca se aproximen al lugar.

En tierra firme son las plantas de bulbo las que están amenazadas. Turquía es el mayor exportador de bulbos del mundo. Hacia fines de la década de los ochenta esta exportación alcanzó la cifra de 71 millones de unidades anuales. La recolección sin control, remunerada por grandes empresas internacionales, amenazaba con hacer desaparecer el narciso de las nieves, la anémona, el acónito de invierno e incluso el *Crocus olivieri istanbulensis*. La DIHKD, la Sociedad de Protección de la Flora y la Fauna y el WWF decidieron incitar a los campesinos a que cultiven en viveros los bulbos destinados a la venta.

Turquía enfrenta también graves problemas de contaminación, sobre todo a causa de las centrales eléctricas, las industrias del hierro, el acero, la petroquímica y las fábricas de automóviles. La contaminación de mares, ríos y suelos es también preocupante. Para remediar esta situación se ha encargado al Ministerio del Medio Ambiente el control de la importación y la utilización del carbón, la lignita y otros combustibles fósiles, así



"Estoy aquí desde hace 95 millones de años. ¿Y usted?" pregunta esta tortuga boba (*Caretta caretta*), especie amenazada por el turismo en los sitios de puesta. Cartel de la Sociedad Turca de Protección de la Naturaleza y del Fondo Mundial para la Naturaleza.

como de los productos químicos. La recolección, transporte y reciclado de los desechos domésticos han mejorado, y en las clases de enseñanza primaria se dictan ahora cursos sobre medio ambiente. Además, desde 1993 un decreto dispone que cualquier nuevo proyecto (turístico o industrial) debe comprender, desde la fase inicial, una evaluación de su impacto sobre el entorno. ■



INICIATIVAS

BIRDLIFE INTERNATIONAL O LA VOZ DE LAS AVES

Todos los que aman a las aves y desean protegerlas se interesarán por las actividades de BirdLife International, fundada en 1993 tras la reorganización del Consejo Internacional de Protección de las Aves, creado en el Reino Unido en 1922. Su sede se encuentra en Cambridge (Reino Unido), pero cuenta con tres oficinas regionales (en Washington, Quito y Bruselas) y con una oficina de programa en Bogor, Indonesia. BirdLife procura que las poblaciones locales participen en la protección de su entorno y recibe para ello la ayuda de 52 organizaciones nacionales asociadas —como la Sociedad Búlgara de Protección de las Aves, la Sociedad Ghanesa para la Vida Silvestre o la Asociación Ornitológica del Río de la Plata, en Argentina— que totalizan aproximadamente un millón y medio de miembros.

Las actividades de BirdLife son muy diversas: identificación de las prioridades, aplicación en el terreno de las medidas de protección, participación en grandes conferencias internacionales y publicación de obras especializadas. Por ejemplo, ha identificado en el planeta 221 habitats de aves endémicas y prepara su descripción en forma de diccionario. Algunas publicaciones ya están disponibles, como por ejemplo una obra sobre las zonas importantes para las aves en Europa (2.444 sitios), un repertorio sobre los principales sitios de aves en Oriente Medio, el libro rojo de las aves amenazadas de las Américas o un estudio sobre las aves de Europa.

Los corresponsales de BirdLife participan en campañas activas, para proteger, por ejemplo, el delta de Menderes en Turquía, las estepas españolas, la meseta de Da Lat en Vietnam, el valle de Palas en el noroeste de Pakistán, los humedales costeros de Ghana o el Monte Kupé en Camerún. En Indonesia, donde existen 381 especies únicas de aves y 24 zonas que albergan aves endémicas (más que en ningún otro país), BirdLife coopera con la Dirección indonesia para la Protección de los Bosques y la Conservación de la Naturaleza a fin de crear dos zonas protegidas, de 100 km² cada una, en la isla de Halmahera que posee una cobertura forestal prácticamente intacta. Por otra parte, BirdLife contribuye a hacer respetar el Convenio de Washington sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres (CITES). Pese a ello, se sigue sacando ilegalmente a ciertas aves de su medio natural y vendiéndolas a precio de oro a coleccionistas. ■

BirdLife International, Wellbrook Court Girton Rd Cambridge CB3 0NA, Reino Unido, teléfono (44-1223) 277318, telecopia 277200. Mensajería electrónica E-mail: birdlife @ gn.apc.org.



SUIZA, ¿REFUGIO DE TORTUGAS ABANDONADAS?

¿Cómo se explica que tortugas de Florida, oriundas de Luisiana, Estados Unidos, se encuentren en Suiza, no lejos del lago Lemán? Por el capricho de los niños que adoptan tortugas minúsculas y se encuentran luego frente a grandes animales voraces que no caben en sus acuarios. La solución más fácil parecería ser dejarlas en libertad, cerca de un estanque, donde pueden vivir hasta los cincuenta años. Lamentablemente, las tortugas devastan el ecosistema al devorar la fauna acuática, las ranas e incluso los huevos de las aves. De las 5.000 a 10.000 tortugas vendidas en Suiza no se sabe con exactitud cuántas terminan por ser abandonadas. Un biólogo, Olivier Lasserre, acaba de crear un refugio que acoge ya a 200 y podrá recibir hasta 1.500. Pero, ¿no sería mejor explicar a los niños que compran tortugas que éstas serán un día tan grandes que tendrán que separarse de ellas? ■



¿HABRÁ PRONTO AUTOMÓVILES ENTERAMENTE RECICLABLES?

Actualmente, uno de cada cuatro automóviles europeos acaba en un "cementerio". Ello acarrea una contaminación importante y un despilfarro considerable si se piensa que, en realidad, los automóviles son casi enteramente reciclables. De ahí que Renault y Mercedes hayan celebrado un acuerdo de cooperación técnica en este ámbito, acuerdo que existía ya entre otras firmas, particularmente entre Peugeot y Fiat. La urgencia de tomar medidas al respecto es tanto mayor cuanto que en el año 2002 los cementerios quedarán reservados únicamente a los desechos "últimos", es decir aquellos que ya no pueden aprovecharse para nada. Habrá pues que reciclar los vehículos en un 85%, cifra que se elevará a un 95% en 2015. Para lograr ese reciclaje óptimo tendrán que poner manos a la obra todos los constructores de automóviles. ■

CUIDADO CON EL ICEBERG GIGANTE

El laboratorio de vigilancia del mar Antártico de la universidad de Cambridge señala que un iceberg gigante de unos 2.000 km² se ha separado de la banquisa. El bloque de hielo, detectado por satélite, es mil veces mayor que los que habitualmente van a la deriva en esta región del mundo. Una observación aérea, realizada por un grupo británico, ha confirmado la existencia de esta enorme masa de hielo que podría obstaculizar la navegación al sur del continente americano. Cabe preguntarse si no se trata de una consecuencia del recalentamiento atmosférico de 2,5° C registrado desde hace medio siglo en la región. ■



LOS TESOROS DE GABÓN

La Agencia Panafricana de Información (PANA) nos señala que Gabón es uno de los países más ricos del continente en materia de flora y de fauna. En su territorio existen 8.000 especies vegetales, sin contar las algas y los líquenes. Se han repertoriado 600 especies de aves, así como 150 de mamíferos, de las cuales 19 de primates, con una población de 35.000 gorilas y 64.000 chimpancés. La población de elefantes parece ser la más importante y probablemente la más estable de África, con unos 80.000 animales. El bosque, que cubre el 40% del país, es todavía un bosque primitivo. El índice de deforestación se calcula en 0,1% al año. En las aguas que bañan los 800 km de costas abundan los peces y los crustáceos. Recientemente se han descubierto diez nuevas especies de peces, cuatro de ellas de carácter endémico. ■

EL EXTRAÑO PERIPLO DE LOS CACTUS MEXICANOS

Tras dos años de "estancia" en un arborétum francés, 300 cactus fueron entregados al Embajador de México a fin de que retornen a su país de origen. Esos vegetales, cuya imagen aparece simbólicamente representada en la bandera mejicana, fueron descubiertos en las maletas de unos turistas por la aduana francesa, que se inquieta por el constante aumento de infracciones a la Convención de Washington sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres (CITES). En efecto, en 1994 estos mismos servicios decomisaron cerca de 800 animales vivos (pájaros, tortugas, serpientes, felinos), 80 animales embalsamados, 119 piezas de marfil bruto de elefantes de África, 1.657 objetos de marfil labrado y 2.417 objetos obtenidos de especies protegidas. ■



Mamady-Keita, uno de los más grandes percusionistas de Guinea, enseña su arte a los niños de Balandugu, su aldea natal.

Contrapunto de blancas y negras

por Isabelle Leymarie

Las concepciones musicales, como señalamos en nuestro número precedente, pueden variar de una cultura a otra.

Volviendo al tema de la distinción entre la vista y el oído, mientras en Europa el niño generalmente aprende música leyendo las notas —el solfeo es, en efecto, una de las primeras nociones que se inculcan en los conservatorios—, en África el joven comienza por afinar su oído observando e imitando a los músicos adultos y sumándose a ellos en cuanto puede. A menudo, los “percusionistas” enseñan los ritmos a sus alumnos haciéndoselos sentir directamente en el cuerpo, tomándolos de las muñecas para ayudarlos a ejecutarlos, y cantando o acompañando esos ritmos con onomatopeyas o frases ritmadas. Los ayudan así a asimilarlos físicamente.

En las sociedades africanas y caribeñas el instrumento “habla” —a la manera de los *talking*

drums (tambores parlantes) que con sus diversos timbres reproducen las sonoridades de las lenguas tonales y logran que ciertos ritmos, al calcarlos del lenguaje hablado, sean semánticamente inteligibles. Los intérpretes de jazz, refiriéndose a un rasgo de su saxófono o de su piano, dicen a menudo “*this is the way it says*”: “esto es lo que *dice*”.

El lenguaje del ritmo

El ritmo es lo que mejor distingue a esas músicas diferentes. En Occidente se da preeminencia a la precisión del timbre, a la aplicación rigurosa de las reglas de armonía y contrapunto, y se procura domesticar el ritmo,

ISABELLE LEYMARIE,
musicóloga francoamericana.

dominarlo. Algunas lenguas europeas designan —y no es fortuito— el contratiempo (palabra cargada a menudo de una connotación peyorativa) con el nombre de síncope, como si la intrusión del ritmo, insoportable, provocara una suerte de desvanecimiento. Y es interesante observar que a menudo cuando los colonizadores europeos entraron en contacto con los africanos, el instrumento que prohibieron desde un principio y destruyeron con una saña sorprendente fue el tambor, símbolo del ritmo por excelencia.

Ahora bien, aunque numerosas músicas negras cultivan maravillosamente la armonía y el contrapunto, el elemento que valoran en grado superlativo es precisamente el contratiempo. No se trata, como en las músicas asiáticas o árabes, de células rítmicas precisas, de una escansión pre-determinada y memorizada a la que se ciñen el músico o el bailarín, sino de virtuosismo y de inventiva personal (incluso dentro de un conjunto instrumental). Es el arte espontáneo de escapar al tiempo marcado, la búsqueda de lo imprevisible, de todo lo que la jerga afroamericana define con la palabra "hip" (inteligente, vivo, inesperado), por oposición a lo que es "corny" (limitado, convencional, aburrido). El fraseado en el *downbeat*, tiempo fuerte preferido en la música occidental, que corresponde al ritmo de la música militar, se considera "corny", mientras que el fraseado en el *upbeat*, tiempo débil, predilecto de la música negra y que engendra la sensación de *swing*, se considera "hip".

Desconcertado por esta concepción inusitada del fraseado y ese culto al ritmo, el mundo occidental prefiere las músicas rituales de la India, China o Japón, cuya métrica y ceremonial le resultan más fácilmente comprensibles que los de las músicas africanas, aun cuando las liturgias yoruba posean una belleza y una complejidad apenas imaginables. El gran *iyá* de la batería de los *batá*, tambores sagrados yoruba, habla a los dioses con acentos fulgurantes, casi al margen del tiempo, como surgidos de la nada, y sin embargo precisos y deslumbradores para el neófito. La música africana manifiesta también gran afición por las rupturas que modifican el ritmo

cada vez que éste se vuelve rutinario y cae en lo convencional.

Abolir la dualidad

El musicólogo irlandés John Blacking tuvo que vivir mucho tiempo entre los vendedores de Sudáfrica antes de tener la revelación de su música. Comprendió entonces que su educación le hacía considerar el arte africano como "distinto". Los primeros tiempos se refugiaba en su tienda para escuchar a Bach o a Mozart, pero terminó por modificar su concepción de la música. "Los vendedores, escribe Blacking, me hicieron descubrir todo un universo musical y me permitieron comprender mejor mi 'propia' música". Considerar la música no como un conjunto de normas, sino como el juego de interacciones humanas y como un lazo entre el cuerpo y el espíritu, eliminaba la distinción entre música clásica y música folklórica. Y, agrega Blacking, "al descubrir la formas de crear y apreciar la música en diversos contextos sociales y culturales, y al constatar tal vez el carácter universal de la musicalidad, aptitud propia de nuestra especie, podemos demostrar que los seres humanos están más dotados de lo que se cree comúnmente y que la mayoría vivimos por muy debajo de nuestro potencial."

Un enfoque abierto, global, humano de la música —de todas las músicas— que haga participar el oído, la vista, y sobre todo el corazón, abolirá esa dualidad que nos encierra en nuestra soledad y nos impide apreciar a los demás en su justo valor. El otro es un componente esencial de nosotros mismos, del que no podemos separarnos sin empobrecernos. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Bérard, Guy. *Audition égale comportement*. Metz, Maisonneuve, 1982.
- Bergman, Billy. "Tara". *Hot sauces - Latin and Caribbean Pop*. Nueva York, Quill, 1985.
- Blacking, John. *How musical is man?* Seattle and London, University of Washington Press, 1973.
- Jalenques, Etienne. *La thérapie du bonheur*. París, Michel Laffont, 1993.

NICOLAE BREBAN

responde a las preguntas de Edgar Reichmann

Nicolae Breban, nacido en Rumania en 1934, es hoy uno de los principales novelistas de su país. Vivió en Francia durante los últimos años de la dictadura nacional comunista y regresó a Bucarest tras la revolución de 1989. Actualmente dirige una importante revista cultural, *Contemporanul* (El contemporáneo). La editorial francesa Flammarion ha publicado tres de sus novelas: *L'absence des maîtres* (1983), *L'Annonciation* (1985) y *Don Juan* (1993).

■ ¿Qué lugar han ocupado las obras narrativas en los países de Europa oriental durante el último medio siglo?

— Como en la mayoría de los países asfixiados por los regímenes totalitarios a lo largo de varios decenios, en Rumania la prosa intentó sobre todo sobrevivir y conservar su público. Ese público se perdió durante el periodo estaliniano, época en que muchos escritores cedieron a las presiones del poder. Pero a partir de los años sesenta, gracias al combate subterráneo contra la censura, contra los funcionarios del régimen e incluso contra algunos colegas que se habían convertido en turiferarios del dictador, la situación empezó a cambiar. Los primeros en lanzarse a la batalla fueron los poetas, seguidos por los críticos, los ensayistas y los narradores. Como otras muchas, la literatura rumana actual está saliendo del atolladero y va recuperando poco a poco sus lectores.

■ Sin embargo, hay quienes consideran que la cultura y, en particular, la literatura están en crisis.

— El país entero está hoy en crisis: crisis económica y social, crisis de las instituciones, crisis de confianza y, naturalmente,



crisis de la cultura, de la literatura y de la novela. Pero en sí misma la idea de crisis no es negativa. En efecto, puede muy bien ser un síntoma de vitalidad y de renovación, una señal de que se están iniciando cambios profundos, esenciales. Por espectaculares que sean las metamorfosis y transformaciones que está experimentando mi país, son siempre sin la menor duda preferibles a ese estado de muerte social, de encefalograma plano que conoció durante los últimos decenios.

■ **¿Qué podían hacer entonces los poetas y los narradores?**

— Los creadores tenían que someterse a las imperiosas directrices del poder que, por intermedio de las editoriales (todas rigurosamente controladas por el Estado), les imponían los estrafalarios criterios del llamado “realismo socialista”. Las librerías se veían invadidas por textos de inspiración soviética en que se exaltaba el “héroe positivo”, el “hombre nuevo”, un personaje irreal que sólo existía en la mente de los dirigentes comunistas. Fueron muchos los creadores, algunos de ellos de primera fila, que abdicaron de su libertad de espíritu y de juicio para ponerse al servicio del poder

y exaltar la “colectivización de la agricultura”, la “lucha de clases” y las “tradiciones heroicas” de un partido comunista casi inexistente antes de la ocupación de Rumania por el ejército soviético.

Algunas grandes figuras de la cultura rumana, en particular el filósofo y poeta Lucian Blaga, la novelista Hortensia Papadat-Bengescu y los poetas Georges Bacovia, Ion Barbu y Vasile Voiculescu, optaron por el silencio, única forma de resistencia posible en el periodo del terror estalinista. Todos ellos han desaparecido, pero su obra está ahí. Lucian Blaga y Hortensia Papadat-Bengescu acaban de ser traducidos al francés.

Hubo escritores más jóvenes que, engañados por las consignas del poder, se lanzaron a la acción política ya a fines de los años cuarenta, tomando la incorporación brutal de Rumania a la órbita soviética por una auténtica liberación del país y el comienzo de un mundo mejor y más justo. Pero también ellos acabaron por abrir los ojos y por entrar en conflicto con el poder.

■ **¿Hubo formas específicas de resistencia de los escritores rumanos?**

— Al contrario de lo que sucedió en otros

países, donde el combate se organizó colectivamente en torno a reivindicaciones políticas, en Rumania la resistencia adoptó formas individuales. Cada autor tenía que defender su texto frente a la censura ejercida a la vez por el partido, el editor y la temible policía política, que en los años cincuenta no se andaban con rodeos para utilizar los medios a su disposición: prohibición de los libros, inclusión de las obras en el índice, encarcelamiento de los recalitrantes...

A partir de los años sesenta, el poder, deseoso de conseguir una legitimidad y un cierto grado de popularidad, acabó por renunciar a estas prácticas brutales, pero recurriendo de todos modos a otras formas de presión. Era una obligación adherir a la Unión de Escritores, única institución habilitada para remunerar a los autores y para concederles ciertas ventajas materiales, según su grado de sumisión. De ese modo pudieron algunos escritores, con la autorización de la policía política, visitar Europa occidental. Esos viajes tenían un lado positivo en la medida en que favorecían una auténtica toma de conciencia al confrontar a los creadores con nuevas realidades.

A mediados de los sesenta sesenta, aprovechando un deshielo tan breve como precario, los escritores comenzaron a reivindicar su independencia frente al poder y a protestar contra las injerencias de éste en la creación literaria. La Unión de Escritores se liberó poco a poco de la tutela del régimen, convirtiéndose en una especie de sindicato profesional que se esforzaba por preservar los derechos de los autores y la integridad de sus obras.

Este periodo de deshielo no iba a durar mucho, pero los novelistas y los poetas lo aprovecharon para liberarse de las normas que se les habían impuesto y conquistar cierto grado de libertad en su búsqueda estética y formal. De todos modos, seguían prohibidas las reivindicaciones políticas y toda tentativa de impugnación del poder. El novelista tenía que autocensurarse. Este

rechazo aparente de toda vocación social y este juego del escondite permanente con los órganos de represión estimularon la inventiva y la imaginación de los escritores y favorecieron una distanciamiento propicia a la creación novelesca.

Esa búsqueda estética y renovadora, naturalmente con el peso trágico de los acontecimientos como telón de fondo, es tal vez un fenómeno único en la historia de la literatura de nuestra época. A condición de que no lo atacaran, el poder dictatorial otorgaba a los escritores cierto espacio de libertad y eliminaba el imperativo del "realismo socialista". Compromiso éste cuya transgresión era sancionada con la prohibición de publicar o con el exilio. Con ello la disposición batalladora de los escritores se atenuaba, pero sus textos ganaban en profundidad. Era el tiempo de la metáfora y de la alegoría, que representaban un auténtico rompecabezas para los editores, los censores y los funcionarios al servicio de la ideología del tirano.

■ **¿Cómo se reflejó esa nueva estrategia en sus propias obras?**

— ¿Cómo se convierte uno en tirano? Ese es seguramente el sentido profundo de *La Anunciación*, una novela de setecientas páginas que publiqué en 1977, cuando del periodo de deshielo rumano apenas si quedaba un pálido recuerdo. Pese a que las autoridades rumanas de más alto nivel lo calificaron de "antisocialista" y de "obsceno", el libro obtuvo el Premio de Novela de la Unión de Escritores. De ese retrato cruel de una sociedad provinciana amodorrada surgía una especie de Anunciación política que justificaba el título del libro; era como si una segunda novela subyacente, camuflada, se abriera camino oscuramente en el relato inicial antes de aparecer a la luz del día. Mi héroe, Grobei, auténtico arque-

tipo de la mediocridad, se metamorfoseaba extrañamente en personaje carismático dispuesto a engañar a las multitudes en nombre de una ideología contrahecha. La doble naturaleza del personaje, su ambigüedad, se refleja en la dualidad de la construcción novelesca.

Para narrar esta "infancia de un jefe" a la rumana, cuya ambición era poner al descubierto las raíces de un mito político, recurrí a una amplia gama de recursos narrativos, sin ocultar mi afición al barroco y también, en segundo grado, a los estereotipos. ¿Estaban mis compatriotas particularmente dotados para soportar los abusos del poder absoluto? Quizá sea éste el interrogante oculto que plantea el libro, que es a la vez alegoría, novela de costumbres y sátira de una sociedad anestesiada, dispuesta a toda clase de deleznales compromisos. No se le escapó al poder el significado secreto de mi obra, lo que explica la virulencia de las críticas de que fue objeto el libro, retenido durante largo tiempo por la censura. Poco después de la aparición de *La Anunciación*, me marché de Rumania para instalarme en París, donde viví hasta el hundimiento del régimen dictatorial, en diciembre de 1989.

■ **¿De qué tradición literaria se considera usted heredero, ahora que los escritores de su país han recobrado una libertad de expresión inconcebible hace sólo unos cuantos años?**

— Me sería difícil situarme en una u otra filiación literaria. No creo en las etiquetas reductoras del "modernismo", "realismo", "postmodernismo", "onirismo" o "surrealismo". Sólo creo en la perennidad y el vigor de la novela, que es un género fundamental y universal, factor esencial de comunicación independientemente de las técnicas que utilicen sus creadores. Natu-

ralmente, me produce cierta perplejidad ver a la literatura occidental invadida por relatos de carácter intimista, por confesiones sin mayor interés, por historias e historietas seguramente graciosas, a veces de una inteligencia y un refinamiento exquisitos, pero que no aportan casi nada al debate de ideas que hoy necesitan con urgencia los lectores, desprovistos de hitos orientadores en este mundo en plena transformación. Siento nostalgia de la novela que plantea problemas y que impulsa al lector a cambiar de ideas, de modo de pensar. En ese sentido, siguen siendo para mí emblemáticas las obras de Thomas Mann, particularmente *La montaña mágica*, así como todas las de Dostoyevski.

Los teóricos del "nouveau roman" (nueva novela), que floreció en Francia hace unos treinta años, proclamaban la muerte del personaje y del argumento: para ellos sólo contaba la fría mirada del novelista. En cambio, yo creo en la vitalidad del argumento y del personaje, sin los cuales no hay novela digna de tal nombre. Me atrevo incluso a afirmar que, si la novela constituye el fundamento de la cultura universal, el personaje es su pilar esencial. El personaje y, naturalmente, el argumento, la historia narrada, pero sobre todo el personaje con sus rupturas interiores. Tanto en *La Anunciación* como en mis otras novelas, he intentado a menudo producir esa ruptura en el plano de la tipología de mis personajes. La unidad del personaje novelesco, como la de los personajes reales, está hecha siempre de contradicciones. Ni todo es siempre negro, ni todo siempre blanco. Nadie como Dostoyevski ha comprendido y pintado la policromía del alma humana, que puede ser odiosa con la misma facilidad que sublime. ■

EDGAR REICHMANN, escritor y crítico literario.

Rectificación: La página 24 de nuestro número de abril de 1995 "Orígenes de la escritura" contiene un error. La segunda línea del tercer párrafo debía decir: "Se admite generalmente que la escritura japonesa aparece en el siglo V d.C.", y no en el siglo V a.C.

CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS

Portada, página 3: M. Freeman © ANA, París. Página 2: © Sigismond de Vajay, Vevey. Página 4: UNESCO-Dominique Roger. Página 5: Thierry Orban © Sygma, París. Página 6: Leroy © Biocosmos/S.P.L./Cosmos, París. Página 7: © NIBSC/S.P.L./Cosmos, París. Páginas 8-9: Derechos reservados. Página 9: C. Vioujard © Gamma, París. Página 10: Lynn Johnson © Rapho, París. Página 11 arriba: Roger Ressmeyer © Starlight/Cosmos, París. Página 11 abajo: OMS, Genève. Página 12: Alain Keler © Cosmos, París. Página 13: Peter Charlesworth © Rapho, París. Página 14: Martine Voyeux © Métis, París. Página 15: Jenny Matthews © Format, Londres. Páginas 16, 37 abajo derecha: Emmanuelle Barbaras © Rapho, París. Página 17: Gideon Mendel © Network/Rapho, París. Páginas 18, 19: Tim Nunn © Panos Pictures, Londres. Página 20: Swapan Parekh © Black Star/Rapho, París. Página 21: Heldur Netocny © Panos Pictures, Londres. Página 22: Alexis Cordesse © Editing, París. Páginas 23, 24, 25, 29, 30, 31: © Crips/UNESCO. Páginas 26-27: Hans Jürgen Burkard/Bilderberg © Studio X, París. Página 28: John Cole © Cosmos, París. Página 32: Hank Morgan © S.P.L./Cosmos, París. Página 33: Jacky Chapman © Format, Londres. Página 34: K. Kerbs © Dot/Cosmos, París. Páginas 36, 37 (excepto foto abajo derecha): © Deutsche AIDS Hilfe, Berlin. Página 40: Christian Sappa © Rapho, París. Páginas 41, 42: © Rémi Tournus, París. Página 43: © France Bequette, París. Páginas 44 arriba, 45 arriba: © The Society for the Protection of Nature, Estambul. Página 44 abajo: Claude Nardin © Jacana, París. Página 45 abajo: Jean-Pierre Champroux © Jacana, París. Página 46 arriba izquierda: Alain Rainon © Jacana, París. Página 46 arriba derecha: J.P. Ferrero © Explorer, París. Página 46 abajo derecha: P. Pickford © Jacana, París. Página 46 abajo izquierda: Guy Thouvenin © Explorer, París. Página 47: L. Chevalier © Explorer, París. Página 49: © Editions Flammarion, París.

Programa de la UNESCO

Educación para la prevención del sida

LOS PROYECTOS PILOTO

Varios proyectos piloto UNESCO/OMS de educación escolar para la prevención del sida, adaptados a cada contexto socio-cultural, se han realizado y evaluado en diversas regiones.

LOS CENTROS DE DOCUMENTACIÓN

En la sede de la Organización se ha instalado un centro de documentación encargado de acopiar, intercambiar y difundir material didáctico para jóvenes en edad escolar (ASERC), que reúne **más de 2500 publicaciones y 150 películas video** del mundo entero. Un centro regional para Asia y el Pacífico (AIDSED Centre) funciona en la Oficina Regional de la UNESCO en Bangkok.

LAS PUBLICACIONES

Se publican regularmente bibliografías y extractos selectivos de material didáctico y se elaboran guías pedagógicas y prototipos de material educativo.

LOS SEMINARIOS DE FORMACIÓN

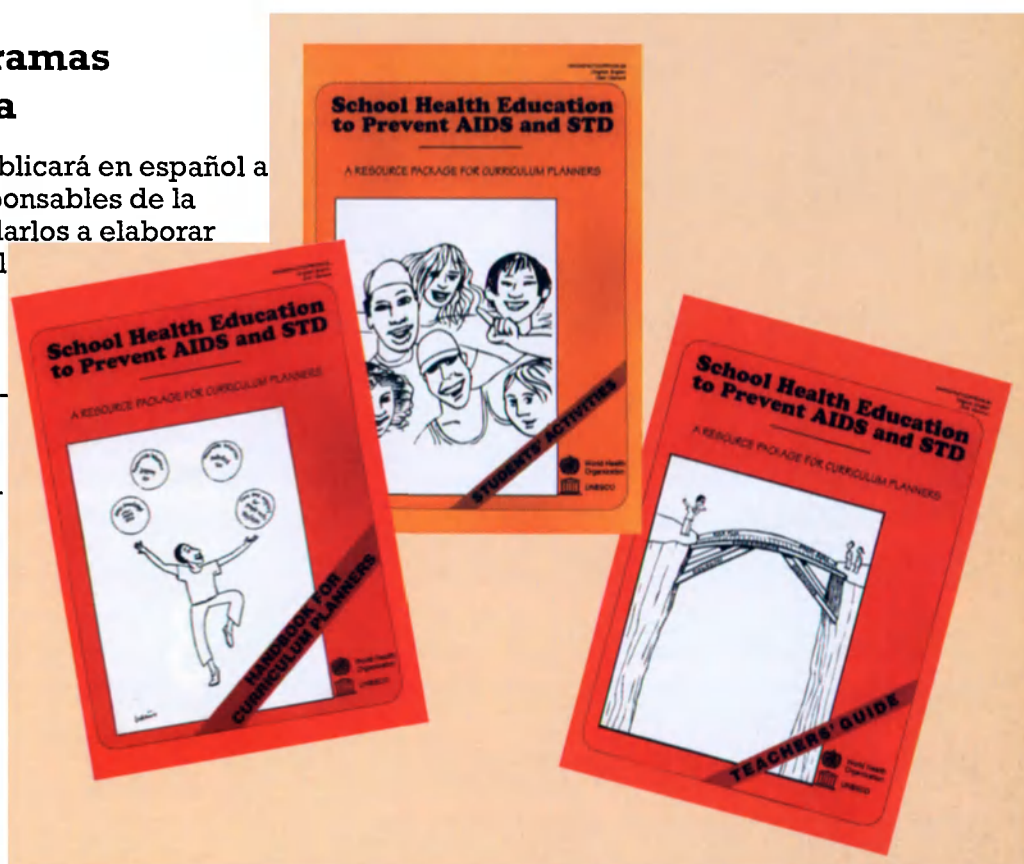
La Unesco organiza seminarios regionales de sensibilización y formación destinados a altos funcionarios de los ministerios de Educación, a fin de promover la integración de la educación para la prevención del sida en los programas de enseñanza.

Educación para la prevención del sida
UNESCO

7 place de Fontenoy
75732 París 7 SP, Francia

Una guía para los programas educativos sobre el sida

Esta guía en tres volúmenes se publicará en español a fines de 1995. Se dirige a los responsables de la planificación escolar a fin de ayudarlos a elaborar un programa y materiales sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) destinados a alumnos de 12 a 16 años y a sus profesores. Reúne todos los elementos de los programas escolares relativos a la sexualidad y al sida que han demostrado su eficacia en los proyectos piloto realizados por la OMS y la UNESCO en los países en desarrollo entre 1989 y 1993.



EL TEMA DE NUESTRO PRÓXIMO NÚMERO DOBLE
(JULIO/AGOSTO 1995) SERÁ

EL CINE CUMPLE CIEN AÑOS

con textos de:

**JEAN-CLAUDE CARRIÈRE, MILOS FORMAN, GASTON KABORÉ,
MILCO MANCEVSKI, MARCELLO MASTROIANNI, NAGISA OSHIMA,
JEAN-PAUL RAPPENEAU, VOLKER SCHLÖNDORFF, KRZYSZTOF ZANUSSI...**

así como un texto inédito del gran historiador del arte **ELIE FAURE:**

EL CINE, LENGUAJE DEL HOMBRE UNIVERSAL

PATRIMONIO:

ZACATECAS LA BARROCA

MEDIO AMBIENTE:

LA DESERTIFICACIÓN: ¿PLANETA AZUL O PLANETA AMARILLO?



**Todos los meses, la
revista indispensable
para comprender mejor
los problemas de hoy y
los desafíos del mañana**

al ofrecer a un amigo
una suscripción,
usted le hace 3
regalos
permitiéndole:

1

Descubrir la única revista cultural internacional que se publica en 30 lenguas y que leen, en 120 países, cientos de miles de lectores.

2

Explorar, cada mes, la formidable diversidad de las culturas y los conocimientos del mundo.

3

Asociarse a la obra de la Unesco que apunta a promover "el respeto universal a la justicia, a la ley, a los derechos humanos y a las libertades fundamentales (...) sin distinción de raza, sexo, idioma o religión..."