



:: [portada](#) :: [África](#) :: [Opinión](#)

10-08-2006

Mitos y realidad sobre salud y enfermedad en África

Ciudadá

Indymedia Barcelona

Salud y enfermedad, mitos y dioses modernos que de ellos se nutren, sus sacerdotes, su manipulación de lo que nos es desconocido.

A lo largo de la historia la humanidad se ha servido de tierras remotas para forjar sus mitos. En el polo norte se situó la entrada al reino subterráneo de Agharta, en el desierto del Gobi Shamballa, de las escarpadas montañas de Afganistán los alquimistas importaban sus mágicas raíces.

El siglo XXI, y aunque pudiera parecer lo contrario, también posee sus propios mitos. ¿Pero de donde pueden nutrirse esos mitos hoy en día en que no quedan tierras remotas por explorar? En la era de la comunicación la imaginaria sobre lo desconocido y misterioso se nutre de los pueblos incomunicados. Como claro exponente de estos aparecen los pueblos del África subsahariana.

Quien da a luz y promueve estos mitos modernos se atribuye la capacidad de discernir entre el bien y el mal, de lo bueno y lo malo para el ser humano, de decidir sobre la vida y la muerte. Un candidato ideal es sin lugar a dudas la industria farmacéutica y su principal interlocutor en el mundo globalizado: la Organización Mundial de la Salud(OMS). Analicemos que hay detrás de los mitos y leyendas que estas vierten sobre los pueblos africanos.

Lo primero que necesitan para su mitología son mártires: Durban julio del 2000, el Presidente sudafricano exponía en un congreso sobre el SIDA en África que para imponer los tratamientos antivirales deseaba conocer previamente las pruebas que avalaban los posibles beneficios de su aplicación. Su petición fue desoída y el presidente Thabo Mbeki fue acusado de irresponsable por negarse a administrar medicación a las embarazadas. Para ello las farmacéuticas mostraron a un niño sudafricano de 12 años llamado Nkosi. El niño, ante los sollozos de asistentes al congreso y televidentes de todo el mundo, contó su drama como seropositivo y sudafricano, "si mi madre hubiera recibido la medicación que ahora se negaba a las mujeres africanas yo no estaría hoy enfermo". Se convirtió en un símbolo, le cambiaron su apellido por Jhonson tras su adopción por una nueva madre de raza blanca. Nkosi murió finalmente de anemia y su imagen moribunda se convirtió en un estandarte a favor del uso de los antivirales que le acompañaron hasta su muerte[1].

Obviamente la industria farmacéutica no alimenta sus mitos solo de dramatizaciones y casos particulares, también maneja cifras, extrapolaciones, y modelos de transmisión de las enfermedades. No obstante, el dar porcentajes de población afectada en el África subsahariana es para cualquier patología algo arriesgado ya que, en la mayoría de estos países, no existen ni tan siquiera censos de población fiables. ¿Y como se determina un enfermo de SIDA por ejemplo?, pues de igual forma que un enfermo de malaria, basándose únicamente en síntomas clínicos: fiebre, cefaleas, diarrea, etc. Cerca de la mitad de las personas que presentan fiebre y son tratadas por malaria en África de hecho no están infectadas con el parásito[2],[3]. De igual forma sucede



con el SIDA, sin ser realizadas las pruebas del SIDA y menos las de confirmación, un reconocimiento general es suficiente para recetar antivirales[4],[5]. Además de caro y ser casi inviable su aplicación de forma masiva, las pruebas de VIH difícilmente proporcionarían un diagnostico fiable para recetar antivirales en el África subsahariana: la malaria, la parasitosis, el embarazo, incluso el tener la sangre espesa como es el caso de alguna subpoblación africana, incrementan drásticamente la probabilidad de dar positivo en los test de anticuerpos[6],[7].

Existen también informes que muestran claras contradicciones dentro de la escenografía que promulgan las farmacéuticas: Por un lado tenemos la paradoja de las prostitutas africanas y por el otro el de los huérfanos rumanos. Maragwa es un distrito situado en la región central de Kenia azotado por la pobreza, la desnutrición, el alcoholismo, las aguas insalubres, la violencia y la prostitución. En esta población se considera que cerca del 12 % de la población está infectada de sida (unas 50.000 personas). Aun así, resulta curioso que existan prostitutas inmunes a las múltiples infecciones diarias que deberían recibir de sus clientes y que solo enfermen al dejar de ejercer[8],[9],[10]. En Rumania se observó que el 94% de los enfermos de SIDA considerados eran niños, y de estos el 50% residía en orfanatos. Un pequeño grupo de estos niños si tiene madres seropositivas, pero del resto se ignora la vía de infección[11]. Los orfanatos rumanos por su parte tienen unas condiciones de insalubridad y dejadez notables, y a la falta de cuidados terapéuticos se suma la desnutrición y las infecciones reiteradas por parásitos.

Mientras tanto, Médicos sin Fronteras proporciona sulfamidas para combatir las enfermedades oportunistas que sin embargo acentúan los efectos del SIDA en individuos con deficiencias nutricionales. En caso de que el individuo realmente no padeciera de inmunodeficiencia estos antibióticos pueden llegar a generarla durante el tratamiento[12],[13].

Para entender el origen del mito hay que buscar el móvil que justifica su creación. En el caso de los mitos promovidos por la industria farmacéutica deberíamos indagar en la finalidad misma de las transnacionales farmacéuticas: Una de estas finalidades podría ser la de curar a la gente, la otra la de ganar dinero y lamentablemente, el segundo criterio se impone en demasiadas ocasiones al primero. Veamos unos ejemplos.

Las vacas de los Masais parecen no contraer la malaria. Ante este hecho, la industria biotecnológica opta por secuenciar el genoma de sus vacas. Probablemente tras invertirse millones y millones de dólares, encontrarán que dichas vacas son como las de sus vecinos (principalmente porque los masais llevan siglos robando vacas). Sin embargo, la industria farmacéutica no parece interesarse en alguna de las prácticas masais como la de tomar la sangre extraída de sus vacas junto a su leche. La sangría fue un remedio aplicado para combatir la malaria en Europa antes de que esta se erradicara del continente y está demostrado que la administración de eritropoyetina, hormona estimuladora de la producción de glóbulos rojos, altera el ciclo reproductivo del parásito de la malaria dificultando su proliferación[14]. A nivel estrictamente personal prefiero donar sangre antes de viajar a una zona de riesgo, mucho más inocuo que tomar quinina o similares, altamente tóxicos.

La búsqueda de beneficio por encima de la salud como motor de la producción de medicamentos queda patente en la propia gestión de muchos de estos. A la hora de evaluar medicamentos



destinados a combatir enfermedades principalmente africanas, numerosos ensayos clínicos (requisito imprescindible antes de dar a luz un nuevo medicamento) se realizan solo sobre africanos blancos; como muy pocos nativos de raza negra van a poder pagarlos, no han de ser considerados como potenciales beneficiarios del tratamiento. Son principalmente medicamentos dirigidos a los turistas y que a veces comprenden enfermedades tan extendidas en la población local como la malaria, donde se estima que el 90 % de las muertes a nivel mundial corresponden a nativos subsaharianos de raza negra.

En otros casos, como en el de la enfermedad del sueño transmitida por la mosca tse-tse, la incidencia puede llegar al 50% de la población de Angola, Sudán y la República Democrática del Congo, país donde se ha convertido en la principal causa de mortalidad en dos de sus provincias. Sin embargo, como no suele ser contraída durante estancias breves, la medicación que resultaba efectiva dejó directamente de fabricarse[15].

Las farmacéuticas también utilizan el continente africano para reducir gastos; con el fin de evitar los costes de destruir los medicamentos caducados, estos son donados al tercer mundo a punto de caducar[16]. ¿Que utilidad pueden tener medicinas contra los dolores lumbares, el infarto de miocardio, el dolor cervical o el colesterol para la población africana? El 65% de la medicación que se recibió en Mozambique tras las inundaciones que asolaron este país en Marzo de 2000 tubo que ser posteriormente destruida. Pero el sumum llega cuando las farmacéuticas revenden los medicamentos no caducados que han donado particulares[17].

La política del lobby farmacéutico-biotecnológico es clara: fomentar un estado continuo de miedo, base sustancial de cualquier mito, [18] y para ello recurre una y otra vez a África y otras tierras lejanas. Las terroríficas abejas africanas dan paso al extraño virus del Nilo occidental, entre otros. Con excusa de este, fumigan campos y ciudades ante el beneplácito de ecologistas y con los consecuentes beneficios para la industria químico-farmacéutica[19]. Al poco de iniciarse en 2003 la invasión de Irak y las protestas en todo el mundo, la OMS anunció la aparición de una nueva y desconocida enfermedad: el SARS o síndrome del sudeste asiático; su procedencia es un lugar incierto entre Vietnam y China, de forma casi inexplicable se extendió por todo el mundo en pocos días, los infectados se multiplicaron y las víctimas potenciales abarcaban a poblaciones enteras hasta el punto de restringir el tráfico aéreo con Canadá[20],[21]. Sin embargo, las víctimas mortales no fueron superiores a las de la gripe común, y tan rápido como llegó, desapareció. El reciente tratado de Roma por una constitución europea, no garantiza la sanidad pública y gratuita pero sí sin embargo y explícitamente, defender a los ciudadanos europeos de cualquier pandemia que provenga del exterior de sus fronteras[22].

Pero no solo se recurre a extrañas y mutantes nuevas pandemias también se recurre a los clásicos africanos: el ébola y la malaria. En las zonas más húmedas del África subsahariana la probabilidad de que un mosquito portador del parásito nos infecte es del 50% diario, sin embargo, si estamos bien nutridos e hidratados podemos pasar la infección sin apreciarlo siquiera. Por otro lado, mientras que los ciudadanos estadounidenses se horrorizan con solo nombrar la palabra ébola, los congoleños llevan siglos conviviendo con ella y defendiéndose con efectivas cuarentenas. Diferente es la situación en los hospitales. En estos se comparten habitaciones e inodoros, incluso jeringuillas entre pacientes infectados y sanos, como resultado la enfermedad se extiende rápidamente(Personalmente prefiero arriesgarme a morir en la calle a ser asistido en la mayoría de sus centros sanitarios).



No obstante la idea de que los africanos son incapaces de generar sus propias medicinas es absolutamente falsa. Si es cierto que, primero hay que dejarles fabricarlas no asfixiándolos con el sistema de patentes[23] y segundo, no bombardear sus fábricas de medicamentos[24].

Las multinacionales farmacéuticas ponen también especial hincapié en combatir su medicina tradicional al tiempo que la roban para vender sus principios activos en el primer mundo.

Para la malaria y otras infecciones comunes es altamente efectiva la *Cryptolepis sanguinolenta*, remedio tradicional del África Oeste[25]. Los derivados de la *arthemisa annua*, que se extraen de una planta china, actúan con gran rapidez contra la malaria, son muy potentes y es aceptado como el remedio más eficaz hasta el momento con hasta un 95% de efectividad. Convencidos de estos hechos consumados, algunos gobiernos africanos están ya cambiando sus protocolos: Burundi, Camerún, Comores, Costa de Marfil, Guinea Ecuatorial, Gabón, Ghana, Kenia, Mozambique, Senegal, Sudáfrica, Zambia y Zanzíbar (Tanzania) han cambiado sus protocolos y otros 11 países están a punto de hacerlo[3].

El gobierno sudafricano por su parte, recomienda a las personas con SIDA que coman ajo, cebolla, aceite de oliva y cierto tipo de papas africanas para reforzar su sistema inmunológico. Manto Thabalala-Msimang, ministra sudafricana de Salud, indicó en la primera conferencia contra el Sida, que las medicinas eran muy costosas y que por los resultados en estudios locales se demostró que algunos tratamientos tradicionales y suplementos nutricionales son igual de efectivos. La llamada insisa (disipadora de la oscuridad) por la tribu san, unwele por los curanderos zulúes, mukakana por los tswana y kankerbossie por los afrikaners, ha sido utilizada como estimulante energético y antidepresivo durante siglos y es ahora recomendada para tratar el SIDA además de otras enfermedades[26].

Integrada dentro de la cosmología animista, la mayor parte de la medicina tradicional africana son psicotrópicos[27],[28] y solo tienen efecto enmarcados en sus respectivos rituales y particular cosmovisión[29]. En la mayoría de los casos se busca una reacción global del organismo perturbando al sistema nervioso central o bien, arrancar al individuo de su particular percepción de sí mismo y de lo que le rodea. Con esto, aunque muchos de sus tratamientos y ceremonias son de gran efectividad para la población local, están totalmente fuera de la medicina oficial.

Al implantar la medicina externa los pueblos africanos dejan de ser autosuficientes y la situación se agrava al aumentar el abismo que separa el primer y tercer mundo, puesto que cada vez les resulta más difícil poder pagarla. Aunque con la medicina tradicional se puede dar respuesta a las enfermedades más comunes de cada región, esta es ya de muy difícil aplicación en las grandes metrópolis africanas. El descrédito y desarraigo recibido por esta hace que cada vez sea más difícil recuperar y estudiar la mayoría de ellas.

La interacción de la malnutrición y la infección es la causa principal de morbilidad y mortalidad de



los niños en la mayoría de los países de África[30],[31]. La situación era semejante en América del Norte y Europa alrededor de los años 1900-1925; la nutrición tenía un gran impacto en las enfermedades infecciosas comunes y producían altas tasas de mortalidad.

El cuerpo humano tiene la capacidad de resistir a casi todos los tipos de organismos o toxinas que tienden a lesionar los tejidos y órganos. Esta capacidad se denomina inmunidad. ¿Por qué las tasas de casos fatales de sarampión son 200 veces más altas en los pobres de los países en desarrollo que en los países industrializados? La razón principal es que un niño mal nutrido está a menudo abrumado por la infección, mientras que un niño bien nutrido puede combatirla y sobrevivir. La carencia nutricional es el problema de salud más serio en África y con frecuencia está asociado con las enfermedades infecciosas comunes[31].

En rasgos generales, cuando existe malnutrición, el organismo pierde su capacidad para destruir las bacterias invasivas además de dificultar la recuperación de los tejidos y superar la infección. Los niños con malnutrición proteica tienen una respuesta antigénica disminuida a la inoculación de la vacuna para la fiebre amarilla. Una inhibición de la respuesta de aglutinación al antígeno del cólera se informó en niños con marasmo nutricional.

Por el otro lado tenemos que las infestaciones parasitarias, sobre todo los parásitos intestinales, tienen efecto adverso sobre el estado nutricional, especialmente en quienes están muy parasitados[31]. Estos parásitos provocan la pérdida de hierro y la aparición de anemias, disentería grave y abscesos hepáticos, la pérdida de vitamina B12 y vitamina A, así como la aparición de diarreas.

La diarrea es común y frecuentemente letal para los niños menores (la diarrea es a menudo una característica del proceso del destete). La diarrea puede ser fatal, debido a que con frecuencia puede llevar a una grave deshidratación, que incrementa los problemas de malnutrición con una gran pérdida de agua y sales minerales de forma rápida y contundente. La diarrea fue una causa importante de mortalidad en niños de países industrializados hasta el comienzo del siglo veinte.

Las infecciones por parásitos son muy comunes en los lugares de poco saneamiento como urbes superpobladas. Hace un siglo, la situación en las principales ciudades industriales de Europa y América del Norte era comparable a la actual de los países subsaharianos. En la ciudad de Nueva York, en los meses del verano de 1892, la mortalidad infantil alcanzó una tasa de 340 por mil, y la diarrea fue responsable de la mitad de estas muertes. La mejoría de la nutrición, a través del uso de estaciones de leche por ejemplo, y la reducción de las enfermedades infecciosas sirvió para bajar estas tasas de mortalidad a la mitad en un período de menos de 25 años. En el Reino Unido, a principios del siglo XX, el raquitismo combinado con enfermedades infecciosas, tuvo una cuota muy alta en las barriadas pobres y contaminadas de las ciudades industriales, y el sarampión fue con frecuencia fatal entre los niños de familias pobres, presumiblemente debido a la mala nutrición.

la reacción del propio sistema inmunitario puede producir enormes cantidades de nitritos y



peroxinitritos para intentar atacar al parásito y que acaben perjudicando seriamente el metabolismo celular; en estas condiciones se producen anticuerpos o autoinmunes que dan lugar al síndrome de inmunodeficiencia o SIDA[32]. Actualmente, en muchos países industrializados del primer mundo, los animales de granjas y los animales domésticos como perros y gatos son desparasitados de forma rutinaria. La medicina tradicional africana es también muy efectiva en este aspecto pero inaplicable en superpoblaciones y éxodos masivos. La solución pasa por la mejora sanitaria y el suministro de agua, como se realizó en Europa durante la revolución industrial. El combatir las infecciones y la higiene son (y casi en exclusiva) los dos grandes avances en salud que ha proporcionado la edad moderna.

El problema es especialmente grave en los éxodos masivos de personas, extendiéndose pandemias exclusivas para dichos éxodos como la fiebre negra. Los efectos perniciosos se multiplican si además coincide con la estación de lluvias.

Y es que el problema real de África es el hambre y el desarraigo. Estos además, son inducidos en gran parte por las guerras en que, curiosamente, la industria química (que forma parte de los lobbies farmacéuticos) participa activamente.

Notas.

[1] Nkosi: una historia de SIDA. BBCmundo.com. Lunes, 21 de mayo de 2001.

[2] ACT NOW - to get malaria treatment that works to Africa. CAME, 2003.

[3] Malaria datos y cifras. Medicos sin fronteras. 2004.

[4] Reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en Bangui, capital de la República Centroafricana. 1985.

[5] WHO (OMS) Weekly Epidemiological Record número 10. 7 de marzo de 1986. página 71.

[6] ¿Un resultado Western Blott positivo, es una prueba de infección por VIH?



Papadopoulos-Eleopoulos, E., Turner V. & Papadimitrou JM. Bio/Technology 1993; 11:696-707.

[7] Factores conocidos que dan falsos-positivos en los resultados del test de anticuerpos del SIDA. Johnson C. Zenger, San Diego, California, septiembre 1996; a:8-9.

[8] Cytotoxic T cell responses to multiple conserved HIV epitopes in HIV-resistant prostitutes in Nairobi. Rowland-Jones, S.L., T. Dong, K.R. Fowke, J. Kimani, P. Krausa, H. Newell, T. Blanchard, K. Ariyoshi, J. Oyugi, E. Ngugi, et al (1998) J. Clin. Invest. 102: 1758-1765.

[9] What immunity can protect against HIV infection. Letvin NL. J Clin Invest. 1998 Nov 1;102(9):1758-65.

[10] HIV-specific cytotoxic T-cells in HIV-exposed but uninfected Gambian women. Rowland-Jones, S., J. Sutton, K. Ariyoshi, T. Dong, F. Gotch, S. McAdam, D. Whitby, S. Sabally, A. Gallimore, T. Corrah, et al (1998) Nature Medicine 1: 59-64.

[11] The Romanian pediatric AIDS initiative. Kline MW. J Int Assoc Physicians AIDS Care. 1998 Mar;4(3):37-9.

[12] Cellular toxicity of sulfamethoxazole reactive metabolites--II. Inhibition of natural killer activity in human peripheral blood mononuclear cells. Leeder JS, Nakhooda A, Spielberg SP, Dosch HM. Biochem Pharmacol. 1991 Feb 15;41(4):575-83. [13] Suppression of T-lymphocyte proliferation by sulphonamide hydroxylamines. Rieder MJ, Sisson E, Bird IA, Almawi WY. J Immunopharmacol. 1992 Oct;14(7):1175-80.

[14] Paludisme et parasite, une histoire de sexe. Paul Richard, Brey Paul. La recherche. 2000.

[15] Datos sobre la Enfermedad del Sueño. Médicos sin fronteras. 2001.



[16] Varias ONG piden que no se den medicamentos sobrantes al tercer mundo. Jano On-line y agencias. 5 de diciembre de 2003.

[17] Varias farmacias francesas revenden medicamentos destinados a los países pobres. elmundosalud.com. 10 de septiembre de 2004.

[18] Vendiendo enfermedad. - Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease-mongering., Ray Moynihan, Iona Heath, David Henry. British Medical Journal. BMJ, 13th April 2002.

[19] General Information : West Nile Virus. Departamento de salud y salud mental de la ciudad de Nueva York. 05-19-2004.

[20] Asesino invisible entre nosotros - Invisible Killer in our Midst - BBC News, 14th March 2003.

[21] Por miedo al S.A.R.S, un hombre mata a otro que le estornudó.-Scared of SARS, man slays sneezer-. National Post, 28th March 2003.

[22] Tratado por el que se establece una Constitución para Europa. Sección 1ª Salud Pública. Artículo III-278. 1.a y 1.b.

[23] Sudáfrica vs. Gigantes farmacéuticos. Intermon-Oxfam. Dossier informativo sobre la demanda de las empresas farmacéuticas al Gobierno sudafricano. Abril 2001.

[24] La fábrica bombardeada tenía un acuerdo con la ONU para enviar fármacos veterinarios a Irak. El mundo. Sábado, 22 de agosto de 1998. Internacional.

[25] Medicamentos contra la Malaria a base de extractos de plantas africanas. Henry Llewellyn, Corresponsal especial de LPS. 16-05-2003.



[26] ¿Una planta milagrosa? BBCmundo.com. Sábado, 01 de diciembre de 2001.

[27] Combating substance abuse with ibogaine: pre- and posttreatment recommendations and an example of successive model fitting analyses. Hittner JB, Quello SB. J Psychoactive Drugs. 2004 Jun;36(2):191-9.

[28] Anti-HIV-1 activity of the Iboga alkaloid congener 18-methoxycoronaridine. Silva EM, Cirne-Santos CC, Frugulhetti IC, Galvao-Castro B, Saraiva EM, Kuehne ME, Bou-Habib DC. Planta Med. 2004 Sep;70(9):808-12.

[29] El chamanismo como sistema adaptante. Josep Mª Fericgla. imaginaria.org.

[30] Medicamentos y desarrollo. Medicos Mundi. Noviembre de 2003. Introducción.

[31] Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Michael C. Latham . Food and Agriculture Organization of the United Nations. Roma, 2002; capítulo 3- Nutrición e infección, salud y enfermedad.

[32] SIDA y factores estresantes U: Un Proyecto sobre la patogénesis del SIDA. Giraldo RA. SIDA y factores estresantes. Medellín, Colombia: Impresos Begón, 1997: 57-96.