

MARTES
25 DE SEPTIEMBRE
DE 2018

PAPEL

LA REVISTA
DIARIA DE
EL MUNDO



La trabajadora sanitaria Zinabwa Moges pasa consulta en un domicilio de una aldea etíope. LUIS TATO / FUNDACIÓN BANCARIA 'LA CAIXA'

FUTURO BERNARD-HENRI
LEVY: "LA NOSTALGIA
ALLANA EL CAMINO AL
TOTALITARISMO" (HOJA 22)
CIENCIA ASÍ VOLVIÓ
A CAMINAR UN
PARAPLÉJICO (HOJA 25)

PUERTA A PUERTA EN ÁFRICA CONTRA EL MAYOR ASESINO DE NIÑOS

Zinabwa Moges es una de las 38.000 trabajadoras sanitarias que recorre casa por casa las áreas rurales más pobres de Etiopía para detectar casos de neumonía. La mayoría de muertes se produce por un diagnóstico tardío

POR TERESA GUERRERO AWASA (ETIOPÍA)

NEU-MONÍA

POR TERESA GUERRERO AWASA

De lunes a viernes, Zinabwa Moges (30 años) se levanta temprano, prepara el desayuno para su marido y sus dos hijos, de 11 y 4 años, y va caminando hasta el puesto de salud de Howolso, una pequeña población de Etiopía situada a unos 10 kilómetros de Leku. Es una de las 38.000 trabajadoras sanitarias que atienden a los habitantes de áreas rurales que, hasta hace unos pocos años, al no tener un centro sanitario al que poder llegar a pie, sólo iban al médico o llevaban a sus hijos cuando los síntomas parecían graves.

Zinabwa compagina el cuidado de su hogar con su empleo en el Gobierno, a través del cual presta servicio a la comunidad desde hace 11 años: «Cada vez más mujeres etíopes trabajan fuera de casa para buscar ingresos que les permitan mantener a sus familias», explica esta trabajadora sanitaria, embarazada de su tercer hijo. «Espero que sea niña porque con tres hombres en casa ya tengo suficiente», bromea.

Hoy, sin embargo, será su compañera, Zehara Nuri (34 años), la que se quedará atendiendo a los pacientes que acuden a este pequeño puesto sanitario (*health post*, en inglés). A Zinabwa le toca ir de casa en casa visitando a las familias para comprobar su estado de salud general y, sobre todo, intentar detectar lo antes posible la enfermedad que más niños mata en el mundo: la neumonía.

«Cuando el niño tose, sus padres suelen pensar que es un resfriado y no acuden al médico hasta que empeora. Y la neumonía se hace mortal en muy poco tiempo», explica Hayalnesh Tarekegn, responsable del programa de neumonía y diarrea de Unicef, mientras nos dirigimos en un todoterreno al puesto sanitario donde pasan consulta estas dos trabajadoras sanitarias. Hay carros tirados por

burros, pero la mayoría de la gente se desplaza caminando y no dispone de medio de transporte propio para ir al hospital o centro sanitario más cercano. Sin barro en el camino tardan horas andando, pero durante la temporada de lluvias, muchos tramos son casi intransitables a pie.

«Con este sistema de trabajadores sociales nos aseguramos de que la asistencia sanitaria llega a las personas más vulnerables, que son las mujeres y los niños», dice esta médica etíope, al frente del proyecto que la agencia de la ONU para la infancia ha puesto en marcha en colaboración con la Fundación Bancaria ‘la Caixa’ para detectar la neumonía y reducir así la escalofriante cifra de muertes. Más de 900.000 niños menores de cinco años fallecen cada año en el mundo por esta inflamación de los pulmones causada, sobre todo, por bacterias o virus.

«En casi todos los países la neumonía es el mayor asesino de niños, y la segunda causa de muerte en aquéllos en los que la enfermedad más frecuente es la malaria», recuerda Tarekegn. En Etiopía, entre el 18 y el 22% de las muertes de niños se deben a esta infección. «En Europa, muchos pequeños también la contraen pero son tratados enseguida y la

MATA A 900.000 NIÑOS AL AÑO Y TRATARLA CUESTA SÓLO 20 CENTIMOS

Detección precoz. Comprimidos de amoxicilina, un dispositivo portátil para contar las respiraciones y un ‘ejército’ de trabajadoras sanitarias en zonas remotas son los ejes del plan de Unicef para reducir las muertes por esta enfermedad



Una trabajadora con el dispositivo para diagnosticar neumonía.

cifra de fallecimientos es inferior al 1%», apunta.

Por eso, las principales herramientas para combatirla son el diagnóstico temprano y la rápida administración del antibiótico amoxicilina: «El tratamiento que Unicef promueve para un menor de cinco años consta de 10 comprimidos y cuesta 24

centavos de dólar (20 céntimos de euro). Si tiene más de cinco años, son 20 tabletas que salen por 42 centavos (35 céntimos)», detalla Tarekegn. «Resulta muy útil que puedan disolverse tanto en leche como en agua porque tener agua limpia aquí es difícil».

Además, estos comprimidos disponibles

desde hace unos cinco años son más baratos que el jarabe que se ha venido utilizando durante las últimas tres décadas: «Un frasco de jarabe cuesta entre 80 centavos y un dólar. Si no lo terminan, las madres lo guardan para otro de sus hijos pero al no disponer de neveras, se estropea y cuando vuelven a usarlo ha caducado o ha perdido su eficacia», señala. Para Unicef, añade, reemplazar la compra del jarabe por comprimidos supuso un ahorro de seis millones de euros en 2017.

Las trabajadoras sanitarias como Zinabwa y Zehara son claves para el éxito de su estrategia. No han estudiado medicina ni son enfermeras, pero han recibido una formación de un año para que tengan los conocimientos suficientes para detectar la enfermedad en sus primeras fases, suministrarles amoxicilina para iniciar el tratamiento lo antes posible o derivarles a un hospital si la enfermedad está en un estado avanzado: «Las trabajadoras sanitarias de Etiopía son las más cualificadas de África, pues su entrenamiento es el más largo. Lo normal en otros países es que el periodo de formación dure entre dos y seis meses», explica Tarekegn. «Es muy importante que hablen el idioma de la población con la que trabajan. Y como suelen vivir en la misma zona y son mujeres, las madres confian en ellas».

Cada día que le toca hacer ronda, Zinabwa visita entre seis y ocho casas. En el primer hogar en el que pasa consulta durante la jornada en la que la acompañamos viven una pareja y sus cinco hijos y se cumple la norma más básica para prevenir la neumonía: la zona de estar y el dormitorio están separados de la cocina y de los animales. La

construcción principal es de adobe y tiene dos habitaciones: la sala de estar tiene varias sillas, una mesa con platos y algún cacharro de cocina y está decorada con fotos del Real Madrid recortadas de



revistas. En el dormitorio están apiñadas las camas con mosquiteras. La trabajadora se sienta con la madre y, con la ayuda de un libro con ilustraciones, va interesándose por todos los miembros de la familia. En esta casa, todos parecen estar bien.

«En general, muere más gente por neumonía en las zonas rurales que en las ciudades porque muchas personas duermen en la misma habitación en la que pasan el día. Hay excepciones, como Mongolia, donde la incidencia es mayor en las urbes porque es un país extremadamente frío en el

Una madre recoge una medicina en un centro de salud.

LUIS TATO / FUNDACIÓN BANCARIA 'LA CAIXA'

DISPOSITIVOS A PRUEBA EN ETIOPIA Y NEPAL

Que sea portátil, resistente al calor y la humedad, que no requiera electricidad ni acceso a internet y que resulte sencillo de usar para personas con poca formación. Estos fueron los requisitos que Unicef puso a las empresas para crear dispositivos que detecten la neumonía en zonas en las que no hay máquinas de rayos X. El programa de Unicef Ayuda para el Diagnóstico de una Infección Respiratoria Aguda (ARIDA, por sus siglas en inglés) está financiado por la Fundación Bancaria La Caixa con cinco millones de euros para tres años. De momento, se han desarrollado tres aparatos que están siendo probados en Etiopía y Nepal y cuyos precios oscilan entre los 35 y los 250 dólares. El estudio realizado en Etiopía durante la primavera y el verano ha permitido recopilar datos sobre su utilidad en el terreno y los resultados preliminares se presentarán en unas semanas al Gobierno de ese país. En Nepal acaba de empezar un ensayo similar.



que la mayoría de la gente vive en *slums*, en casas sin electricidad y muy pequeñas. Su única forma de calefacción es quemar carbón durante mucho tiempo. En las zonas rurales también lo usan pero las casas son más grandes», relata.

El principal obstáculo para combatir la neumonía es lo difícil que resulta diagnosticarla en países con recursos tan limitados como Etiopía: «Un niño que tose y tiene fiebre puede tener malaria, neumonía, tuberculosis o un resfriado. La malaria se detecta con un test rápido. Un indicador claro de la neumonía es que

respira demasiado rápido pero contar manualmente las respiraciones de un niño no es fácil», explica.

Para facilitar su detección, en el marco del proyecto ARIDA se han desarrollado tres pequeños dispositivos que cuentan automáticamente las respiraciones de los niños. Las trabajadoras etíopes están testando uno de los tres modelos tanto en sus visitas a domicilio como en los puestos de salud donde pasan consulta.

Cada dispensario da servicio a entre 3.000 y 5.000 personas y funciona de 8 a 17.30 horas. Son pequeñas edificaciones

con bancos en el exterior que hacen la función de sala de espera y dos habitaciones con poca luz. El escritorio de la trabajadora sanitaria preside la primera salita, con un banco y un par de sillas donde se sientan los pacientes. En la habitación interior hay estanterías, archivadores, una desvencijada camilla y una balanza para pesar a los niños. Ahí encontramos al pequeño Amanuel Tamiru. La compañera de Zinabwa Moges, Zehara Nuri, está pesando a este niño de 16 meses, al que su madre ha llevado a la consulta porque tenía tos.

Primero le registra en un gran libro en el que lleva el control de los habitantes, le toma la temperatura y pregunta a su madre si ha tenido diarrea mientras ésta le sigue dando el pecho. A continuación, le coloca alrededor de la cintura el dispositivo para contar sus respiraciones. Durante toda la consulta, que dura más de media hora, está muy tranquilo pero durante el conteo se mueve y hay que repetir la prueba. Finalmente, la luz verde se enciende en el dispositivo, lo que indica que no tiene neumonía. Tras comprobar que sólo sufre un resfriado común,

le da a la madre varios sobres de suero, que envuelve en una servilleta, y le explica cómo tiene que prepararlo. Le dice que vuelva dentro de cinco días pero, si no mejora, que lo traiga de inmediato. La madre, ya aliviada, cuenta que tarda media hora andando en llegar a la consulta, y que tiene también una niña de cinco años, que les espera fuera.

«El dispositivo no es la solución al problema pero es una parte de la ecuación. Necesitamos un sistema sanitario con trabajadoras sanitarias que vean a los niños; disponer de las medicinas y que éstas no

sean caras y un centro al que puedan derivar a los pacientes que lo necesiten», resume Tarekgn.

La educación de la población es el otro pilar de su plan. Como ejemplo, cita este caso que vivió durante una de sus visitas a Etiopía: «Estábamos en un centro sanitario y llegó un niño de 15 meses muy grave, al que pusimos oxígeno inmediatamente. Los padres aseguraron que estaba enfermo desde hacía unas pocas horas porque les daba vergüenza decir que llevaba malo varios días. No querían que pensáramos que eran malos padres».