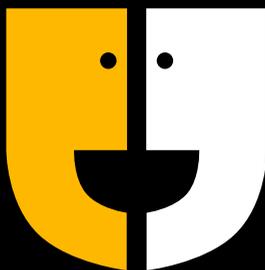


MONOGRÁFICO

Año IV - Edición nº 9 - Sonrisas de Bombay - Agosto 2012

Serie conferencias



BOMBAY EN ACCIÓN



**SALUD Y
TRANSFORMACIÓN
SOCIAL**



**SONRISAS[®]
DE BOMBAY**

CREANDO FUTUROS A TRAVÉS DEL AMOR

INTRODUCCIÓN

Durante las primeras semanas del año 2012, los medios de comunicación de Bombay se hicieron eco de una noticia que sorprendió a muchos: la lepra había vuelto a la India. En un país que crece a ritmos cercanos al 7%, inmerso desde hace dos décadas en profundas reformas de su estructura económica y social tradicional, un país miembro del grupo de los llamados “emergentes”, que se sienta en la mesa con el resto de miembros del G-20 y es capaz de hablarle de tú a tú a los grandes bloques políticos y comerciales del mundo en las negociaciones de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Un país que posee armas nucleares, un gran ejército y altos niveles tecnológicos que exporta al resto del mundo. A este tipo de país no le gusta que una enfermedad que declaró erradicada hace siete años vuelva a aparecer. Sin embargo, no es menos cierto que la enfermedad nunca dejó de estar presente en la realidad de muchos habitantes de las comunidades más pobres del subcontinente. Lo que hace unos meses mostraron los medios de comunicación indios no fue la detección de un nuevo brote, de un resurgir de una dolencia eliminada, sino la constatación de que la lepra nunca había abandonado el territorio indio, más bien ha estado escondida de la atención pública, enmarañada en la terminología legal y las estadísticas oficiales del Gobierno del país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que un territorio pueda ser declarado libre de la lepra como problema de salud pública, los casos no deben superar el 1/10.000 en todo el país. Sin embargo, esta misma metodología esconde de las bolsas endémicas de la enfermedad que permanecen en muchos de sus pueblos y ciudades, olvidando a sus enfermos y escatimando los recursos públicos necesarios para un tratamiento correcto.

Para abordar este y otros temas, Sonrisas de Bombay llevó a cabo los días 27 y 28 de marzo de 2012, en Barcelona, una campaña de sensibilización bajo el título de “Enfermedades Olvidadas”, la cual pivotaba en torno a dos eventos principales. El primero de ellos fue una conferencia titulada **“Enfermedades olvidadas, enfermedades de la pobreza”**, a cargo del Dr. Pai, Director de *Bombay Leprosy Project* (BLP), contraparte y colaboradora de Sonrisas de Bombay en la ciudad india, y el segundo la Jornada **“El derecho a la salud: la lucha contra las enfermedades olvidadas”**, y donde, además del Dr. Pai, intervinieron diversos representantes de entidades y organizaciones que luchan contra este tipo de enfermedades. El siguiente documento pretende recoger de forma fehaciente cada una de las intervenciones que se produjeron aquellos días, donde se pretendió mostrar la realidad de la lucha por la garantía en el cumplimiento de uno de los Derechos Humanos Universales elementales: el derecho a la salud.

"Dedicado a la memoria de Eduard Soler y a su trabajo comprometido"

BOMBAY LEPROSY PROJECT
SUPPORTED BY
MUMBAI SMILES



LAS ENFERMEDADES OLVIDADAS DESDE EL SUR

Dr. VV Pai, Bombay Leprosy Project (BLP)

Bombay Leprosy Project (BLP) es una organización no gubernamental fundada en 1976 en la ciudad india de Bombay con el triple objetivo de detectar tempranamente los casos de lepra en el contexto del Gran Bombay; llevar a cabo los tratamientos adecuados sobre los pacientes localizados de forma que la enfermedad sea vencida; y, en aquellos casos que sea necesario, desarrollar los programas de rehabilitación y cuidados adecuados a cada casuística. Posteriormente a su fundación, se pusieron en marcha diferentes programas destinados a la formación laboral y a la promoción e inclusión social de personas que han sufrido la enfermedad, así como la implementación de proyectos y actividades de sensibilización y concienciación en las comunidades de Bombay.

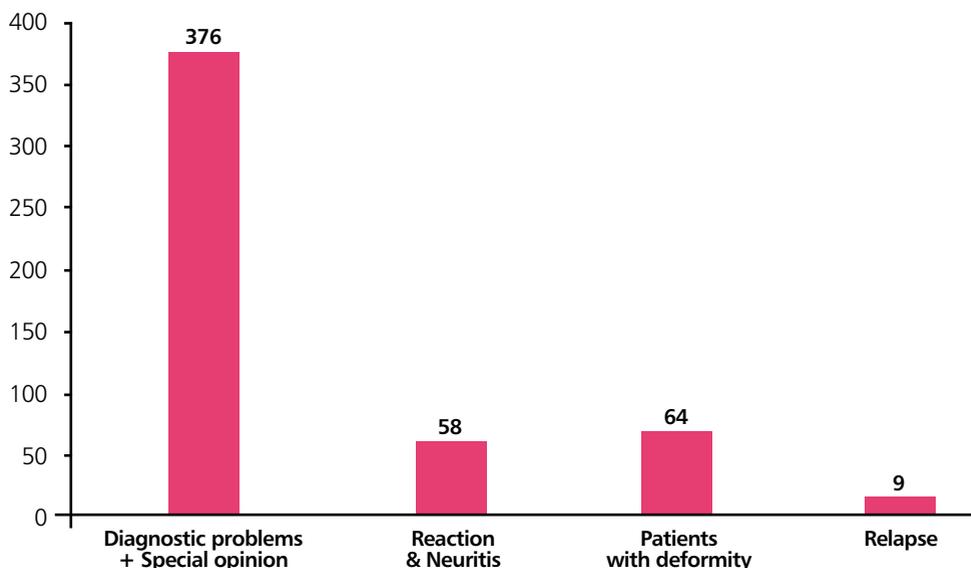
La organización desarrolla su actividad sobre un contexto realmente complicado, una zona de más de 30 km² y con 2 millones de personas. Teniendo en cuenta que a Bombay llegan cada día 900 nuevas familias en busca de mejores oportunidades, en multitud de ocasiones, trayendo la enfermedad desde contextos rurales.

El principal problema con el que se encuentra BLP es el de la detección y seguimiento de los pacientes. A tal extenso y poblado territorio hay que añadir la dificultad de que más del 60% de la población vive en *slums*, barrios de chabolas, donde las familias se mueven, saltando de unos a otros, en busca siempre de más y mejores condiciones de vida.

En todo este tiempo, BLP ha podido llegar a más de 30.000 pacientes, previniendo, gracias a una detección temprana de la enfermedad, graves discapacidades a más de 2.500 personas y rehabilitando a 300 personas.

Solamente durante el pasado año 2011 se trataron 376 casos y se detectaron reacciones adversas al tratamiento en 38, muchos de los cuales acabaron en casos de neuritis o inflamación nerviosa. Se atendieron individualmente 64 pacientes con deformaciones y discapacidades incipientes debidas a la enfermedad y 9 nuevos casos de recaídas, causadas principalmente por las condiciones de desnutrición y de falta de higiene, en las que viven estas personas debido a su situación de pobreza y marginación.

Gráfico 1.
Patrones derivados a la Clínica de Referencia.
Año 2011.



Fuente: Bombay Leprosy Project. Annual Report 2011

Tal y como se puede observar por los datos anteriores, la lepra no se encuentra eliminada del territorio indio. El término “eliminación” puede, a veces, ser confundido con el de “erradicación”, sin embargo, no son lo mismo. Lo que la India como país enfrentó desde el año 2005 fue, en términos estadísticos, una “eliminación”, es decir, la posibilidad de un tratamiento adecuado y accesible a todos los casos detectados de lepra con la finalidad de alcanzar bajos niveles de contagio, esto es, 1/10.000. De esta forma se pudo llevar a cabo la declaración oficial de “eliminación” de la lepra del país. Pero esto no significa “erradicación”, por cuanto este concepto implica la total y absoluta desaparición de la enfermedad y, tal y como muestran los datos, ésta sigue apareciendo en cantidades no muy significativas, pero importantes que evidencian la existencia de bolsas endémicas de la misma.

Una vez más, la realidad se impone y nos demuestra que todavía queda un largo camino de lucha contra esta enfermedad bíblica, una lucha por su detección temprana y tratamiento, así como por la rehabilitación física y social de las personas que la sufren.

■ ■ LAS ENFERMEDADES OLVIDADAS DESDE EL NORTE

Dra. Neus Salvatella, JAL-ONG

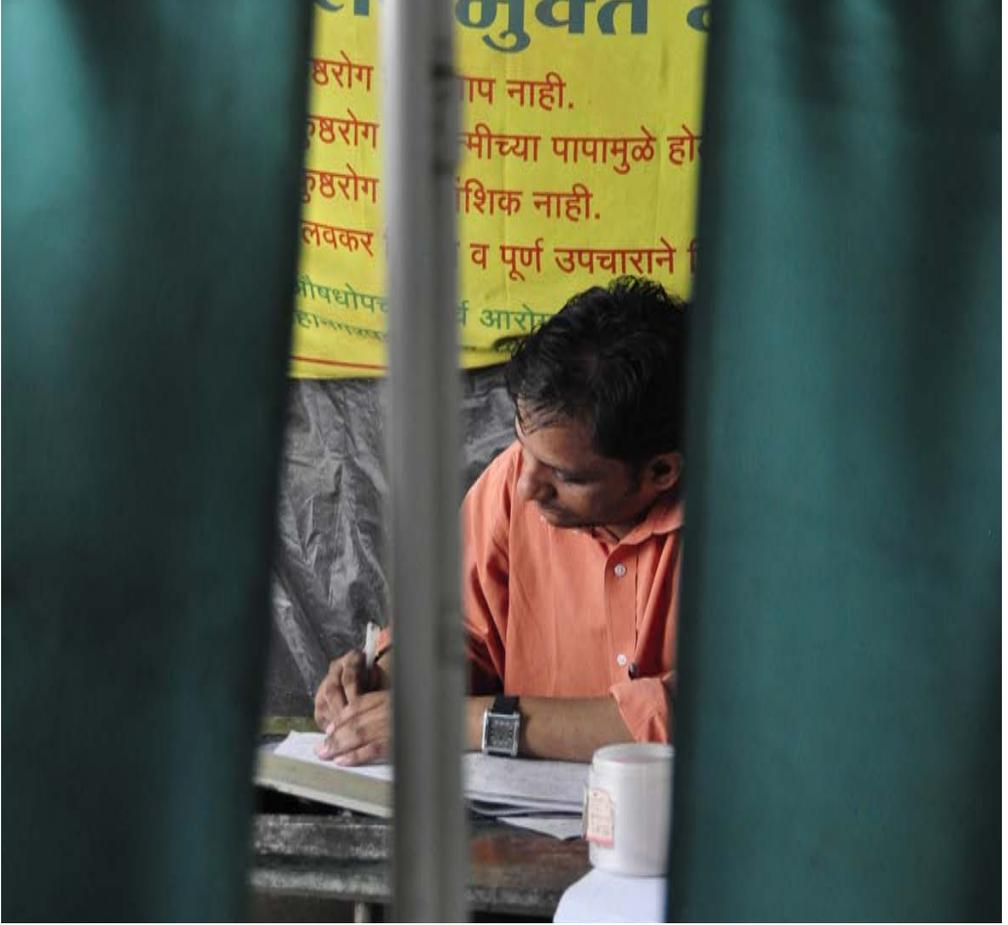
Actualmente vivimos inmersos en una crisis no sólo económica, sino también, y quizás fundamentalmente, de valores. Asistimos a un cambio, al cuestionamiento no sólo de ciertos valores, sino también de determinadas prácticas, instituciones, pensamientos, corrientes e ideologías. Algo que no debería sorprendernos, pues en toda sociedad democrática y plural, todo debe encontrarse en constante revisión. Sin embargo, estos valores, cualesquiera que sean, nos significan, nos distinguen como seres humanos. Debemos aceptar que se trata de apreciaciones, elementos que forman parte de nuestro código ético, y debemos apostar por aquellos, como la solidaridad, con un enorme poder de unión y cooperación, sobre todo cuando pasan de meras ideas a realidades tangibles, es decir, cuando dan sentido a la vida. Como decía el filósofo y psiquiatra alemán Karl Jasper *"El ser humano se ha convertido en lo que es gracias a las causas a las que se ha adherido"*.

Join us Against Leprosy (JAL-ONG) es una ONG fundada en 1965 en Barcelona por el Dr. Claudio Satorre Bonhomme, la cual desarrolló en España los primeros programas de ayuda para la inserción social de los enfermos de lepra y sus hijos e hijas. Desde hace más de 15 años inició su experiencia en cooperación internacional con proyectos de ayuda a las personas con lepra en el sur de la India, concretamente en el Estado de Tamil Nadú.

La aproximación que hace JAL-ONG a la lepra como enfermedad olvidada es interesante por cuanto contempla otros elementos, otras cuestiones subyacentes a toda la problemática que arrastra la enfermedad. Es decir, incide y tiene en consideración aquellos enfoques vinculados a ella y, además, relacionados con la atención educativa, psíquica y social de las personas afectadas por la enfermedad, incluyendo a sus familias.

Así, JAL-ONG gestiona e impulsa la escuela Sathyakayam School, donde asisten 94 niños y niñas, de edades comprendidas entre los 2 y 16 años, hijos e hijas de personas enfermas de lepra, o que sufren de sus efectos, como minusvalías o mutilaciones. La organización también ha puesto en marcha recientemente un programa de becas para estudios superiores, una escuela específica para niños y niñas con algún tipo de discapacidad, y un Taller-Escuela de carpintería donde se ofrece una formación profesional de calidad a los estudiantes.

La organización también apoya el Leprosy Village Bargur (Karnataka). Se trata de un pequeño poblado en el que viven cuarenta familias de pacientes, muchos de ellos ya negativizados, es decir, que ya han superado satisfactoriamente la enfermedad, y no cuentan con grandes discapacidades. Bargur es una comunidad perfectamente organizada desde el punto de vista administrativo, con una amplia autonomía, pero donde, lamentablemente, la mayoría de sus habitantes vive en la pobreza y marginación, obligados a la mendicidad para poder sobrevivir día a día.



Desde 1998 JAL-ONG colabora, además, con la leprosería de Kasturba Kushta Nivaran Nilayam, manteniendo al equipo médico, paramédico y administrativo. En el marco de esta colaboración, se construyeron en los últimos años dos pabellones, uno para mujeres enfermas de lepra y el otro para personas mayores que mantienen secuelas tan graves que no pueden vivir solos sin cuidados continuados, o bien son rechazados por la comunidad.

Dentro de la vertiente más puramente sanitaria, JAL-ONG mantiene una clínica (CERTH-India) especializada en el tratamiento de úlceras, prevención de discapacidades, cirugía y, en especial, el tratamiento y cura de cataratas. Por otro lado, mantienen una relación privilegiada con la Escuela de Enfermería Kasturba Nilayan, y un programa de becas de formación de jóvenes enfermeras en colaboración con el Hospital Sant Camil, de Sant Pere de Ribas, Barcelona.

Todo lo anterior nos muestra la necesaria relación existente en todo programa de desarrollo, de una perspectiva integrada, de una relación entre la educación, la salud y otros aspectos sociales y económicos, como a garantizar un desarrollo cognitivo pleno.

EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

Eduard Soler, Farmacéuticos Mundi

La aproximación a la problemática en torno al acceso a los medicamentos puede llevarse a cabo desde diferentes perspectivas. ¿Se trata de un bien de consumo más?, ¿un producto que podemos encontrar en tiendas y supermercados junto a otros de igual o distinta índole? O, ¿se trata más bien de un derecho humano, un bien que debe ser accesible a todos y todas, indistintamente de los niveles de renta u otras formas de discriminación? Lo que sí está claro es que, cuando hablamos de acceso a los medicamentos, estamos hablando de una “medicina escasa, difícil de encontrar, de sabor amargo y dura de tragar”.

Se trata de una “medicina escasa” por cuanto los medicamentos, muchas veces, no son fáciles de encontrar. Esta escasez es manifiesta en aquellos países y territorios con niveles de renta bajos y medios, donde la exigua capacidad de compra y consumo de sus habitantes dificulta los procesos de importación de las medicinas más esenciales. Sin embargo, por cuestiones relativas al mercado y la especulación, otras veces esta escasez puede hallarse en el Norte enriquecido, por ejemplo, cuando en noviembre de 2011 Estados Unidos se encontró frente a un desabastecimiento de más de 180 fármacos, lo que obligó a actuar a la Agencia Federal del Medicamento (FDA) norteamericana.

Se trata, además, de una medicina “difícil de encontrar” en lo relativo no sólo los medicamentos, sino también al personal preparado para su correcta preparación, gestión y administración, esto es, los farmacéuticos y las farmacéuticas. Así, si nos fijamos en niveles macroregionales, en África y con algunas diferencias por países, nos encontramos con un ratio de entre 1 y 30 farmacéuticos y farmacéuticas por cada millón de habitantes; en Asia, entre 10 y 70 por cada millón; mientras que en Europa y Norteamérica, entre 150 y 940 farmacéuticos y farmacéuticas por cada millón de habitantes. Las diferencias son manifiestas.

Es una medicina de “sabor amargo”, por cuanto, y a modo de ejemplo, en Tanzania hay que trabajar una media de 500 horas para pagar un tratamiento completo contra la tuberculosis, mientras que en Suiza, para esa misma enfermedad, sólo son necesarias 1,4 horas, y en Tailandia, un país considerado emergente, 20.

Por último, es una medicina “dura de tragar” en lo referente a la desigualdad en el acceso a la salud y los fármacos: los niveles de mortalidad infantil, así lo evidencian. Mientras que en los países del África Subsahariana mueren en el parto casi 100 de cada 1000 niños, en los países con rentas más altas del mundo (Europa y Norteamérica principalmente), esta cantidad se reduce a menos de 5 por cada 1000. En estos países de rentas altas los medicamentos están financiados, entre un 50% y un 90%, por el presupuesto público, mientras que en los países de rentas bajas, esa misma financiación se da, por presupuestos privados.

Para paliar esta clamorosa desigualdad, el acceso a los medicamentos tiene que abordarse desde la consideración de Derecho Humano fundamental, con pleno reconocimiento internacional y constitucional. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) así lo cita en su artículo 25: *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”*

Uno de los grandes problemas con los que se enfrenta la sociedad a la hora de garantizar este derecho es que tanto la I+D, como la producción y comercialización de los medicamentos, está en manos de empresas privadas, las cuales miran por sus beneficios, no por la garantía de los derechos. Esto hace que la industria farmacéutica prime, a la hora de producir y diseñar cualquier tipo de medicamento, aquellas enfermedades que se dan en el mundo enriquecido, aquel que tiene garantizado el acceso a la salud y podrá pagar un elevado precio por las medicinas. Así, de los 137 medicamentos para enfermedades infecciosas en preparación en el año 2000, sólo 1 mencionaba la malaria como indicación y otro mencionaba la enfermedad del sueño. Sin embargo, ese mismo año se desarrollaron 8 medicamentos para la impotencia y la disfunción eréctil, 7 para la obesidad y 4 para trastornos del sueño.

No podemos olvidarnos de las enormes inversiones que lleva a cabo la industria farmacéutica en la promoción y publicidad de sus productos. Según un estudio realizado sobre la industria farmacéutica en Estados Unidos en 2004, ésta gastó un total de 57.500 millones de dólares en promocionar sus productos, mientras que únicamente 31.500 millones en el desarrollo e investigación de nuevos medicamentos.

Por todo lo anterior, es necesario señalar que el acceso a los medicamentos esenciales es un Derecho Humano fundamental. Los medicamentos esenciales no son una mercancía como otra cualquiera, sino que tienen la capacidad de salvar vidas, y, por tanto, deben ser un “bien público”, por lo que es necesario identificar y poner en marcha todos aquellos incentivos necesarios para asegurar que la I+D, la producción y comercialización de las medicinas alcanza a las enfermedades olvidadas, las vinculadas a situaciones de pobreza.

Para finalizar, una cita del antropólogo americano Paul Farmer, *“cuanto más eficaz es el tratamiento, mayor es la injusticia contra aquellos que no tienen acceso a la atención de salud”*.



LA LUCHA CONTRA LA LEPRO EN EL NORTE

Dr. José Ramón Gómez, Asociación Fontilles

Pocas personas conocen que la última leprosería de Europa se encuentra en España. Concretamente en la comarca de la Marina Alta, en Castelló de la Plana. Su nombre es Sanatorio Fontilles, y aunque su actividad leproológica con población local es casi residual (todavía hoy, a comienzos del siglo XXI, hay 50 pacientes que residen en sus instalaciones) mantiene una potente labor internacional, a través de la cooperación, formación e investigación.

Enfermedad de origen africano, se especula con que fueron los fenicios, hace más de 2 mil años, los que introdujeron la lepra en España a través de sus enclaves comerciales de Galicia y Tartessos (Andalucía). Posteriormente los romanos contribuyeron a su expansión por la península extendiendo su presencia por Castilla, Catalunya y Asturias. Tanto el Camino de Santiago, en la España cristiana, como la presencia árabe en el sur de la península, consolidaron la presencia de la enfermedad en todo el territorio durante la Edad Media.

Aunque, a lo largo de la historia de la humanidad, han sido conocidos diversos remedios para el tratamiento de esta dolencia, como el aceite de Chaumogra, no fue hasta bien entrado el siglo XX que comenzaron a aparecer verdaderos medicamentos eficaces y de base científica, como las sulfonas y la dapsona. Así, debido al éxito de estas primeras terapias, al papel relevante que la administración tomó en el asunto, junto a nuevas prácticas relativas a la reducción del hacinamiento o la mejora de la higiene y cuidados paliativos de los pacientes, así como a las medidas de carácter preventivo que comenzaron a tomarse, los casos de la enfermedad comenzaron a declinar en España a comienzos de la década de los 50 del pasado siglo, tendencia que se afirmaría durante las décadas siguientes.

En la década de los 80 tuvo lugar el acontecimiento que ha marcado un antes y un después en el control de la lepra. En 1982, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aconsejó el uso de la Poliquimioterapia, los tratamientos Multidrogas (TMD), con Dapsona, Clofazimina y Rifampicina durante un tiempo limitado para el control de la enfermedad, tras lo cual los pacientes podrían recibir el alta terapéutica, lo que significaba su completa curación. Muchos pacientes diagnosticados ya no eran ingresados en sanatorios o instituciones al uso (como Fontilles), sino que eran controlados en sus hospitales de referencia de forma ambulatoria.

Gráfico 2.
Nuevos casos de lepra en España.
Años 2003 - 2010.



Fuente: Asociación Fontilles. 2012

Así, durante los últimos años Fontilles ha centrado su actuación en el diseño de nuevas metodologías para un correcto diagnóstico precoz y diferencial de la enfermedad; la actualización permanente de los tratamientos paliativos y específicos; la atención médica y quirúrgica general y especializada; la rehabilitación fisioterápica, quirúrgica, médica y laboral de los enfermos; la colaboración activa en la reinserción familiar y social; la divulgación leproológica y actualización bibliográfica mediante una publicación propia, *la Revista Fontilles*; la docencia leproológica en cursos especializados para médicos y auxiliares; la investigación clínica, bioquímica, bacteriológica, inmunológica y anatomopatológica y, finalmente, la colaboración internacional en la lucha contra la lepra.

La Asociación Fontilles tiene una dura tarea por delante, pero siempre a través de un esmerado trabajo de investigación, desarrollo y aplicación de nuevas terapias, procedimientos y cuidados, atención familiar y psicosocial a los pacientes, y reinserción laboral y comunitaria, se plantea acabar con esta enfermedad que, no olvidemos, aún permanece entre nosotros y nosotras.

SENSIBILIZACIÓN EN TORNO A LAS ENFERMEDADES OLVIDADAS

Gemma Ortiz, Médicos Sin Fronteras (MSF)

Actualmente en el mundo más de 1.000 millones de personas están afectadas por una, o más de una, de las denominadas “enfermedades olvidadas”. Este tipo de enfermedad no dispone de tratamientos eficaces o adecuados, tratándose en su mayoría de enfermedades tropicales infecciosas que afectan fundamentalmente a la población más pobre, aquellos que viven con menos de 2 dólares/día. Más de medio millón de personas mueren cada año por este tipo de dolencias.

Dentro de este tipo de enfermedad encontraríamos, además de la lepra, la enfermedad del sueño, la leishmaniasis y la enfermedad de chagas.

La enfermedad del sueño, o trypanosomiasis, es causada por un parásito, el *Trypanosoma (T b gambiense)* transmitido por “mosca tsetse”. Solo en 2010 han aparecido más de 7.200 casos en todo el mundo. Los síntomas que ocasiona son fiebre, dolor de cabeza y de articulaciones, pasando, en un segundo estadio, a afectar al sistema nervioso central, convirtiéndose en una enfermedad mortal si no es convenientemente tratada. Es usual que se produzcan grandes epidemias con alta mortalidad, y suele darse en contextos muy complicados por temas de seguridad, desnutrición, presencia de VIH, migraciones y agitación social, lo que contribuye a la expansión y a dificultar el tratamiento de la misma.

La leishmaniasis, por su parte, es causada por otro parásito, el *Leishmania*, transmitido, a su vez, por las *sand flies* o moscas de la arena. Se producen entre 250 y 300 mil casos por año y sus síntomas son fiebre prolongada, pérdida de peso, crecimiento del bazo y del hígado, anemia y depresión del sistema inmunológico. Se trata de otra enfermedad mortal si no es tratada adecuadamente, y también se desarrolla en contextos muy complicados, lo que dificulta su correcta atención.

Por último, la enfermedad de chagas es también causada por un parásito, el *Trypanosoma cruzi*, y transmitida por las chinches mediante diferentes vías: congénita, oral, mediante transfusiones o, incluso, trasplantes de órganos. Más de 8-10 millones de casos se producen cada año, ocasionando hasta 12.500 muertes. Su principal problema es que es asintomática, produciendo invisibles cardiopatías y afecciones en el colon.

De este modo, podríamos resumir que los principales elementos que caracterizan a estas enfermedades son que, por un lado, afectan a aquellas poblaciones más pobres e invisibles, con poco o ningún poder político; las herramientas de diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades son insuficientes, caras, no-accesibles o, simplemente, no existen; la prevención de estas enfermedades, su control vectorial, suele ser limitado o mal aplicado; el acceso a centros de atención de salud primaria, o acceso a la población, se encuentra fuertemente limitado, y, finalmente, hay una clara falta de priorización sobre estas enfermedades olvidadas por actores clave en todo el proceso, incluyendo la industria farmacéutica y los Ministerios de Salud de muchos países.

Por tanto, desde diferentes ONGD y organismos, como Médicos Sin Fronteras, se exige que, a pesar de que las herramientas para diagnosticar y tratar estas enfermedades no están suficientemente desarrolladas, hoy en día es posible diagnosticar y tratar a los pacientes, pero hace falta un fuerte apoyo político y más financiación, además de nuevas herramientas siempre en búsqueda de una mejora de la calidad.



LA ENFERMERÍA EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES OLVIDADAS

Manel Tomás, Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

El Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB) es la institución que vela por la defensa y representación corporativa de las enfermeras y enfermeros y, además, genera valor social y profesional al colectivo contribuyendo a una mejora de la atención sanitaria, socio sanitaria y social en Catalunya.

Dentro del Col·legi existe el Àrea de Cooperació Internacional, la cual fue creada a raíz de la trágica muerte de la enfermera Flors Sirera, enfermera manresana que el 18 de enero del año 1.997, mientras trabajaba como cooperante de Médicos del Mundo en Ruanda, fue asesinada junto con otros cooperantes españoles.

Así, la realidad demuestra que las enfermeras y enfermeros tienen una tarea e implicación histórica y efectiva muy importante en actividades de cooperación, a pesar que, básicamente por la ausencia de conocimiento y sensibilización social, ésta actividad suele ser bastante desconocida y poco reconocida.

El principal objetivo del Àrea de Cooperació del Col·legi es la divulgación, información e implicación de la enfermería en el mundo de la ayuda, la solidaridad y la cooperación dirigida hacia países y colectivos desfavorecidos o necesitados a través del asesoramiento a las colegiadas y colegiados en las cuestiones que se planteen de entre los siguientes apartados: divulgación de las iniciativas y las actuaciones vinculadas a la enfermería que existen en el mundo de la cooperación; asesoramiento sobre consultas concretas de las colegiadas y colegiados; aportación de fondos bibliográficos y de consulta científica, tanto en publicaciones físicas como en Internet; información al viajero/a, tanto a título individual como para complementar y reforzar la información que los pacientes han recibido por parte de otros profesionales de la salud; promoción de la cultura de la solidaridad, como parte implícita de la vocación enfermera, e información sobre las ofertas de trabajo y/o colaboración, de las que el Col·legi sea conocedor.

Vinculado a las enfermedades olvidadas, la enfermería está presente en todas las líneas estratégicas que abordan estas patologías y, es en este punto, donde las acciones tienen una mayor visibilidad e incidencia efectiva, siempre intentando no sustituir a los profesionales locales, sino complementando y actualizando sus conocimientos desde la óptica del reconocimiento y respeto a sus funciones, costumbres e independencia.

Todo ello lo plantean y facilitan a los enfermeros y enfermeras en una doble vertiente, por un lado a través de programas de formación continuada, y por otro, mediante la formación y docencia aplicada directamente en el terreno.

Para finalizar, recordar y reconocer las tareas que un gran número de compañeras y compañeros están desarrollando en los países empobrecidos, así como aquellas y aquellos que lo hacen en un entorno geográfico más cercano, a modo de voluntariado, en la provincia de Barcelona, ámbito territorial del Col·legi.

CONCLUSIONES

Entre las principales enseñanzas recogidas durante la celebración de los eventos enmarcados en la campaña sobre las “Enfermedades Olvidadas”, y cuyas principales aportaciones recogemos en el presente documento, podríamos destacar las diferentes formas o vertientes en las que es posible acercarse a este tipo de dolencia, no sólo desde punto de vista de la salud pública, sino también desde todos aquellos enfoques vinculados a ella y relacionados con la atención educativa, psíquica y social de las personas afectadas por la enfermedad, incluyendo a sus familias, lo que muestra, de nuevo, la necesaria relación existente, en todo programa de desarrollo, entre la educación y la salud.

No podemos olvidar el contraste que supone que una enfermedad como la lepra se dé, aunque de manera ciertamente mínima, en países como la India, el cual se encuentra en los primeros puestos del *ranking* mundial de producción de medicamentos genéricos. Es importante subrayar aquí el adjetivo de “genérico”, pues los tratamientos que se usan actualmente en la lucha contra la lepra son muy antiguos, y por tanto baratos, por cuanto la población objetivo es pequeña y no interesa a las grandes empresas multinacionales su investigación, desarrollo y producción. Existen otros tratamientos mucho más avanzados y seguros, pero son caros y aunque el derecho al acceso a los medicamentos está contemplado dentro del Derecho a la Salud como Derecho Humano Universal, se da una gran contradicción entre el actual sistema mundial de producción de medicamentos, bajo el control de grandes compañías privadas que buscan beneficios, y las necesidades que estos cubren, públicas y universales.

Por otro lado, en nuestra sociedad actual globalizada, parece que las enfermedades no solamente deban tener mercado para ser atendidas, sino que además deben resultar “atractivas” para la ciudadanía occidental y sus Gobiernos. Así, nos encontramos con males como la enfermedad del sueño, la leishmaniasis o la enfermedad de chagas cuyo tratamiento a menudo se ve dificultado por esta falta de mercado y de interés. Así como también por desarrollarse en contextos muy complicados (conflictos sociales, guerras o zonas inaccesibles y aisladas) y presentarse en compañía de otras dolencias que dificultan su detección, tratamiento y curación.

Finalmente, no hay que olvidar que la lepra sigue existiendo en España. Aquí se encuentra la única leprosería en funcionamiento de Europa, donde cada año se tratan entre 10 y 25 casos, vinculados principalmente a la migración que existe en nuestro país, lo que vuelve a poner sobre la mesa la vinculación de esta enfermedad con las situaciones de pobreza de la que provienen y en la que viven muchas personas migrantes. Un acercamiento a la misma desde un punto holístico donde doctores y doctoras, enfermeros y enfermeras, educadores y educadoras y trabajadores y trabajadoras sociales trabajen juntos, es necesario.

Así, cuando los periódicos de cualquier ciudad de la India, como Bombay, señalan la vuelta de lepra, una enfermedad que nunca les abandonó, se olvidan del gran mal vinculado a la misma, la pobreza en la que vive la población que la sufre y la cual es la verdadera olvidada.



"la Caixa": 2100 0777 42 0200204439
Triodos Bank: 1491 0001 23 2030048025

Teléfono: 93 467 34 45
info@sonrisasdebombay.org
www.sonrisasdebombay.org

  Sonrisas de Bombay



**SONRISAS[®]
DE BOMBAY**

CREANDO FUTUROS A TRAVÉS DEL AMOR