

p a p e r s



LLIGA DELS DRETS
DELS POBLES

Monogràfic
SALUT'

Treballant per la salut

Eulàlia Andreu i Casañas

Malalties oblidades o societats abandonades

Pau Mota

Medicina Mapuche, una alternativa ancestral

Josefa Casas

La indústria farmacèutica i l'accés als medicaments: algunes reflexions sobre la investigació i el desenvolupament de nous medicaments

Eduard Soler

Entrevista: Salut i immigració, amb Francesc Puig

La salut tractada des del cinema

Isabel Ruíz

- 2 Des de la junta...
Montse Artés
- 3 Visió medicina
Eulàlia Andreu i Casañas
- 6 Retalls de premsa
- 7 Opinió
Malalties oblidades o societats abandonades
Pau Mota
- 11 Amèrica llatina
Medicina Mapuche, una alternativa ancestral
Josefa Casas
- 14 Opinió
La indústria farmacèutica i l'accés als medicaments:
algunes reflexions sobre la investigació i desenvolupament de nous medicaments
Eduard Soler
- 17 Entrevista
Salut i immigració, amb Francesc Puig
Begoña Basterretxea
- 19 Cinema
La salut tractada des del cinema
Isabel Ruíz
- 22 Biblioteca
Bibliografia destacada
- 23 Activitats de la Lliga i informacions diverses
- 24 Concurs de contraportades

Revista Papers

| | |
|---------------------|---|
| Edita | <i>Lliga dels Drets dels Pobles</i> |
| Tiratge | 1.500 exemplars |
| Data d'edició | Novembre del 2008 |
| Dipòsit Legal | B-23019-2007 |
| Consell de redacció | <i>Isabel Ruíz (coordinadora del consell de redacció), Begoña Basterretxea, Carme Ferrer, Rita Huybens, Albert Roig i Xavi Zulet.</i> |

Revista quadrimestral

| | |
|---------------------|--|
| Disseny i impressió | <i>Impremta Ditifet</i> |
| Revisió lingüística | <i>Consorci per a la Normalització Lingüística</i> |

LLIGA DELS DRETS DELS POBLES

| | |
|----------------------------|---|
| Adreça | <i>Sant Isidre, 140 (Ca l'Estruch) 08208 SABADELL</i> |
| Adreça Postal | <i>Apartat de Correus 2045 08208 SABADELL</i> |
| Telèfon | 93 723 71 02 |
| Fax | 93 168 58 71 |
| Web | <i>www.dretsdelpobles.org</i> |
| Adreça electrònica | <i>info@dretsdelpobles.org</i> |
| Horari d'atenció al públic | <i>De dilluns a divendres de 17 a 21 h.</i> |

Disposem d'una biblioteca especialitzada en drets humans, desenvolupament, cultura de pau, política, pobles indígenes, món àrab i musulmà... on trobareu informació alternativa a la dominant. Podeu consultar el fons bibliogràfic al nostre web. L'horari de consulta de la biblioteca és de dilluns a divendres de 17 a 21 h.

La Lliga dels Drets del Poble no comparteix necessàriament l'opinió dels autors dels articles publicats en la revista. Respectem la llengua original en el que s'han escrit.

La Lliga dels Drets del Poble agrairà la reproducció i divulgació dels continguts d'aquesta revista sempre i quan se citi la font.

Amb el suport de:



Fotografia de portada:

Venda de medicaments al carrer, a Bouaké, Costa d'Ivori.

Autor: Lliga dels Drets dels Pobles

Per què ens posicionem a favor de la salut?

Montse Artés

Les desigualtats socials, econòmiques i de gènere perjudiquen greument la salut. Com a exemple tenim el cas de la sida, de la qual l'ONUSIDA¹ ens diu que cada cop és més pobra i més dona.

Al darrer rànquing de l'índex de desenvolupament humà (IDH)² de les Nacions Unides, els primers llocs segueixen ocupats per països rics³. Al grup de desenvolupament humà mitjà no es troba cap país europeu⁴, la gran majoria l'ocupen països del sud-est asiàtic i d'Amèrica Llatina. Els llocs de més baix desenvolupament humà estan ocupats, en la seva totalitat, per països africans.

L'IDH preveu l'índex d'esperança de vida en néixer, l'índex d'educació i l'índex del PIB (producte interior brut). L'esperança de vida en néixer mostra grans diferències entre països: és de 81,5 anys a Islàndia i de 80,5 a Espanya davant dels 40,9 de Swazilàndia o de Zimbabwe.

Les desigualtats provocades per la globalització capitalista estan plantejant nous reptes per a la salut; per exemple les desigualtats relacionades amb el canvi climàtic (onades de calor, augment del mosquit transmissor de la malària, augment de les condicions que provoquen diarrees...)⁵, o les relacionades amb la manera i les possibilitats d'alimentar-nos: el sobrepès i l'obesitat als països rics en contrast amb la desnutrició i la malnutrició als països empobrits.

Si la salut és un dret universal (Declaració universal dels drets humans) tenim l'obligació de denunciar les desigualtats que la condicionen. Per això ens impliquem en moviments socials que insten les institucions internacionals (Banc Mundial, Fons Monetari Internacional...) a facilitar que els governs dels països en vies de desenvolupament puguin tenir la salut pública com a prioritat d'acció⁶ i reduir l'impacte de la pobresa sobre la població més vulnerable (gent gran, infants i dones), garantint l'accessibilitat a l'atenció sanitària i als medicaments essencials i millorant les condicions de vida de la ciutadania.

¹ Programa de sida de Nacions Unides.

² Índex de Desenvolupament Humà.

³ Els països Nòrdics, Austràlia, el Canadà, Suïssa, el Japó, els Països Baixos, França i els Estats Units (Espanya ocupa el 13è lloc).

⁴ Excepte Moldàvia, el país més pobre d'Europa; Ucraïna, a Europa de l'Est i Geòrgia, situada geogràficament a l'Àsia però lligada culturalment a Europa.

⁵ Estudi de l'OMS, presentat a la darrera conferència de les NU sobre el canvi climàtic.

⁶ Inclou-hi l'atenció a la malaltia, la prevenció i la promoció de la salut.

Treballant per la salut

Eulàlia Andreu i Casañas
Metgessa

Parlar de salut de manera general i intentar fer una mirada que inclogui totes les persones del nostre planeta, així en fred, em va semblar molt difícil des de la meua modesta posició.

Si el que volem fer és parlar de persones malaltes i la seva atenció, les coses, lluny de ser senzilles, a una metgessa occidental com jo se li compliquen.



Des de petita, sempre he volgut fer de metge. Als 15 anys vaig tenir l'oportunitat de visitar la meua tieta, Roser Casañas i Guri, germana Vedruna i missionera al Zaire, actualment República Democràtica del Congo, durant els tres mesos d'estiu, i d'aquella fantàstica experiència en plena adolescència, en sortí la vocació de la medicina tropical i el desig de treballar com a cooperant internacional.

El primer dia de classe a la Facultat de Medicina de la UAB, el catedràtic d'anatomia en aquell moment ens va fer una reflexió molt important sobre els estudis que estàvem a punt de començar. Estudiar medicina tenia per objectiu obvi esdevenir metge. Fer de metge no és només una professió, és un estil de vida que et manté al servei de la comunitat tot el temps i és una

responsabilitat envers la societat.

Ens va donar dos minuts per rumiar-ho i sortir de l'aula. Jo m'hi vaig quedar i he recordat moltes vegades aquell compromís, que segur que comparteixo amb la majoria de persones que es mouen en l'àmbit sanitari de totes les maneres de fer salut d'arreu del món. Totes les cultures tenen una trajectòria d'aprenentatge sovint llarga i delicada. En algunes s'hereta la possibilitat i el privilegi de dedicar-s'hi, però en totes cal rebre el testimoni i els coneixements d'algú que ha demostrat que la seva saviesa pot ajudar en cas de malaltia. Aquesta motivació humanista per fer de metge es complementa, en el nostre medi, amb el coneixement científic que ens dóna la universitat i sobretot amb l'experiència en l'exercici professional aprenent l'ofici.

En la meua formació tropicalista vaig coincidir amb una professora que a través de la reflexoteràpia podal em va fer descobrir el món de les medicines dites complementàries i tota la seva riquesa. De manera paral·lela vaig iniciar la meua formació en aquests aspectes.

En completar els meus estudis, vaig marxar a l'Amazònia per treballar amb els indis Sateré Mawé i vaig descobrir que la cooperació és un món difícil i necessari.

Quan un metge jove acabava els estudis de llicenciat en medicina i cirurgia l'any 90, durant la formació en el mestratge de medicina tropical, la feina consistia a aterrar als ambulatoris de la nostra ciutat en plena època de reconversió: dues hores de visita a demanda i domicilis per tots els barris amb les seves

peculiaritats. Gran escola aquella per aprendre que la nostra feina sigui on sigui ha de ser la de millorar la qualitat de vida dels altres, atenent a qüestions de salut en el sentit ampli de la paraula, amb els mitjans que tenim i en l'entorn del malalt.

En poc temps, t'adones que al cap del dia has administrat un tant per cent molt alt de fàrmacs "anti": antibiòtics, antitèrmics, antiinflamatoris, etc. I "a favor de"?

Aquesta va ser l'aportació de la medicina natural a la meua formació, descobrir la complementarietat en els recursos d'autocuració de l'organisme i l'individu quan es fa protagonista de la seva malaltia i pot col·laborar en la curació o adaptació en la malaltia.

Així mateix em donà eines d'utilitat en llocs del món on els recursos són limitats.

L'experiència en les teràpies complementàries ha estat i és molt important en la meua manera de fer de metgessa. És possible, des del coneixement i el rigor, fer una tria que s'adigui amb el teu exercici professional i els teus valors associats i són eines útils que permeten completar els coneixements de la medicina occidental.

És una bona notícia que les facultats de medicina i infermeria vagin incorporant tot aquest coneixement en la formació del personal sanitari.

Si ens acostumem a preguntar, en la clàssica història clínica, sobre l'ús de teràpies diverses per part dels nostres malalts, descobrirem una riquesa variada d'elements curatius molt habituals en la nostra població, que van des de les herbes remeieres catalanes fins a les més sofisticades tècniques milenàries de la medicina xinesa.

Estic convençuda que tot això és molt seriós i que, com tota medicina, modifica l'estat de salut de les persones, cura i també pot tenir efectes que el metge no pot ignorar si vol ser eficient en el procés curatiu del malalt.

La incorporació a la nostra població de persones que vénen d'arreu del món amb tot el seu bagatge cultural, que



inclou diverses visions dels aspectes de salut i malaltia i dels mètodes per sanar, requereix per part del personal assistencial orelles atentes i sense prejudicis que permetin una comunicació real i efectivitat en el tractament. Només la descripció dels símptomes, un cop superada la barrera idiomàtica, és plena de conceptes propis de la cultura del malalt. És ben complicat d'aprendre'ls amb la limitació de temps i la sobrecàrrega assistencial del nostre sistema sanitari, però hi ha iniciatives endegades per assessorar-nos en aquest aspecte, i a poc a poc ens habituarem a emprar-los.

I tot això, quan surts al món, es complica.

La primera premissa per parlar de salut és aquí i arreu, tenir les necessitats bàsiques cobertes. Abans de tractar malalties i les seves conseqüències, els professionals d'arreu del món, sigui quina sigui la tècnica o coneixements que utilitzin, tenen l'obligació d'assegurar les condicions bàsiques de salut que són l'alimentació i hidratació sanes i l'abordatge preventiu de les malalties que es coneixen en el seu medi amb els recursos de què es disposa. Més de mig món queda fora d'aquests paràmetres!



Dit per un metge cooperant, la seva feina es reduiria sensiblement en els medis pobres aconseguint una lactància materna efectiva, recursos alimentaris suficients, accés a l'aigua potable propera i l'ús racional d'anticonceptius, sobretot aquells que actuen de barrera com a preventius de malalties de transmissió sexual. Aquestes, doncs, haurien de ser les prioritats en l'àmbit de la cooperació internacional i fins i tot en el nostre anomenat Primer Món.

Malgrat tot, milers de metges, infermers, xamans, sanadors, llevadors tradicionals... s'esforcen cada dia per acompanyar en la malaltia les persones

de tot el món. Un paper que canvia en funcions i responsabilitats segons cada cultura.

La relació metge pacient s'ha de basar en la comunicació, i la diferència cultural és un abisme difícil de superar. Aquests aspectes, lluny de ser pintorescos, són cabdals perquè el pacient millori sigui indígena o ciutadà de Sabadell.

La pregunta és a tot arreu i des de la disciplina mèdica que s'utilitzi, sempre la mateixa: en què el puc ajudar? Tots els professionals anem perfilant un estil de fer medicina amb el qual la carrera, els estudis paral·lels i, el més important,

l'ofici i els mateixos pacients, ens ensenyen al llarg de la nostra vida professional. No hi ha cap metge igual ni tan sols dins de la mateixa cultura.

Aquesta és la gran riquesa de la nostra professió i ara més que mai que en aquest món global tenim tan a prop petits i grans matisos de la condició humana. ■

retalls de premsa



La seriedad del humor

La virtud central del capitalismo clásico era el trabajo. Marx partió de ahí, de esa noción burguesa esencial, para elaborar sus ideas sobre el materialismo dialéctico y el socialismo. El capitalismo moderno estaba relacionado con la revolución protestante, con el calvinismo, con una ética del rigor, del esfuerzo. Hay que leer a los clásicos, desde Adam Smith hasta Max Weber. Y entender a Carlos Marx y a Federico Engels. Pero tengo la impresión de que los teóricos de la economía actual se olvidaron de los autores fundamentales, de los maestros, de los grandes precursores. El valor del trabajo se degradó y se convirtió en el de la especulación, de las burbujas financieras, de la riqueza fácil. He leído y recordado en estos días algunas páginas de humor sobre la crisis del 1929, además de algunas anécdotas reveladoras. Groucho Marx, que no pertenece a la misma familia que Carlos Marx, describe en sus memorias una época en que las acciones de Wall Street, todos los valores bursátiles, subían todos los días. Todo el mundo quería comprar en la Bolsa, y el mismo Groucho fue contagiado por la fiebre especulativa. Cerraba los ojos, ponía un dedo en algún lugar de la lista, compraba la acción respectiva y ganaba. Todos ganaban y compraban como locos. Groucho no sabía, hasta ese momento, que se podía vivir en el lujo, en la opulencia, en la extravagancia, sin trabajar, pero había comenzado a saberlo. Hasta que un día cualquiera, un inversionista cualquiera, un poco preocupado, dominado por un soplo vago de incertidumbre, hizo cálculos y resolvió vender. Otra persona se contagió con su pesimismo, o al menos con su vacilación, con su incertidumbre y también puso sus acciones en venta. Hasta que la Bolsa de Wall Street un buen día, o un día negro, para decirlo de un modo más preciso, se derrumbó en forma estrepitosa. Los economistas nos hablan en difícil, pero Groucho Marx es tanto o más certero que ellos. Porque Groucho nos habla de la crisis desde dentro, como persona que participaba en el delirio colectivo y que de repente, de un día para otro, perdió hasta la camisa. (...) Los gurús y magos de las finanzas se reían de los viejos valores, pero ellos han caído de papas o de patatas.

Jorge Edwards, *El País*, 30 de setembre de 2008 ■



Los "grandes" juegan en Osetia

Desde la desaparición de la URSS, las tensiones entre las poblaciones de Osetia del Sur y Abjazia y la autoridad georgiana han ido en aumento, sobre todo desde la llegada al poder, en Georgia, del presidente Mijael Saakashvili. En juego, los derechos de las minorías nacionales que pueblan mayoritariamente los territorios en la periferia de Georgia y que son considerados como una amenaza para la unidad del país. Amenaza agudizada tras la declaración de independencia de Kosovo, el 17 de febrero pasado, reconocida de forma unilateral por Estados Unidos y la mayoría de los países miembros de la Unión Europea. Conviene recordar que España y Georgia no reconocieron esta independencia. En aquel momento Rusia ya previno a la comunidad internacional del peligro de la política de "dos pesos, dos medidas" y el "efecto dominó" que podía producirse. El cumplimiento del oráculo no se ha hecho esperar.

El conflicto ha exaltado las tensiones ya existentes entre Moscú y Occidente. El pasado 26 de agosto el presidente ruso Dimitri Medvédev (tal como se lo había pedido al Parlamento el día anterior) declaró que su país reconocía la independencia de las regiones de Abjazia y Osetia del Sur como Estados independientes de Georgia. Las cancillerías occidentales condenaron el gesto de Moscú, calificado de "extremadamente lamentable" por la secretaria de Estado norteamericana Condolezza Rice. La presidencia finlandesa de la OSCE estima que la decisión rusa constituye "una violación de los principios" de la organización. Rusia, por su parte, ha congelado su cooperación militar con la OTAN y su presidente ha declarado: "No tenemos miedo a nada, incluida la guerra fría, que por descontado no deseamos.

(...) Estamos ante una situación que seguramente obligue a replantear conceptos como los de "autonomía", "autodeterminación", "integridad territorial" y "soberanía nacional.

Jean Radvanyi. *Le monde Diplomatique*, setembre 2008 ■

Malalties oblidades o societats abandonades?

Pau Mota

Metge



Parlar de malalties oblidades sovint es resumeix a donar xifres esfereïdores com les que ofereix l'ONG NoGràcies sobre la indústria farmacèutica. Algunes de les denúncies més reiterades són que el 90% de la producció mundial de medicaments és consumit pel 10% de la població del món, que tan sols el 0,2% de la investigació farmacèutica es dedica a les malalties que són responsables del 25% de les morts del món, o que només l'1% dels fàrmacs comercialitzats es destina al tractament de les malalties dels països empobrits.

Així mateix, en el darrer informe anual de Metges sense fronteres sobre les 10 crisis més oblidades pels mitjans de comunicació s'hi inclouen la tuberculosi, la desnutrició infantil i la sida a Zimbabwe entre la resta de conflictes armats i guerres actuals al món. La tuberculosi és una de les malalties oblidades més punyents i registra a l'any 2 milions de persones mortes i 9 milions més que desenvolupen la malaltia.

Parlar de malalties oblidades obliga a preguntar-se pels agents d'aquest oblit, i aleshores és inevitable pensar en els mitjans de comunicació de les societats occidentals, en la investigació biomèdica i, en conseqüència, en la indústria farmacèutica. Aquesta atribució de l'oblit implica el reconeixement que la intervenció mèdica, i la producció i distribució adequada dels medicaments, és la manera de poder combatre aquestes malalties i augmentar l'esperança i

la qualitat de vida d'aquests països. És a dir, s'atorga implícitament a la medicina i a la indústria farmacèutica un poder quasi absolut sobre el control i l'eradicació de malalties com la tuberculosi, la malària o la lepra.

En les últimes dècades han aparegut diverses línies de pensament que discrepen sobre la capacitat exclusiva d'aquest tipus d'intervenció biomèdica sobre la malaltia. Thomas McKeown, en el seu conegut llibre *The role of medicine*, mostra estadísticament com l'augment espectacular de l'esperança de vida que molts països occidentals han viscut la segona meitat del segle XX, no es pot atribuir a la millora de la biomedicina sinó a la millora de les condicions de vida dels ciutadans d'aquests països. En aquest mateix sentit, Ivan Illich ja va denunciar en la seva també coneguda *Némesis mèdica* els efectes, no tan sols inexistents sinó en alguns casos nocius, ►



de l'acció mèdica. Ja fa uns anys que les morts per acció mèdica figuren entre les cinc primeres causes de mortalitat dels Estats Units, segons diferents publicacions epidemiològiques, darrere de les malalties cardiovasculars o els accidents de trànsit.

La demògrafa Anna Cabré exposa en alguns dels seus estudis com existeix un nivell important d'independència entre la quantitat d'anys que es viuen i la intervenció mèdica. Les classe dominants, al llarg de la història, ja comptaven amb altes esperances de vida. Sèneca, els emperadors i senadors romans de la Roma imperial clàssica, si no eren assassinats, ja gaudien d'una esperança de vida propera als 70 anys. Així mateix, persones il·lustres del Renaixement i posteriors com Miquel Àngel, Galileu o Goya també van arribar a ser octogenaris quan, com és sabut, l'esperança de vida del conjunt de les societats en què van viure no era ni la meitat de la que aquests personatges presentaven.

Actualment, l'augment de l'esperança de vida en els països occidentals es po-

dria explicar seguint la mateixa lògica. Amb la globalització econòmica que caracteritza el neocolonialisme, els habitants dels països enriquits amb taxes altes d'esperança de vida es podrien comparar amb els senadors romans o amb els nobles medievals, mentre que la població dels països empobrits que viuen en condicions de pobresa i que subministren les matèries primeres, a on es desplacen les empreses que es deslocalitzen, serien els esclaus i camperols de les èpoques romana i medieval, respectivament.

També argumentant en aquesta línia, recerques genètiques recents sobre els secrets de la longevitat fetes per grups de la UAB, de l'IMIM i de la UB conclouen sobre una persona que va viure 114 anys —la qual no tenia variacions genètiques significatives— que la vida saludable, la dieta mediterrània, el clima moderat i l'activitat física regular havien estat els probables condicionants de la seva excel·lent salut.

En el debat sobre les malalties oblidades i sobre les demandes a la indústria

farmacèutica, cal tenir en consideració especialment el rol de la indústria farmacèutica en la nostra societat.

Un dels grans problemes de salut pública que estem vivint en les nostres societats és que la sanitat és privada. La inversió en sanitat es basa en el consum de medicaments, que de manera directa o indirecta a través de la Seguretat Social es compren a companyies farmacèutiques que es mouen segons els interessos que regeixen la majoria d'empreses privades, és a dir, la maximització dels beneficis. D'aquesta manera, la penetració de la indústria farmacèutica en la sanitat ha conformat un entramat d'interessos que interactua en tot el sector.

La indústria farmacèutica dedica el doble de recursos al màrqueting que a la investigació i al desenvolupament. Dins del màrqueting, la indústria farmacèutica hi inclou el finançament de la formació de professionals sanitaris, i "l'educació mèdica", que és l'eufemisme que utilitza la mateixa indústria per a referir-se als congressos, cursos, obsequis i viatges que reben els professionals sanitaris. Tot això amb un cost elevat per a tots, que afecta inevitablement l'autonomia professional i la racionalitat de la prescripció mèdica. La salut s'entén cada vegada més com un article de consum que es pot comprar i ha entrat dins de la lògica de mercat, com qualsevol altre objecte o servei dels que s'ofereixen.

A aquest marc complex, en què la indústria farmacèutica es mou principalment seguint interessos econòmics i en què la reducció de les taxes de les malalties oblidades no és clar que es pugui fer només amb investigació biomèdica, s'hi pot afegir un escenari més ampli. El premi Nobel d'economia Amartya Sen acostuma a dir que la millor dada per mesurar el desenvolupament no és el PIB sinó l'esperança de vida. De la mateixa manera, la prevalença i la incidència de certes malalties i l'esperança de vida d'un país no poden ser considerades causes de l'empobriment sinó indicadors de subdesenvolupament.

Aquest plantejament apunta al fet que les causes de desenvolupament no són

la millora de les condicions sanitàries ni la curació de certes malalties, sinó que aquestes només poden millorar si es permet el desenvolupament econòmic i social d'aquests països. En aquest sentit, per Amartya Sen, acabar amb les polítiques comercials proteccionistes i permetre que els països pobres vinguin els seus productes en els països occidentals seria una mesura que tindria un impacte més gran en l'esperança de vida i en les taxes de tuberculosi de molts països que no pas els diners destinats a la recerca d'uns medicaments produïts i distribuïts per la indústria farmacèutica.

En la denúncia de les malalties oblidades caldria que hi fossin presents els límits i efectes de la recerca biomèdica, així com el qüestionament sistemàtic de l'eficiència de les diferents mesures sanitàries. Què és més rendible, en termes de cost i benefici? Investigar en tractaments nous contra el còlera o la malària o millorar les condicions de salubritat de les ciutats africanes? El còlera és un dels paradigmes dels corrents higienistes de finals del segle XIX. Després d'una gran epidèmia de còlera a la ciutat de Londres es van cartografiar les fonts contaminades i es va establir un sistema de clavegueram i depuració d'aigües que va acabar amb l'epidèmia. De la mateixa manera, les taxes de tuberculosi a casa nostra van començar a decreïxer després de passar les penúries de la guerra i de la postguerra, i de les millores en les condicions socioeconòmiques de tots nosaltres, que comporten una millora en el sistema immunitari i el no-desenvolupament de la malaltia.

En els programes de cooperació internacional, les mesures destinades a la sanitat sovint estan circumscrites només a la despesa i distribució de productes i a l'assistència sanitària, encara que mesures de caràcter econòmic, social o cultural que millorin les condicions de vida de la població poden tenir, segurament, un impacte positiu més important en la reducció de les taxes de malaltia i en l'augment de l'esperança de vida. Canvis en els aranzels o en els tractes comercials de l'OMC, el FMI o



Mostres de sang per detectar la malària. Què és més rendible, investigar en tractaments nous contra el còlera o la malària, o millorar les condicions de salubritat de les ciutats africanes?

el Banc Mundial poden tenir un impacte més important sobre la salut de les poblacions empobrides que no pas la recerca biomèdica.

En resum, i recuperant els arguments d'Amartya Sen, la malaltia i l'esperança de vida no són objectius en si mateixos sinó que són indicadors de desenvolupament. No es poden combatre les malalties oblidades amb les mesures estrictament sanitàries que pot emprendre l'OMS o la recerca que pot dur

a terme qualsevol laboratori farmacèutic, sinó que l'única manera de combatre eficaçment aquestes malalties és permetre i contribuir al desenvolupament econòmic i social de les diferents societats empobrides. ■

Medicina Mapuche, una alternativa ancestral

Josefa Casas

Espectora i historiadora de la Patagonia argentina

Mapuches: aborígenes de Suramérica, que habitan en la Patagonia de Argentina y de Chile; vocablo que significa mapu: tierra, y che: gente. gente de la tierra.

Los mapuches es una de esas culturas ancestrales que demuestran el proceso de desenvolvimiento de la inteligencia a través de los tiempos; lo que nos permite evaluar la calidad y los alcances de las diferentes civilizaciones.

Antes de adentrarnos en el tema de la medicina mapuche y de las plantas medicinales, tenemos que tener claro los conceptos de salud y enfermedad entre los indígenas.

Para los mapuches, la vida humana debe estar en armonía con la naturaleza, ya que cualquier desequilibrio es causa de enfermedad; el equilibrio entre el mundo natural y el mundo espiritual es el concepto más importante para el cuidado de la salud.

Para la cultura mapuche, la encargada de la salud, tanto física como espiritual, es la *Machi* (sanadora, curandera, sacerdotisa, chamana, etc.). Ésta, que puede ser un hombre, pero por lo general son mujeres, es la sanadora de su pueblo; ella representa una especie de casta y son muy respetadas. Son consultadas por los integrantes de su tribu, y también por los caciques (jefes de la comu-



nidad indígena), para tomar cualquier decisión importante, ya que son consideradas jefas espirituales de la tribu.

El principal accesorio de la *Machi*, es el *cultrum* (tambor muy semejante al que utilizan los chamanes Siberianos), que siempre llevan consigo cuando visitan a sus pacientes.

La medicina que ellas practican está basada en el principio activo de toda sustancia vegetal. Dan una importancia extrema a las plantas que para los aborígenes son sagradas. Son plantas de acción propia, es decir poseedoras de propiedades curativas intrínsecas, como el canelo, el boldo, el ñancola-huén, el pañil, etc.

Otra práctica muy usada por los mapuches para mejorar la salud, son las curas termales, fuentes naturales de aguas sulfurosas; a través de los baños termales alivian los dolores reumáticos, tratan las enfermedades de la piel y también digestivas.

Los baños termales, son probablemente, el mejor tratamiento que siempre ha existido. Alivia los dolores de las articulaciones, mejora los problemas de estómago y cura las enfermedades de la piel.

Estas aguas medicinales, utilizadas en baños, en vapores o bebible, gozan de un gran prestigio y aceptación en la medicina mapuche. También aprovechan el barro de estas fuentes sulfurosas para aplicarlas en forma de compresa o cataplasma. También las algas que recubren las piedras de alrededor de las fuentes tienen un gran valor para la medicina, sobretodo para tratamientos de la piel (hoy ya se pueden encontrar en las farmacias).

Lo maravilloso de esta información es que en la actualidad se ha comprobado científicamente las propiedades y beneficios de esta agua, algas y barros termales, pero pensemos que esta práctica medicinal ya la utilizaban los aborígenes hacen cientos de años, sin tener ningún análisis científico, solo por la sabiduría natural que ellos poseen.

Al igual que los principios activos de todas las sustancias vegetales; por ejemplo: usaban las flores de chamico (*datura stramonium*), cuyo principio activo dominante es la escopolamina y antropina, al igual que las semillas ricas en los mismos alcaloides y con ello obtenían un estado de semi-inconciencia necesario para reducir luxaciones o pequeñas cirugías.

Hoy la ciencia nos dice que estas plantas contienen estas propiedades, con las que se producen las actuales anestésicos; pero ellos ya la usaban con el mismo fin, sin tener ese estudio científico.

Como no respetar entonces, estas culturas originarias que más allá de haber sido consideradas "salvajes", ellos son los precursores de, entre otras cosas, esta medicina alternativa.

Desde que el hombre existe, las hierbas han sido parte integrante de su vida, más su utilización práctica no terminaba en sus aplicaciones medicinales, se extendía también a mezclas y ungüentos protectores contra los malos espíritus.

Las hierbas medicinales han contribuido siempre en gran parte a la salud humana y aún sigue haciéndolo; su valor más evidente responde a su empleo como fuente de algunas drogas utilizadas en los medicamentos modernos.

Por ejemplo, de la amapola se extrae el opio, la heroína y la morfina; la digitalina es utilizada para enfermedades cardíacas y procede de las hojas de la planta digital o dedalera (abundante en





los bosques de la Patagonia argentina). Como podemos ver, en la actualidad todas las plantas han sido valoradas científicamente y se conocen sus propiedades. Una medicina natural al alcance de nuestras manos. Pero hay que tener en cuenta este consejo ancestral: "La enfermedad es una manifestación de desequilibrio entre cuerpo, mente y espíritu", y es que para los mapuches el equilibrio entre el mundo natural y el mundo espiritual, son los conceptos más importantes en el cuidado de la salud.

Lamentablemente, muchas de las plantas sagradas para los aborígenes, por sus milagrosas propiedades curativas, son plantas autóctonas, originarias de aquel lugar; y no se encuentran en otros lugares del mundo.

Los principales pilares de la medicina mapuche son:

- El boldo: infalible tisana para los trastornos digestivos y otras virtudes.
- Ñancolahuén: hierba de alta montaña,

muy apreciada por sus propiedades cicatrizantes, reconstituyente de la piel, además de febrífuga y tónico reconfortante, muy similar al ginseng.

- El pañil: con sus poderes astringentes, en infusiones o uso externo.
- El melico y la paramela: por sus propiedades afrodisíacas.
- El llantén: para curar llagas, heridas o erosiones de la piel.
- La chilca: principalmente beneficiosa para aliviar las úlceras gástricas.

Otro remedio que no es vegetal, pero de mucho uso en esta cultura es el buche de avestruz (dilatación del esófago que presentan algunas aves, entre ellas el avestruz patagónico, que está provisto de glándulas que segregan las primeras enzimas digestivas). El buche, una vez disecado, se tritura hasta convertirlo en polvo, para agregarlo en pequeñas cantidades a una infusión muy eficaz para el empacho, indigestión, dolor de estómago. En la actualidad ya se consigue en herbolarios y farmacias.

Otra hierba muy importante es el mate: sus hojas poseen propiedades diuréticas, disimula la sensación de apetito y es un excitante del sistema nervioso, aunque debe tomarse en mucha cantidad para que sus efectos iguallen a los del café. Es un excelente tónico estimulante, depurativo, antioxidante y reduce el colesterol; es una infusión que tiene por sus propiedades, un consumo generalizado en el país. Tomar mate es un acto social, para compartir con amigos.

Esta es la medicina del pueblo mapuche, habitantes por siglos de la mítica tierra patagónica. Ellos traen en su sangre un mensaje de innegable sabiduría: el conocimiento de cómo vivir en armonía con esa maravillosa naturaleza, sin degradarla ni destruirla. Es ese saber milenario el que expresan a través de su arte y su cultura; nutriéndose de los sueños de su gente y de la memoria de sus ancianos. ■

La indústria farmacèutica i l'accés als medicaments: algunes reflexions sobre la investigació i el desenvolupament de nous medicaments

Eduard Soler
Farmacèutics Mundi



Un terç de la població mundial i més de la meitat de les persones de les parts més pobres d'Àfrica i Àsia no tenen accés als medicaments essencials. En els últims anys, la globalització i les regles del comerç internacional estan empitjorant les coses. Per això és necessari trobar nous models que garanteixin la protecció del dret humà d'accés als medicaments.

Són diverses les causes que incideixen en la manca d'accés als medicaments

essencials: problemes de subministrament i emmagatzematge, qualitat per sota dels requisits mínims, falta de racionalitat en la selecció dels fàrmacs, abús en l'ús i la prescripció, producció insuficient, manca en matèria d'investigació i desenvolupament i costos prohibitius.

És una realitat que els costos elevats, la producció insuficient i la falta d'investigació, han contribuït al fet que milions d'habitants del Tercer Món no tinguin un accés equitatiu a medicaments, però les reglamentacions del comerç internacional que sorgeixen de la globalització poden resultar l'obstacle més gran a aquest accés.

Ens podem preguntar quin és el paper de la indústria farmacèutica respecte als problemes relacionats amb aquestes causes? La indústria té alguna responsabilitat amb els costos elevats o amb la insuficiència de la producció, l'absència d'investigació i desenvolupament, i les conseqüències de les normes del comerç internacional?

Manca d'investigació i desenvolupament

Els sistemes actuals d'investigació i desenvolupament de nous medicaments no tenen cap compromís amb l'interès públic. En els països en vies de desenvolupament, aquesta modalitat ha estat

sempre insuficient i està gairebé paritzada des dels anys 70. Entre 1975 i 1997, només el 13% de les 1.223 noves entitats químiques produïdes servien per tractar malalties tropicals. I únicament quatre van ser creades a partir de la investigació i el desenvolupament de la indústria farmacèutica.

El primer pas per tenir accés a un medicament és la seva existència. Només si és creat i desenvolupat podrà estar disponible en els centres de dispensació. Però no necessàriament l'existència d'una malaltia desperta interès de la indústria farmacèutica per la recerca i el desenvolupament (R+D) de medicaments per al seu tractament. El patró de la recerca i desenvolupament de medicaments reflecteix més les oportunitats del mercat que les prioritats de la salut. Només el 10% de la R+D es dirigeix cap als problemes que suposen el 90% de la càrrega mundial de malaltia.

La indústria dels fàrmacs concentra les inversions per a investigació en la fabricació dels productes amb gran interès comercial però poc innovadors en termes terapèutics. Una avaluació de 1.779 medicaments nous, realitzada entre 1981 i 1998 a França, va mostrar que només set medicaments del total podien considerar-se un veritable avanç com a tractament. Els restants van entrar en la categoria de res "nou" i en la seva majoria eren fàrmacs d'imitació, nom que reben les imitacions d'un producte innovador. Aquests medicaments, que tenen només una lleugera modificació molecular respecte d'un altre ja existent, no aporten noves possibilitats terapèutiques.

La indústria innovadora busca productes rendibles, és a dir, productes dirigits a un públic que pugui pagar-los a un preu de monopoli. Això fa que la indústria farmacèutica no pari atenció a malalties que afecten els sectors de població més pobres, els quals no tenen capacitat de pagament. El recent informe de l'OMS va ser fonamental per reconèixer aquest problema i plantejar possibles nous mecanismes que incentivin la R+D per a productes que necessita la població amb pocs recursos econòmics.



Alguns exemples

Un exemple molt clar és la malaltia de la tuberculosi. El tractament contra la tuberculosi, resistent a múltiples, medicaments pot costar entre 8.000 i 10.000 dòlars en els països en desenvolupament, però la majoria no compta amb recursos suficients per aplicar-lo. La incidència d'aquest tipus de tuberculosi augmentarà si no es tracta els malalts del Sud. Morirà més gent i la infecció traspasarà fronteres a pesar de l'existència d'un tractament eficaç.

L'altra cara del problema de subministrament és la discontinuïtat de determinats medicaments pel fet de no ser comercialment rendibles. És el cas de l'eflornitina (DFMO), que s'utilitza per combatre la tripanosomosi humana africana, més coneguda com la "malaltia de la son". El factor de contagi és un paràsit que transmet la mosca tse-tse i que afecta 30.000 persones per any. En estat avançat, si no se li aplica un tractament, el malalt pot morir. Aquest principi actiu, fins i tot una vegada desen-

volupat, es deixa de produir per manca de rendibilitat. Actualment, gràcies a la pressió de les ONG s'ha aconseguit garantir-ne la producció de nou. El laboratori farmacèutic productor ha donat a l'OMS l'eflornitina per cobrir les necessitats dels pròxims 5 anys i assignarà diners per a la investigació i desenvolupament d'aquesta malaltia.

L'absència d'investigació i desenvolupament de les companyies farmacèutiques en les prioritats sanitàries a escala mundial ens duu a preguntar: és correcte que l'agenda en matèria d'investigació i fabricació farmacèutica sigui fixada només pel propi sector farmacèutic? I com s'utilitzen i quines prioritats tenen els recursos públics destinats a la investigació farmacèutica (tant dels estats com de la Unió Europea)?

La situació actual indica que la comunitat internacional hauria d'adoptar una postura comuna a fi de garantir que l'enorme volum de recursos financers

que es destinen a la fabricació de nous medicaments desemboqui en el desenvolupament de productes que compleixin les necessitats de tothom.

Les principals inquietuds en el context actual són:

- L'augment de la protecció de patents provocarà un increment en el preu dels medicaments i cada cop tindrem més medicaments patentats d'interès per a la salut pública.
- La bretxa entre els països industrialitzats i els del món en desenvolupament respecte de l'accés als medicaments essencials, creixerà. Una pregunta clau és si els països pobres haurien d'esperar 20 anys per accedir a les innovacions.
- L'aplicació de les normatives de l'OMC

tindrà conseqüències sobre la capacitat nacional de fabricació i eliminarà una font de medicaments genèrics i innovadors, dels quals depenen els països més pobres.

- No hi ha motius per creure que l'Acord sobre TRIP fomentarà la transferència de la tecnologia i la investigació en els països pobres; tampoc hi ha incentius ni clàusules que assegurin que l'increment dels ingressos serà destinat al desenvolupament de tecnologies mèdiques essencials.

Algunes de les solucions als problemes actuals es troben ja a disposició dels països, com l'ús de les flexibilitats dels ADPIC. No obstant això, alguns experts argumenten que l'evident estret lligam entre accés als medicaments i innova-

ció fa que hàgim de buscar solucions i alternatives al model actual de R+D que afavoreixin l'accés als medicaments existents, però també als que encara no existeixen.

És necessari adoptar noves posicions perquè, en aquesta economia globalitzada, l'accés als medicaments essencials sigui més equitatiu. Un dels instruments bàsics de les polítiques de salut pública segueix essent la implementació d'estratègies nacionals amb la finalitat d'incrementar la racionalitat en el subministrament, la qualitat i l'ús de medicaments. Però aquestes gestions a escala nacional podran escapar cada vegada menys als acords internacionals i a les normes del comerç multilateral. ■



Més del 50 % dels immigrants pateixen la síndrome d'Ulisses

Parlem amb el metge Francesc Puig i Busquets

Begoña Basterretxea

Membre de la Lliga dels Drets dels Pobles

Amb aquesta entrevista intentem apropar-nos, ni que sigui molt per sobre, a un tema punyent, per desgràcia completament actual, que forma part d'un dels aspectes més desconeguts i marginals que succeeix a gran nombre d'immigrants que arriben a Catalunya de manera oculta, irregular i sovint vexatòria.

Parlem amb en Francesc Puig i Busquets, metge de professió que dedica bona part del seu temps a atendre persones que han arribat al nostre país després de viatges èpics i molt durs, que són acollides per la comunitat d'Emaús de Sabadell, que els atén en totes les seves necessitats i que intenta, si això és possible en aquestes terribles circumstàncies, donar-los una mica de suport perquè no se sentin tan aïllats i indefensos.



Francesc, explica'ns la teva col·laboració amb Emaús.

Quan em vaig jubilar el 2002, vaig pensar que el poc o molt que sabia i l'experiència que com a metge tenia, ho podia posar a disposició d'algú que veritablement ho pogués necessitar. Vaig pensar posar-me a disposició de les persones immigrades que encara no estan en xarxa, és a dir, empadronats, inscrits enlloc, i que poden presentar problemes sanitaris. Coneixia la comunitat d'Emaús i

em van demanar si els podia donar un cop de mà. Vaig començar visitant 3 o 4 persones en alguns dies sense determinar. Aviat em vaig adonar que les visites eren fredes i que feia molt poca cosa. Vaig decidir que no solament els havia de visitar mèdicament sinó que a més havia d'estar més estones amb ells, intentar familiaritzar-m'hi. I és el que faig principalment a Emaús. Dinem plegats amb els immigrants acollits i els voluntaris d'Emaús i després passo visita als nouvinguts o als que ja són residents.

T'he sentit dir que el que tu fas realment és fer de pont. Ens ho expliques?

Bé, l'acollida la fan admirablement la gent d'Emaús i els voluntaris; jo procuro fer-me proper a ells com a metge i com a persona. Intento captar el que se n'ha dit la síndrome d'Ulisses: les repercussions somàtiques i psicològiques que tenen sobre ells, l'estrès i l'ansietat que viuen, que amb el temps poden arribar a ser depressions greus. Més d'un

50 % dels immigrants la pateixen. Els problemes idiomàtics dificulten l'aproximació a les emocions, a les inquietuds, a les seves intimitats. Ja ens costa prou comunicar aquests aspectes entre nosaltres, així que podem imaginar el que representa per a ells. El que faig és intentar donar-los un cop de mà: si cal, orientar-los una mica en els temes mèdics, per tal de facilitar-los en la mesura del possible camins per resoldre allò que es planteja.

Heu tingut casos evidents de problemes per símptomes de comportament, diguem-ne, no gaire social?

Alguns nois han creat alguns problemes de convivència per la pròpia situació, i si ho analitzem a fons presenten quadres de la síndrome esmentada abans.

Aquestes persones que visites per primera vegada, des d'on venen?, com arriben aquí?, quin temps passen acollits?

La majoria procedeix de l'Àfrica subsahariana. Això ara, perquè quan vaig començar molts eren llatinoamericans: Xile, el Perú, Colòmbia, etc. D'aquests, actualment no n'hi ha cap. Ha anat canviant radicalment. Són subsaharians, alguns magrebins, berbers. Arriben després de llargues i penoses travesses des dels seus països d'origen. Com que viatjar des del Marroc s'ha tornat molt difícil, cada vegada s'arrisquen de més lluny: Mauritània, Gàmbia, el Senegal. Ho fan en pasteres i van a parar a les Canàries, on gairebé sempre els han de socórrer abans d'arribar a terra. Els posen en centres d'internament i quan aquests estan plens els desplacen en avions a la península, on els reparteixen entre les principals ciutats. Se'ls abandona a la seva sort sense papers, indocumentats, sense res i a més amb ordres d'expulsió. Cadascú es busca la vida com pot. Els que arriben a Emaús ho fan després de pul·lular per Sabadell, on dels que contacten amb l'SCAI n'hi ha alguns que acaben arribant a la residència d'Emaús, on passaran tres mesos d'acollida.

Se'ls registra com a residents de la casa i això els permet disposar d'una targeta sanitària. Generalment són homes joves i no passen dels 30 anys.

En quines condicions de salut es troben les persones que visites per primera vegada?

Segurament per la seva joventut, no presenten patologies greus, tot i que hi ha força quadres de paràsits intestinals, brots de malària i algun de tuberculosi. Quan arriben a Sabadell ja han passat uns mesos per diferents punts d'acollida i no mostren desnutrició important.

En primer lloc, procuro fer-los un històric mèdic del que han pogut patir ells i les seves famílies. Alguns saben que els van vacunar de petits, però ignoren de què. A través d'una conversa propera intento treure'n tot el partit possible per poder-me fer una idea de la seva situació actual i detectar qualsevol mancança o problema de salut. Faig una fitxa amb totes les dades que he pogut recollir i els en dono una còpia a ells perquè els serveixi com a presentació si mai han d'anar a un hospital o centre de salut, ja que amb l'afegit del problema de l'idioma faciliten la tasca als sanitaris i a més aquests tenen la meua identificació i la manera de trobar-me si em necessiten.

Tot seguit els enviem al servei de medicina tropical a Barcelona, on gratuïtament els fan un bon reconeixement: analítica general i proves de sida, malària, paràsits, tuberculosi. Els resultats m'arriben a través dels mateixos interessats. Si es detecta alguna malaltia que pot ser important, se'ls posa en tractament fent el seguiment entre el centre de Barcelona i jo mateix.

Quan es detecten problemes de salut tals com la malària o la tuberculosi, entenen la importància de fer els tractaments?

El seu comportament és com el nostre, uns ho entenen més que d'altres, volen prendre medicaments o no, a alguns els costa comprendre el que els passa... Abans de rebre't he visitat un noi a qui

s'havien fet unes anàlisis amb resultats bastant alterats i li he dit que d'aquí un mes hauríem de repetir-los i m'ha dit radicalment que no, que ja li havien tret prou sang. Bé, aquest comportament també el trobem entre nosaltres.

No fa gaire em vas comentar que aquestes persones no presenten quadres de sida.

No, no n'he trobat cap cas. Tots hem llegit que l'Àfrica està ple de sida. Això depèn de la procedència dels països. Un dia comentant-ho amb un col·lega de medicina tropical, em deia que Mauritània, el Senegal, Nigèria, el Marroc, eren els que menys patien aquesta infecció. En canvi a Sud-àfrica, Zimbabue, la RD del Congo... és una malaltia endèmica, però d'aquests països no n'he visitat cap a Emaús.

Quan ha passat el temps d'acollida i han de marxar, què passa si estan fent algun tractament?

Passa de tot. Hem tingut casos de tuberculosi als quals s'han fet tractaments preventius que justament duren 3 mesos. Si cal, des de Medicina Tropical continuen vigilant els tractaments. Respecte al que passa amb ells, pot ser que hagin trobat alguna feina, o en la mesura que es pot Emaús els adreça a altres llocs d'acollida; hi ha de tot.

En el teu llibre *Què m'ha passat?* plantejges la salut com una manera de viure i progressar o avançar com a persones. Com ho podríem aplicar?, com ho poden percebre aquests immigrants?

Penso que salut no és equivalent a benestar. El benestar és una situació subjectiva, és sentir-se bé amb si mateix, però la salut és més, fa referència al ben ésser. L'home, per tenir salut, de vegades ha de seguir una dieta, s'ha d'operar, deixar de fumar i de beure alcohol en excés, etc., i això no és divertit i sembla renyit amb el benestar. Llavors s'ha d'entendre que aquesta manca de benestar és per al teu ben ésser i que a la llarga es perceben els resultats. En definitiva és molt més profund tot plegat.

Aquest ben ésser és estar bé amb un mateix, amb l'entorn, és una manera de viure autònoma, solidària i joiosa, poder realitzar els projectes personals. Per tant, aquestes persones que tracto tenen també aquesta necessitat de benestar partint dels aspectes més primaris fins a arribar als més complexos per aconseguir també un ben ésser, és a dir, tenir una manera de viure sana o saludable, com passa també entre els nostres companys de país.

Parla'ns una mica de com és la seva alimentació.

En general no vénen massa desnodrits i si de cas amb uns dies menjant adequadament es refan. Els agrada la verdura, la fruita; la carn, no gaire. Al menjador d'Emaús presenten la carn identificada per als que no mengin porc, com és el cas dels musulmans. Podem dir que són bastant saludables, no són golafres. Mengem el que necessiten, no n'abusen i potser el fet que tenen els àpats assegurats els dona molta confiança. No he detectat ansietat, que, com sabem, de vegades es canalitza a través de menjar abusivament.

Per acabar, què diries sobre l'embolic que hi ha respecte als desarrelaments de tantes persones amb cultures tan diverses?

Penso que és una aventura molt gran per a ells i per a nosaltres, que només ho tenen clar els racistes i els xenòfobs, perquè saben el que no volen, però per als que tenim clar o ho voldríem tenir respecte que hauríem de ser realment solidaris, acollidors, que el món és de tots, és un gran repte. Jo no sé cap a on va tot això perquè els recursos que s'apliquen són limitats, els polítics no són prou justos, la convivència amb cultures tan diferents és difícil. Caminant fem camí i aquest camí és veure i observar cap a on anem. ■



El síndrome d'Ulisses

El mític heroi de l'Odissea, perdut durant molts anys en el seu camí de retorn a Ítaca enyorava la seva terra d'origen però es veia impossibilitat de tornar a ella. "Ulisses passava els dies assegut a les roques, vora del mar, consumint-se a força de plorar, sospirar i compadir-se de la seva situació, fixant els ulls en el mar i plorant incansablement (cant V). Ulisses per protegir-se del seu perseguidor Polifem li diu "preguntes ciclop oleda dic... t'ho diré. El meu nom és Ningú i Ningú em diu tothom...(cant IX).

Si per sobreviure s'ha de fer ningú, s'ha de fer permanentment invisible, no hi haurà identitat ni integració social i tampoc pot haver-hi salut mental. Soledat, por, desesperança. Les migracions del nou mil·lenni ens recorda cada vegada més els vells texts d'Homer.

Plors, nervis, insomni, falta de concentració, estrès, ansietat, són els principals símptomes del síndrome de l'immigrant que pateixen estrès crònic i múltiple. Segons dades actuals del SAPPPIR (Atenció Psicopatològica i Psicosocial immigrants i Refugiats) es creu que un 50% aproximadament de les persones "sense papers" pateixen el que el professor de psiquiatria de la Universitat de Barcelona i director del SAPPPIR, Joseba Achotegui, a través dels seus treballs va anomenar aquesta patologia síndrome d'Ulisses. Reconeix que és una situació d'estrès límit, amb quatre factors vinculants: soledat, al no poder dur a la seva família; sentiment intern de fracàs, al no tenir possibilitat d'accedir al mercat laboral; sentiment de por, per estar moltes vegades vinculats a màfies; i sentiment de lluita per sobreviure.

SCAI: Servei Ciutadà d'acolliment als Immigrants de Sabadell

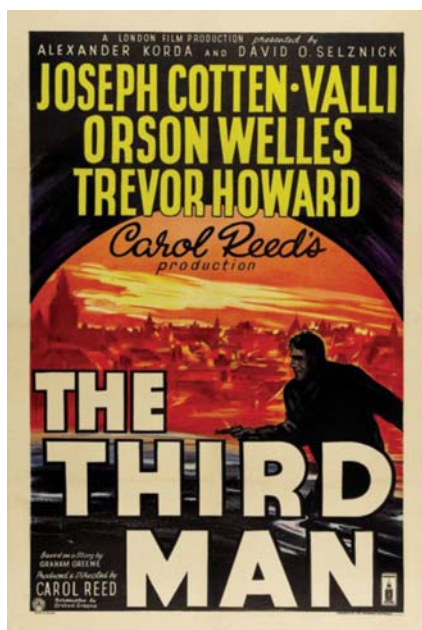
Els immigrants arriben a l'SCAI a través de referències d'altres immigrants; a nivell individual i derivats d'altres entitats com la Xarxa d'Entitats d'Acollida d'Immigrants, les alberges de Barcelona, l'Ajuntament de Sabadell (Oficina d'Atenció Ciutadana i Oficina Nova Ciutadania).

Entre el gener i el setembre del 2008, 47 persones han demanat entrar en el programa de treball del projecte entre l'SCAI i Emaús de Sabadell.

La salut, tractada des del cinema

Isabel Ruíz

Membre de la Lliga dels Drets dels Pobles



En moltes ocasions el cinema ha tractat el tema de la malaltia com a experiència personal, com a situació extraordinària a la qual s'enfronten els personatges des de diferents actituds. Ens situem aleshores davant de la malaltia com a ruptura de la normalitat en la vida dels individus. La proposta cinematogràfica d'aquest número se centra, però, en diverses pel·lícules que tracten les implicacions socials de l'alteració de la salut i la intervenció dels poders públics, ja que el dret a la salut obliga els estats a generar condicions en què tothom pugui viure de la manera més saludable possible. I com tothom sap, aquest principi no sempre es compleix.

En primer lloc, situem per mèrits propis un dels millors films de la història, *El tercer home* (Carol Reed, 1949). Viena, 1947. La ciutat devastada, dividida en quatre sectors, està ocupada per les potències vencedores. Holly Martins (Joseph Cotten), un escriptor en decadència de novel·les de l'oest, arriba a la ciutat per retrobar-se amb el seu amic d'infància, Harry Lime (Orson Welles). Aquest, però, acaba de morir en un accident de trànsit. Disposat a aclarir les estranyes circumstàncies de la mort, Martins inicia una recerca que el portarà a conèixer la veritable naturalesa del seu amic. Gràcies al cap de la policia militar britànica (extraordinari també Trevor Howard), que el posarà sobre la pista de les activitats delictives de Lime, descobreix que és en realitat un perillós traficant de penicil·lina adulterada que ha causat moltes víctimes.

Sens dubte, el guió de Graham Greene i la interpretació de Welles han contribuït a fer-ne una obra mestra, que ens ha deixat seqüències antològiques com la

trobadura entre els dos amics a la famosa sínia del Prater vienès, on Welles deixa anar un discurs sobre l'"aportació" a la cultura de la família Borja enfront de la dels suïssos, que només van inventar el rellotge de cucut.

La Viena de postguerra, nocturna i en runes, magníficament retratada en blanc i negre (guanyà l'Oscar a la millor fotografia), acull éssers amorals i cíncics. El protagonista es mou hàbilment per les clavegueres de la ciutat, en una clara metàfora del lloc que li resulta més escaient.

En definitiva, en els dos protagonistes masculins s'enfronten l'honradesa i la maldat en estat pur. I tot i que guanyi la bondat, no podem negar l'atractiu que el mal exerceix sobre nosaltres... No és gratuït, per tant, que la protagonista femenina mantingui intacte el seu amor per Lime i menyspreï les proposicions molt més honestes de Martins.

Potser perquè el món era aleshores més innocent, la Viena de postguerra es pre-



senta com a símbol d'un desordre que és possible reordenar, i l'espectador queda reconfortat, perquè "el dolent", que actua a títol individual, paga per les seves maldats.

Contràriament, *El jardiner constant*, basada en la novel·la de l'escriptor britànic John le Carré, ens presenta un món on la corrupció i els poders polític i econòmic s'alien perillosament. Dirigida per Fernando Meirelles (autor de *Cidade de Deus*, entre altres títols) l'any 2005, presenta com a rerefons un atemptat contra la salut de les persones. L'escenari en aquesta ocasió és una de les zones més deprimides d'Àfrica, l'slum de Kibera, als afores de Nairobi,

on actualment vuit-centes mil persones viuen amuntegades en unes condicions de vida molt precàries.

A canvi de medicaments contra la sida, molts malats són utilitzats sense el seu consentiment com a conillets d'índies per provar els efectes secundaris d'una medicina contra la tuberculosi, que es preveu com una malaltia que en el futur es desenvoluparà com una epidèmia. Aquesta malaltia ja està demostrant els seus riscos als països empobrits (vegeu en aquest mateix número l'article de Pau Mota "Malalties oblidades o societats abandonades?").

La pel·lícula sosté que la indústria farmacèutica està disposada a generar fàr-

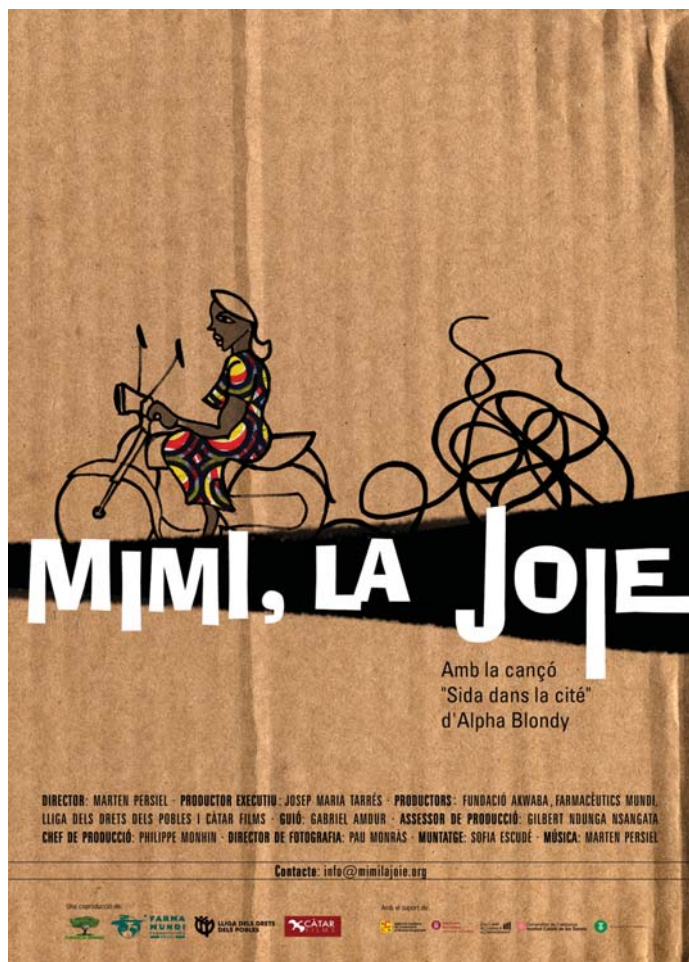
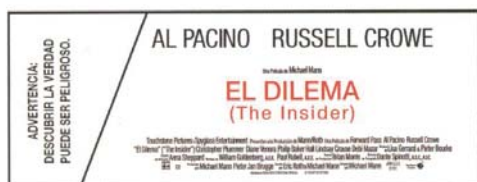
macs al més aviat possible per tal d'obtenir així millors guanys econòmics. Aquesta rapidesa, però, impedeix respectar els protocols d'experimentació. En conclusió, a causa del medicament algunes persones moren, fet que s'encobreix.

A *El jardiner constant* les grans empreses farmacèutiques cometien els delictes amb total impunitat i la complicitat de polítics corruptes de determinats governs. L'individu anònim (primer la Tessa, la protagonista, i després de ser assassinada, el seu marit, el diplomàtic afeccionat a la jardineria) fa les investigacions per denunciar-los, posant en risc la seva pròpia vida. És, en definitiva, una pel·lícula amb una intriga molt ben portada, i la bella història de la presa de consciència d'un home fins aleshores més preocupat del seu jardí que de les persones.

També representa una lluita de David contra Goliat *El dilema* (*The Insider*, Michael Mann, 1999), basada en la història real de Jeffrey Wigand, executiu d'una tabaquera acomiadat per les objeccions a la manipulació de la nicotina amb substàncies més additives i nocives per a la salut.

El títol fa referència als problemes de consciència del protagonista, que es debat entre denunciar els fets i les consideracions cap a la seva família, ja que perdrà la situació econòmica privilegiada i fins i tot haurà de fer front a amenaces. La pel·lícula es planteja com un thriller que posa en qüestió els interessos de les tabaqueres i de les grans companyies de comunicació. És un film complex, del qual cal destacar el duel interpretatiu entre Al Pacino, com a periodista que vol denunciar les irregularitats, i Russell Crowe, el científic i executiu de la tabaquera.

Els intents de tancar la violació de la salut pública, la corrupció empresarial, la inhibició dels poders polítics, i els límits de la justícia, així com la manipulació i la censura informativa queden ben representats. Molts temes, sí, però estretament relacionats. L'única crítica negativa que podríem al·legar és la llarga durada del film. Probable-



ment, amb menys metratge es podria haver dit el mateix i s'hauria guanyat en intensitat.

ONG i organitzacions humanitàries han utilitzat el cinema documental com a mitjà de sensibilització i denúncia. Per exemple, a instàncies de Médicos sin Fronteras es va rodar *Invisibles*, que ja vam comentar en una altra ocasió.

La Fundació Akwaba, Farmacèutics Mundi, la Lliga dels Drets dels Pobles i Càtar Films, per la seva banda, han coproduït *Mimi la joie* (Marten Persiel, 2007), que vol ser una mirada d'esperança sobre la situació de les dones seropositives a Bouaké, Costa d'Ivori, agreujada per la recent guerra civil. Allà, com a tot Àfrica, la sida és una malaltia que estigmatitza els nens i les dones seropositives. El documental recull la tasca d'educació sanitària que s'està fent a través de diversos mitjans: la televisió, la ràdio i les representacions teatrals al carrer, que arriben a una part important de la població. No obstant això,

és molt important assenyalar la feina anònima de persones com la Marta o la Marguerite en contacte directe amb les persones malaltes i les famílies. La Marta, seropositiva, va arribar a Bouaké per ser atesa a l'hospital. El seu testimoni colpidor explica com la seva família la va rebutjar en saber que estava malalta, com les creences animistes són un greu inconvenient per fer front a la malaltia. Ara ajuda d'altres malalts i és un exemple de coratge i valentia.

La Marguerite, oriünda del Txad, és infermera d'un projecte de PTMI (prevenció de la transmissió maternoinfantil del VIH), que té cura de les dones amb el virus i els seus nadons. Reclama una ajuda dels països occidentals, especialment França, i assegura que no volen les armes que els envien, sinó maquinària que contribueixi a modernitzar el país. La càmera recorre els espais propis d'aquestes dones: les llars, la perruqueria, la consulta mèdica, l'església... La càmera segueix també els preparatius d'una companyia teatral que organitza

el muntatge de *Mimi la joie*. Atès que la ignorància sobre la sida és un factor de risc, és molt important explicar les vies de contagi i les mesures de prevenció. S'aconsegueix, així, trencar el silenci i desemmascarar la superstició. I una bona manera de fer aquesta tasca de sensibilització és a través de representacions teatrals al carrer que apleguen un gran públic.

També el cinema, que és per sobre de tot una indústria, pot de tant en tant posar en evidència el mals del nostre món. ■

Bibliografia destacada

Tots aquests llibres els podeu consultar a la Biblioteca de la Lliga

Traficantes de salud. Como nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad.

Jara, Miguel

Editorial Icaria, Barcelona, 2007 (3a edició)



Amb el pas del temps i l'esforç promocional dels laboratoris farmacèutics, els medicaments han passat de ser béns essencials a simples objectes de consum. Avui les reaccions adverses als fàrmacs ja són la 4a causa de mort en països com els Estats Units. Es tracta d'un document imprescindible per conèixer quins medicaments perillosos estan al nostre abast i quins han produït morts o greus danys en persones en els darrers anys. El llibre és un recorregut per la cara B del sistema sanitari. Com s'inventen malalties per crear nous mercats, com es manipulen els assajos clínics a favor dels laboratoris, com es venç la voluntat de molts metges per mitjà de promocions, com es controla els treballadors rebels, com s'espia els ciutadans a través de la recepta mèdica o mitjançant la implantació de la tecnologia de radiofreqüències en els envasos. És un llibre amb efectes secundaris: després de llegir-lo la manera d'entendre la salut haurà canviat.

El derecho ante la biotecnología. Estudios sobre la nueva legislación española en biomedicina.

Barcellona Pietro, Cierco Cesar, i diversos autors més

Editorial Icaria, Barcelona, 2008



Espanya, amb les noves lleis sobre biomedicina, fa un salt qualitatiu en la regulació de la biotecnologia humana, fins i tot s'avança a la ciència i a la tècnica en l'espínol tema de la clonació terapèutica i es situa a l'avantguarda de la legislació mundial. Els darrers avenços de l'enginyeria genètica ha posat a la nostra disposició el que fins ara havia estat el resultat de milers d'anys d'evolució: la naturalesa humana. La democràcia ha d'entrar definitivament en el sistema científicotècnic perquè el govern de la tecnociència és un assumpte de tothom.

Vacunaciones sistematicas en cuestión. ¿Son realmente necesarias?

Marin Olmos, Juan Manuel

Editorial Icaria, Barcelona, 2007 (3a edició)



Les vacunacions sistemàtiques són presentades com una de les fites més importants de la medicina preventiva. Aquesta idea ha arrelat profundament entre la població contribuint a la gènesi de l'anomenat "mite vacunal", és a dir, la creença de que les epidèmies han desaparegut o han estat controlades gràcies a les vacunes i que aquestes gairebé no tenen efectes adversos. Una aproximació rigorosa a l'evolució epidemiològica de la majoria de les malalties posa de manifest que molt abans de la generalització dels programes de vacunació, la morbimortalitat ha disminuït dràsticament gràcies als canvis en les condicions de vida.

Inmortales y perfectos. Como la medicina cambiará radicalmente nuestras vidas.

Macip, Salvador

Editorial Destino, Barcelona, 2008



Quan podrem curar el càncer? Ja és possible clonar éssers humans? I crear vida en un laboratori? Entenem tota la informació continguda en el genoma humà? Per què serveixen les cèl·lules mare? Aconseguirem aturar l'envelliment? La medicina del segle XXI busca contestar aquestes i altres preguntes que resulten claus per a la nostra salut i, fins i tot, per al nostre futur com a espècie. Des de la seva privilegiada posició com a investigador capdavanter en un dels camps científics més exigents i canviants, Salvador Macip explica els darrers avenços, aclareix els dubtes més habituals i llença per terra algunes fal·làcies molts assentades. No hi manca tampoc una sorprenent previsió de la manera en què la nova medicina canviarà radicalment les nostres vides.

El hambre injusta. Una crónica reciente de la lucha por los alimentos y la dignidad.

Hauenstein Swan, Samuel i Babu Vaitla (editors)

Editorial Icaria, Barcelona, 2007



Les crisis alimentàries més grans del segle XX han estat provocades per un (o més) d'aquests factors: desastres naturals, responsabilitat humana o conflictes. Al llarg de les darreres dècades les pandèmies globals –sobretot la sida–, les desigualtats del comerç i l'escalfament global han jugat un paper cada vegada més protagonista a l'hora de provocar fam. Aquests canvis recents han desencadenat l'aparició d'un nou tipus de crisis alimentàries caracteritzades per l'arribada d'una nova categoria de persones pobres i vulnerables. Aquesta publicació tracta d'oferir una comprensió més àmplia de les crisis alimentàries a través d'exemples reals que subratllen la importància de combinar els esforços humanitaris de mitigació del sofriment amb esforços polítics per un canvi estructural.

La voz de las trece abuelas. Ancianas indígenas aconsejan al mundo.

Schaefer, Carol

Editorial Lucièrnaga, Barcelona, 2008



Aquest llibre presenta les perspectives i els consells de tretze àvies procedents dels cinc continents, moltes de les quals són llegendes vives a les seves tribus. Les àvies ofereixen saviesa en temes tan actuals com l'educació de les famílies, el cultiu de la salut física i mental, la violència, la guerra i la pobresa.

En aquesta ocasió, en lloc de presentar l'autora d'aquest llibre, ens sembla interessant presentar i fer conèixer la declaració de les àvies:

"Som tretze àvies indígenes unides per una visió comú. Venim aquí des de la selva amazònica, del cercle polar àrtic nord-americà, dels grans boscos del nord-oest dels EUA, de les muntanyes de l'Amèrica Central, de les Black Hills de Dakota del Sud, Oaxaca, del Tibet, de les selves tropicals de l'Àfrica occidental. Creiem que les nostres ancestrals formes de

reser, de reconciliació i de sanació són necessàries avui. Ens reunim per educar els nostres fills; conservar les pràctiques de les nostres cerimònies i afirmar el dret per utilitzar plantes medicinals lliures de restriccions legals; per salvaguardar l'herència col·lectiva de la medicina tradicional, i per defensar la Terra en si mateixa. Creiem que les ensenyances dels nostres avantpassats il·luminaran el nostre camí per un futur incert."

Aquestes àvies posseeixen la saviesa que ens pot curar, basada en el seu contacte directe amb la naturalesa i en les ensenyances transmeses de generació en generació. Fou Bernadette Rebienot, una *buiti* amb 23 nés, la que un dia va visualitzar el naixement del Consell de les Àvies, que va ser constituït l'any 2004. Més informació a www.consejo13abuelas.es.

Activitats i informacions de la Lliga



Taula rodona sobre l'educació i la immigració

El passat 8 de juliol, l'Observatori de la Immigració a Sabadell (format per la Lliga i el Fòrum IDEA de la UAB), conjuntament amb l'SCAI i el suport de la Fundació Jaume Bofill i l'Ajuntament de Sabadell, van organitzar la taula rodona per debatre sobre els valors que transmet l'escola i la visió de la població nouvinguda. Va comptar amb la participació de pares i mares de diferents països d'origen i amb el professor de sociologia de la Universitat de Lleida, Jordi Garreta. Un dels temes que es va proposar va ser que l'educació intercultural hauria de ser una educació transversal per a tots els centres educatius i no només per a aquells amb majors percentatges d'alumnat nouvingut. ■



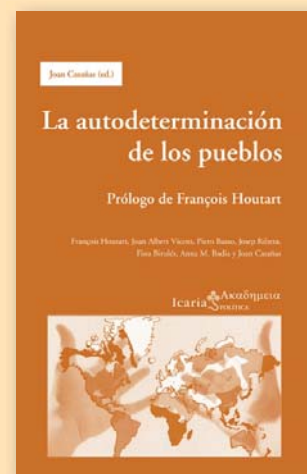
Mimi, la joie es projecta per tot Catalunya

El documental que es va estrenar el novembre del 2007 al cinema Verdi Park i coproduït per Farmacèutics Mundi, Fundació Akwaba, la Lliga i Càtar Films, se segueix presentant per diverses poblacions de Catalunya. Es presenta com a complement de la campanya *Bla be oumien, la força de les dones*, dirigida per les tres ONG citades. S'ha presentat, entre d'altres llocs a: Castelldefels, Girona, Granollers, Cerdanyola, Manresa, Terrassa, Sabadell, Santa Perpètua. En la majoria de les presentacions s'ha comptat amb la moderació del fòrum debat a càrrec de la Montse Artés, membre de la Lliga. Cal dir, que també s'ha presentat més enllà del principat, a Logronyo, Vitòria, Palma, etc. ■



Visita dels projectes a Bouaké, Costa d'Ivori

A finals de juliol dos representants de la Lliga van viatjar a Bouaké, convidats per la Fundació Akwaba, per conèixer sobre el terreny els projectes que des de l'any 2002 estan realitzant conjuntament amb Farmacèutics Mundi. L'entitat local que gestiona els projectes, la Delegation Fondation Akwaba, va mostrar com, després de la fi de la crisi que va patir el país el 2002, de mica en mica es va recuperant la normalitat, i les activitats d'aquesta entitat es van reprenent. Entre d'altres projectes, van visitar l'Hospital Maternoinfantil Catalunya, la casa d'infants de Gonfreville, les activitats de sensibilització sobre la sida a les comunitats camperoles. ■



Dues noves publicacions de la Lliga

En les darreres setmanes la Lliga ha publicat amb l'editorial Icaria dos llibres, l'un coordinat pel professor de Relacions Internacionals de la UAB Francesc Serra, *Chechenia, rompamos el silencio*, i l'altre editat pel membre fundador de la Lliga Joan Casañas, *La autodeterminación de los pueblos*. Tots dos llibres són el fruit de més d'un any de treball i han comptat amb la implicació de diverses persones. En el llibre de Txetxènia hi ha participat autors russos, txetxens, catalans i espanyols, i és un bon complement a la campanya que fa més de dos anys que realitza la Lliga. El llibre sobre l'autodeterminació és el resultat del seminari que l'any 2006 la Lliga va organitzar a Sabadell per commemorar el 30è aniversari de la Declaració dels drets dels pobles. En aquest cas hi ha articles de Joan Albert Vicens, Piero Basso, Josep Ribera, Fina Birulés, Anna M. Badia i el mateix Joan Casañas. ■



Participació al Fòrum Social Mundial de les Migracions

Dues membres de la Lliga dels Drets dels Pobles van assistir al III Fòrum Social Mundial de les Migracions, celebrat a Rivas-Vaciamadrid, per exposar l'experiència de treball i la investigació local de l'Observatori de la Immigració de Sabadell, sobre les bones pràctiques en immigració, i van destacar l'interès metodològic de la proposta. Les dues representants fan un balanç satisfactori de la participació al Fòrum, ja que ha permès poder conèixer altres experiències d'arreu de l'Estat i d'altres països. També ha possibilitat el contacte amb altres moviments socials i ha potenciat l'intercanvi d'opinions que faciliten la reflexió interna sobre la tasca quotidiana del grup de recerca de l'OIS. ■



Sílvia Trillo. IES Ferran Casablanques de Sabadell. Concurs de contraportades 2008 per la Revista Papers. Motiu del concurs: l'Àfrica des de la perspectiva de la salut i de les dones.