REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA
DISCURS D'INGRÉS-COMUNICACIÓ SESSIÓ CIENTÍFICA
ACADÈMIC CORRESPONENT ELECTE,
Dr. Josep Antoni Pujante i Conesa

LA MEDICINA I L'HUMANISME, BASES DE LA COOPERACIÓ SANITÀRIA INTERNACIONAL

Excm. Sr. President, molt il-lustres senyores i senyors membres de la Reial Academia de Medicina, distingits col-legues, estimats amics.

Constitueix per a mi un sentit motiu de satisfacció tenir avui ocasió de pronunciar el discurs d'ingrés com a aspirant a acadèmic corresponent de la Reial Academia de Medicina de Catalunya, llegint la present comunicació en aquesta sessió científica. Assolir tan gran honor, seguint les passes del meus admirats predecessors, als que durant llarg temps, he vist com a venerables doctors i digníssims exponents de la professió i de la vocació de metge, sempre al servei de la societat, de les persones, és la culminació d'un dilatat procés que es va iniciar fa més de divuit anys. En aquells moments, l'any 1988, el recordat doctor Dídac Parellada, bon amic i bibliotecari de la Reial Acadèmia, em va animar a presentar-me per ingressar a tan docta corporació. També l'estimat Dr. Josep Mª Massons va influir en persuadir-me, i el Dr. Moisés Broggi, aleshores president, veia amb bons ulls la determinació. Però en aquells temps jo no era més que un jove director de l'hospital Vall d'Hebron, i estava inmers en la tasca quotidiana de la gestió sanitaria, i, a punt d'organitzar el Congrés Nacional d'Hospitals, com a president. A més, i no és cap secret, en aquella època, la meva passió per les muntanyes m'havía convertit en un alpinista de renom compromés amb les ascensions als més alts cims del planeta, i havía de compaginar la medicina i la sanitat amb les expedicions a l'Himàlaia, que hauríen de culminar plantant la senyera a la fita suprema de l'Everest, el 1993.

No creia jo que fos encara digne de poder formar part de la Reial Acadèmia, així que em limitava a assistir a les sessions que es celebràven, a escoltar a molts dels que havíen estat els meus catedràtics durant la carrera a la Facultat de Medicina del vell i entranyable Hospital Clínic, i aprendre, a copsar l'ambient acadèmic i solemne de la Casa. Com en aquell any de 1988 m'havía casat, i la meva dona, Helena, sabía que les diverses activitats em manteníen força ocupat, no semblava escaient afegir més compromisos, especialment si no es disposava del temps suficient per dedicar-se seriosament. Calía ser honest a l'hora d'anar afegint responsabilitats. Va ser donç l'any 1999 quan el Dr. Massons va presentar formalment la meva candidatura. El Dr. Parellada havía mort anys abans, quan jo era Secretari General de l'Institut Català de la Salut, i era una manera de retre homenatge a la seva memòria i magisteri. Malhauradament no vàrem conreuar prou vots. En clausurar-se el Congrés Nacional d'Hospitals de 2001, que també vaig presidir, el Professor Asenjo, després d'una conversa amb el Professor Rozman, va proposar-me tornar a participar en les properes eleccions de acadèmics corresponents. Ell mateix em va presentar, donç no en và es pioner i mestre de diverses generacions de metges especialistes en gestió sanitaria i això ens ha portat a compartir moltes sessións científiques, i el resultat de les votacions, ens va deixar a un pas de reeixir. Cal dir, en honor a la veritat, que els altres companys que es presentàven gaudíen d'un altíssim nivell. En aquella época jo era director general de

cooperació internacional, a Sanitat. Finalment, en les el-leccions de 2005, novament sota l'aval i el prestigi del Professor Asenjo, vàrem tornar a concórrer. El meu valedor sabía que em feia molta ilusió, que no era una mera circumstància decorativa, i el currículum començava a ser rellevant. Els vots dels acadèmics que van considerar adient la meva incorporació a la Reial Acadèmia van propiciar que fos el-legit, fent així realitat un somni llargament anhelat.

Aleshores era president i conseller delegat de l'empresa pública d'Emergències Mèdiques de Catalunya, però mai no havía oblidat la meva formació incial exercint la Neurocirurgía a l'Hospital Clínic ni els temps de metge d'urgències al Centre Quirúrgic Perecamps, en temps gairebé heroics, fent moltes guardies amb uns mestres als que els hi dec l'aprenentatge pràctic en una medicina i cirurgía "de campanya", que em sería molt útil posteriorment com a metge militar en una companyía d'operacions especials, o en les meves expedicions a terres llunyanes i en misions de cooperació humanitaria en paisos del Tercer Món.

Precisament, el títol del present discurs fa referencia a aquest món apassionant de l'exercici de la Medicina en condicions difícils i arriscades, però amb la aureola de la solidaritat cap el proïsme i destil-lant una incomparable sensació de altruisme i filantropía. La Medicina i l'Humanisme, factors clau en la cooperació sanitaria internacional.

Fruit de molts anys d'experiència al front de la sanitat internacional, i d'haver pogut viatjar a molts paisos en situació de guerra o assotats per catàstrofes naturals, o simplement per la miseria i les epidèmies, he pogut acumular nombroses vivències mèdiques i humanes. Com a metge, estudiant la vessant clínica, i com a persona observant la condició humana i social contextualitzada en entorns hostils, que tan contrasten amb les condicions de benestar i confort de que gaudim, de vegades fins a límits obscens, en les nostres ciutats, en el marc de la civilització occidental. Els models sanitaris dels paisos desenvolupats responen a uns estándars d'excel-lència i d'altísima qualitat, finançats amb diners provinents dels impostos; peró, tot i això, els ciutadans, cada cop més exigents, troben frequentment motius de queixa i d'insatisfacció. Fer de metge a les nostres contrades es sovint desencoratgedor, tot i salvar malaltíes incurables fa pocs anys, en comparació amb fer de metge a África, Asia o l'Amèrica pobre, on resulta altament gratificant, en veure l'esguard d'agraiment pintat en el rostre de persones desheretades.

Malgrat els recursos econòmics i tècnics que s'esmercen en la Sanitat pública dels paisos desenvolupats, sempre manquen fons per fer front a l'elevada despesa. Es ben sabut que, a diferència d'altres àmbits, en el sector salut una major oferta genera paradoxalment una major demanda, transgredint així un dels principis axiomàtics en la prestació de serveis públics. Però, Catalunya va ser pionera en optimitzar els recursos humans i materials destinats a l'assistència sanitaria de la seva població, impulsant projectes d'atenció mèdica en paisos on la necessitat imperiosa d'instalacions sanitàries i equipaments hospitalaris feia imprescindible el suport exterior. Recons de món en els que les deteriorades infraestructures sanitàries i la manca de metges i infermeres, d'instrumental, de material de cures, de fàrmacs i de mesures bàsiques d'higiene convertíen la presència dels nostres professionals en una autèntica benedicció, un alè de vida.

Que pot haver més emocionant per un metge que salvar vides allà on els pacients estàn irremisiblement condemnats sense la seva actuació facultativa? Aquest esperit hipocràtic, plè de filosofía i de vocació de servei que caracteritza al metge resulta molt més compensador quan s'exerceix en llocs desamparats que en les nostres ciutats, atapeides ja de centres d'atenció primària, d'hospitals petits, mitjans i grans, amb tecnología avançadísima capaços de practicar transplantaments de diversos òrgans vitals, a més de nombrosos consultoris privats i d'especialistes de tota mena. Hi ha potser un excés d'oferta a les societats avançades? Potser sí. Sigui com sigui, tanmateix, el metge s'arriba a sentir com una peça més en aquest univers despersonalitzat que sovint sembla una gran factoría de treball en cadena, amb procesos diagnòstics i terapéutics tan sistematitzats amb protocols clínics com deshumanitzats en el tracte amb la persona soferent. I això afecta els galens contemporanis. Incideix en la seva autoestima, en la seva percepció de la realització personal i professional, en generar dubtes respecte a les vocacions, i en provocar crisis depresives i fins i tot existencials. Tots sabem que la majoría de Col-legis de Metges, han adoptat una magnífica iniciativa del Col-legi de Barcelona, els programes d'atenció al Metge Malalt, i entre les patologíes amb més incidència destaca de manera inquietant la síndrome del *burn-out*, el metge cremat. Cremat professionalment, humanament, desmotivat, desincentivat, sense estímul que compensi el seu sacrifici i el seu esforç abnegat per retornat la salut als malalts.

Quan, des de l'Institut Català de la Salut ens vàrem proposar crear una estructura que permetés a metges i metgesses, a infermers i infermeres, incorporar-se a missions humanitàries, erem conscients de que no només salvaríem vides de persones desamparades sino que contribuiríem a donar sentit i a pujar la moral de molts dels nostres companys i companyes, generosos i plens de sensibilitat. Així, Catalunya començava el 1995 una singladura que permetría endegar missions sanitàries arreu del món, i que vincularía la Medicina i l'Humanisme amb la sempre delicada gestió de la cooperació sanitària internacional. Dirigir aquesta unitat va constituir un gran repte i alhora una inmensa sensació de dignitat al servei d'una noble causa. Com a metge i com a directiu. Amb la ventatja de ser diputat del Parlament Internacional, que proporcionaba una visió encara més amplia de la realitat política mundial i facilitats per accedir a les regions més conflictives del planeta, aportant-hi personal sanitari de casa nostra, format a les nostres Universitats i que exercíen als nostres ambulatoris i hospitals.

Coordinar aquestes acccions no va ser tasca fàcil, però precisament aquesta complexitat en dissenyar i executar un servei clínic humanitari per atendre pacients a milers de quilòmetres dels nostres centres sanitàris, va ser motiu d'interès per part d'altres sistemes de salut, i fins i tot d'altres paisos.

Però, a més dels mencionats factors clau, la Medicina i l'Humanisme, calía tenir en compte un tercer element fonamental: les relacions internacionals; un vessant de la diplomàcia sanitària que contribuí de manera determinant a l'establiment de les missions de cooperació sanitària. Com és ben sabut, les relacions internacionals constitueixen una complexa xarxa d'interaccions polítiques, econòmiques, comercials, industrials, empresarials, institucionals, militars, culturals i socials entre diversos paisos. Entre els pilars que sustenten aquestes relacions multidireccionals es troben també àmbits de la prestació de serveis, destacant amb perfil propi la sanitat, entesa com un bé públic, del qual depèn, en molt bona mesura el desenvolupament, l'economía, el mercat

laboral, les expectatives professionals, la competitivitat, la productivitat i, en definitiva, el progrés i el benestar de les societats de les més diverses nacions. Aseverats aquests fets, cal conéixer les circumstàncies que envolten aquesta realitat, que sovint és infravalorada, tot i que és d'una importància geopolítica cabdal, i així disposarem d'un sòlid punt de partida per exposar i analitzar la trascendència que la cooperació sanitària internacional ha tingut, té i, sens dubte, tindrà en el futur en l'establiment de relacions entres estats, governs regionals o fins i tot, grups ètnics, que, més enllà de la seva significació antropològica, filantròpica, altruista i les seves connotacions polítiques o morals, constitueixen un ferm lligam humà capaç de generar salut i progrés.

De fet, es tracta d'un entramat ón els actors institucionals son els poders públics, habitualment mitjançant acords intergovernamentals o multilaterals, però no es poden obviar els rols creixents de la societat civil, de les organitzacions no governamentals (ONG), del tercer sector, com a expressions legítimes del teixit associatiu de la ciutadanía que, en el cas de Catalunya és ben palès i amb llarga trajectòria històrica i posa en connexió la voluntat del poble, a través de les entitats socials, les empreses privades i de les institucions públiques, amb la resta del món. Aquesta projecció de la solidaritat envers els cinc continents del planeta, convenientment canalitzada per potenciar la seva capacitat d'acció basada en les sinergies, constitueix, sens dubte, la clau de volta de la cooperació sanitària internacional, l'esperit d'interrelació proactiva i terapèutica amb altres cultures.

Que les relacions internacionals siguin d'utilitat per tal que diversos governs pugin signar acords polítics o d'intercanvi de bens, serveis, de lliure circulació de persones, treballadors, mercaderíes i capitals, o per reforçar la col-laboració establint aliances estratègiques, és un fet inquestionable al llarg de l'història, complementat amb la subtil tasca dels diplomàtics. Fa més de 25 segles que els pobles, nacions i antics imperis establien relacions culturals i comercials, com ho demostra la Historia, però potser és privilegi del segle XX, i característica distintiva d'aquestes darreres dècades el fet de que la solidaritat dels paisos rics cap els menys afavorits en l'àmbit del desenvolupament, i especialment en matèria sanitària, s'hagi gairebé institucionalitzat. Tanmateix, els segles XVIII i XIX van ser pròdigs en accions misioneres que, sens dubte van ser els precursors de l'actual cooperació. Les ordres religioses, igual que van fer a Amèrica després de l'arribada dels conqueridors-invasors, van desembarcar a África inmediatament després que els exploradors blancs amb el propòsit d'evangelitzar els nadius i guanyar per a la seva causa aquellas ànimes indígenes, que consideràven salvatges... Per guanyar-se la confiança dels caps tribals, una de les millors actituds era guarir els malats dels poblats on s'instalàven. Es va encunyar així la célebre màxima "predicar amb la creu i la quinina". Tornant la salut al indígenes, salvant el cos, preteníen salvar les ànimes d'aquells esperits lliures. I, d'una manera indirecta, donç, van contribuir aquells missioners a crear els primers centres de salut, precaris i molts bàsics, però suficients per tractar moltes de les malaltíes endèmiques en unes latituds insalubres, sotmeses a dures condicions de nociva humitat i intens calor tropical que facilitàven la diseminació de gèrmens i els contagis. Procediments quirúrgics i l'utilització de fàrmacs que a Europa eran habituals i ben coneguts, tenien un efecte impactant devant els nadius africans, americans de l'Amazonia, o del sudest asiàtic i l'Oceanía. Eren considerats remeis màgics, atribuits a les divinitats dels misioners i obràven el miracle de generar, mitjançant l'acte mèdic, una fe incerta i artificialment induida, alhora que feien trontollar la confiança en els seus propis esperits, figures teològiques de les cosmogoníes i les religions animistes. Els capellans éren considerats

gairebé bruixots, i això els confería un gran poder per influir sobre els "hechiceros" de les diverses ètnies i guanyar ascendència sobre els caps tribals, que els veien dotats de poders màgics, en contemplar com restablíen la salut a malalts amb febres altes, dolors intensos, fractures o ferides infectades. La noble tasca pastoral, per la que no obstant competíen aferrissadament les diferents comunitats religioses, va ser l'embrió d'una futura estructura medico-sanitària, que havía de salvar moltes vides humanes a l'esdevenidor.

No podem oblidar, sense anar més lluny, que Espanya ha passat en pocs anys de ser un pais receptor d'ajudes a ser un pais donant. En aquest marc constitucional, dins l'Estat, Catalunya ha anat desenvolupant, des dels organismes públics i des de les organitzacions no governamentals, uns eficaços mecanismes de cooperació internacional. Cal donç mostrar com des de l'Administració autonòmica, i particularment mitjançant l'Institut Català de la Salut, en el marc del Departament de Salut, s'ha pilotat durant més de 10 anys un eficaç projecte per enfortir relacions internacionals amb paisos dels cinc continents a través de la cooperació sanitària institucional, amb diferents activitats d'assistència clínica desplaçant metges al pais corresponent, donació d'equipaments sanitaris, formació mèdica i recepció de pacients a Catalunya o atenció mitjançant telemedicina. I, sempre que ha estat possible, la gestió de l'esmentada cooperació sanitària és culminada amb el desplaçament dels responsables cap el pais beneficiari per tal de conéixer *in situ* la realitat social i sanitària sobre el terreny i rubricar, quan s'escau, els acords corresponents amb el ministre pertinent i a través d'ambaixades o consolats. Probablement, l'èxit d'aquests procediments no ha estat només la gestió oficial, sino que rau en la col-laboració i suport constant de l'ICS envers les ONG sanitàries, circumstància que ha possibilitat un *feed-back* bidireccional que ha incrementat l'eficacia i l'eficiència del sistema.

Però la Medicina avançada, tot i ser d'alt nivell en el nostre pais, no sería suficient per poder prestar un servei humanitari en missions de cooperació internacional. Cal conéixer el context global, i per això, com a esquema previ cal dissenyar un estudi en cinc grans blocs, que seríen:

<u>El panorama sanitari mundial</u>

-Organització de les Nacions Unides (ONU) i OMS
-Creu Roja Internacional
-Relacions Intergovernamentals. Ministeris de Sanitat

<u>L'ajuda bilateral i multilateral</u>

-Sistemes i polítiques de salut del paisos
-Grau de desnvolupament dels paisos i regions
-Estructura estatal (Governs i Parlaments) dels estats donants i receptors

<u>Les agències estatals de cooperació en paisos rics</u>

-Estructura i dotacions pressupostàries
-Legislació sobre cooperació sanitària internacional
-Mecanismes de cooperació pel Tercer Món

Abast econòmic i polític de la gestió de cooperació sanitària internacional

-Aflorament de la despesa. La solidaritat no te preu però te un cost.
-Prioritats humanitàries i pressupostàries en la cooperació.

Diversitat de models sanitàris
-Criteris de model polític
-Criteris de geogràfics (isocronas)
-Criteris culturals
-Criteris religiosos

Estructura de l'unitat de cooperació sanitària

Quan es va crear l'Oficina de Cooperació Sanitària de l'ICS no existía a Catalunya un *corpus* jurídic que pogués harmonitzar les actuacions en matèria de solidaritat mèdica, tot i que es feien accions individualitzades, gens coordinades, fruit d'iniciatives personals o de grups de facultatius de manera desinteresada, per motius meraments altruistes. Calía donç redactar una normativa *ex novo* i determinar les misions de la unitat, alhora que es fixàven els objectius annuals, amb els limitats recursos públics de l'administració sanitària, sota el paraigües del Servei Català de la Salut, i en el marc de la Consellería de Sanitat. Tot i l'autonomía de l'ICS, es rendíen comptes annuals al Departament a fi i efecte de poder informar al Govern, i a través de Presidència de la Generalitat, donar cumplida informació al Parlament de Catalunya. Calía, donç, planificar abans de posar en marxa els procedimients, i després realitzar un acurat control i seguiment.

Evidentment, la constitució de l'Oficina de Cooperació Sanitària Internacional de l'ICS va néixer d'una necessitat real: la de trobar la fòrmula òptima per aprofitar l'inmens capital humà i el gran actiu de coneixements del personal de l'institució, amb 35.000 professionals, en pro de les regions del planeta on calgués una actuació inmediata o de suport, davant emergències o per reconstrucció de sistemes sanitaris. L'experiencia d'aquests metges i infermeres de la sanitat pública, més els recursos materials, tècnics i econòmics podíen constituir una inmillorable aportació d'una institució catalana per a recolzar els projectes de les ONG i no actuant independentment, al marge del tercer sector, aglutinador de les iniciatives de la societat civil. Va ser, efectivament, un model precursor, innovador, que ulteriorment va ser imitat i reproduit en altres comunitats autónomes, i va permetre, a través de contactes fluits amb consolats i ambaixades, establir relacions a nivell internacional amb els Ministeris de Sanitat de paisos en víes de desnvolupament per realitzar estudis de detecció de necessitats i pal-liar-les en la mesura del possible, amb una notable optimització de recursos.

Es per això que en el document de creació, de clara inspiració mèdica i humanística, s'expressàven els següents termes: "Històricament, el marc d'acció de l'ICS ha estat el territori de Catalunya; però, sempre sota els principis de universalitat i d'equitat, tradicionalment s'ha prestat atenció clínica als pacients de la resta de l'Estat i a malalts procedents dels més diversos paisos del món. El prestigi dels equips de professionals de

la salut i l'inqüestionable alt nivell de les instal-lacions, així com l'excel-lència en el tracte –paradigma de la medicina humanitzada- han configurat un sistema assistencial que trascendeix les nostres fronteres. Així, no han estat escasses les col-laboracions dels professionals de l'ICS sobre el terreny, en paisos en vies de desenvolupament o en conflicte; però, malgrat comptar amb el suport de la institució, sempre s'han manifestat com accions individualitzades, sorgides de la inquietud i de l'afany de solidaritat dels cooperants. Cal, per tant, canalitzar les actuacions de l'Institut en matèria de cooperació internacional, allà on els conflictes o la necessitat facin precisa la intervenció de les ONG, facilitant al personal de l'ICS la incorporació als equips de cooperants i posant, alhora, a disposició de les organitzacions els centres assistencials de l'Institut, donat que, per les seves especials característiques, poden constituir-se en veritables punts de referència de les campanyes de solidaritat que es promoguin."

I s'afegía: "Els professionals mèdics i d'infermería de l'ICS –que configuren un heterogeni i altament qualificat univers, plenament preparat per oferir els seus serveis en els escenaris més diversos i en les situacions més adverses-, son sensibles a la situació crítica per la que travessen diverses nacions, en el moment actual i amb preocupant perspectiva de futur. Cal, per tant, com a política de grup corporatiu, recolzar i impulsar accions de solidaritat per tal que, amb l'esforç de tots es pugui ajudar de manera efectiva i eficaç al restabliment, en aquests paisos, de les condicions sanitàries indispensables, per tal de mantenir una cota bàsica de salut en la població. En conseqüència, es refermaran les vies de suport a la solidaritat: d'una banda, a través dels seus centres assistencials, en especial els d'atenció primaria i hospitals, donat que poden convertir-se en importants punts de referència per a les campanyes de solidaritat i cooperació; i, de l'altra, facilitant al seu personal la incorporació als equips de cooperants sanitaris creats a instàncies de les ONG."

Per això, les funcions del nou servei es van concretar en 4 grans árees:
-Establir els procedimients necessaris i les mesures escaients per facilitar al personal sanitari de l'ICS la incorporació als equips de cooperants, a solicitud de la federació d'ONG de Catalunya o de la Coordinadora Estatal.
-Instrumentar les mesures escaients que permetin disposar d'un nombre de professionals sanitaris, seleccionats amb caràcter previ, que es trobin en alerta permanent, per tal d'atendre les peticions que es realitzin amb caràcter d'emergència.
-Coordinar la participació dels centres assistencials en campanyes de cooperació i solidaritat
-Constituir un Comité Permanent de Selecció de cooperants sanitaris, amb la finalitat de avaluar la idoneitat dels candidats.

Com és natural, aquesta planificació es va complementar amb la creació del Consell Assessor de Cooperació Sanitària Internacional, que aportaba pluralitat de criteris i la participació dels agents socials, entre els que figuràven col-legis professionals, universitats, sindicats, i metges especialistes en Medicina Tropical, entre d'altres professionals.

Funcionament operatiu del servei

Resumint, les misions de la Oficina de Cooperació Sanitària Internacional, es van articular en torn a unes activitats ben definides:

-Incorporació de personal sanitari a missions internacionals.
-Donació i enviament de material sanitari, equipaments clínics, productes farmacèutics i articles mèdico-quirúrgics.
-Assistència a pacients de tots els paisos que, previament estudiat el cas clínic, justifiquin les accions terapèutiques, valorant el context i l'entorn, i les possibilitats reals de millora o guariment.
-Formació del personal sanitari assistencial o dels directius de centres de salut, de primaria o d'hospitals, per tal de millorar el nivell de qualitat dels sistemes sanitaris de paisos en vies de desenvolupament o desestructurats a causa de conflictes bèlics, catàstrofes naturals, epidèmies o altres causes.
-Assessorament a les autoritats governamentals en matèria de salut internacional o medicina tropical, mitjançant la signatura de convenis, si s'escau, amb els ministeris corresponents i amb suport oficial de consolats i ambaixades.

Pel que respecta al primer apartat, els permisos especials per incorporarse a projectes de cooperació sanitària, cal destacar que constitueix un encomiable motiu d'estímul professional, moral i humanístic el fet que els professionals de la salut puguin sentir-se novament ilusionats i motivats per exercir la seva vocació, la que els va dur a creure en uns valors i uns ideals gairebé hipocràtics i a la que van dedicar ingents esforços al llarg de la seva intensa formació acadèmica. La pràctica diaria durant molts anys en centres d'atenció primària o en hospitals els hi ha donat una visió integral de la medicina actual i de les seves possibilitats d'aplicació, diagnòstica i terapèutica, preventiva i rehabilitadora, en profit del pròxim. Es per tant, un encert, alhora que un mecanisme útil per a la salut mental, que els professionals de la salut que ho desitgin puguin incorporar-se a equips multidisciplinaris en missions internacionals, be sigui amb organismes intergovernamentals com Nacions Unides o alguna de les seves agències (ACNUR i altres), la Unió Europea i els seus programes de cooperació, o be sigui amb organitzacions no governamentals per al desenvolupament.

El segon gran bloc d'activitat és la prestació d'assistència medico-quirúrgica a Catalunya de ciutadans de paisos subdesenvolupats, previa valoració amb un rigorós procés d'estudi i anàlisi de cada cas clínic, tot ponderant l'estat de l'evolució del procés patològic, de l'idiosincràsia de l'entitat nosocomial, i les possiblitats reals de millora amb les pautes terapèutiques protocolitzades al nostre pais d'acord amb els estàndars internacionals sobre criteris diagnòstics i tractaments comunment aplicats. Atès que la demanda pot superar la capacitat racional d'oferta d'un sistema sanitàri públic, cal establir uns processos de selecció de casos viables, atenent a un seguit de condicionants clínics, socials, econòmics, familiars i al grau d'absorció de la llista d'espera de la xarxa pública per a cada especialitat mèdica o quirúrgica individualitzadament considerada.

La tercera àrea de competencies de la Oficina de Cooperació Sanitària, es centra en la coordinació dels enviaments de material sanitari o equipaments clínics, atenent les peticions d'organismes intergovernamentals, legacions diplomàtiques o d'ONG, en la mesura de la disponibilitat de l'instrumental quirúrgic, equips d'exploració i diagnosi, laboratoris d'anàlisis cliniques, mobiliari sanitari, aparells de consulta, productes farmacéutics o material de cures en els centres d'atenció primaria o dels hospitals

públics. En les dades estadístiques d'activitat, exposades més endevant, es pot constatar la magnitud de les trameses a nombrosos paisos de África, Asia, Amèrica Central i del Sud, i l'Europa de l'Est.

La quarta i cinquena vessants de l'activitat de l'unitat consisteixen en oferir i facilitar als governs dels paisos en crisi o en conflicte la possibilitat d'assessorament i suport tècnic, acadèmic, docent i material, per tal que els seus professionals sanitaris puguin dur a terme les seves tasques en l'àmbit de la Salut Pública amb la formació adequada de manera que puguin oferir a la seva població una garantía de qualitat en la pràctica assistencial, mèdica o directiva, i que això repercuteixi favorablement en l'assoliment d'un major nivell de benestar social a la comunitat. Sovint, després de guerres, de terratrèmols, d'huracans devastadors, *tsunamis*, indundacions extremes, de grans pandèmies, les societats víctimes d'aquestes plagues, per efecte de la Natura hostil o be per causa de l'acció de l'esser humà, resten sumides en una dramàtica mancança dels subministraments d'energia, d'aigua potable, d'aliments, de vacunacions i de medicines bàsiques. Les condicions d'higiene es deterioren progressivament i, si passa molt de temps, el propi personal sanitari preparat per atendre la població pot acabar desconnectant-se de l'evolució permanent i veloç de les noves tecnologies exploratòries, diagnòstiques o terapèutiques, dels avenços en estratègies farmacològiques, de inmunitzacions de darrera generació, dels nous protocols clínics, de les tècniques de transplantament o de les darreres novetats en cirurgía mínimament invasiva. I aquesta pèrdua gradual d'actualització dels professionals del sistema sanitari pot incidir greument en la salut de tota una societat, de tot un pais.

És, per tant, una responsabilitat al més alt nivell; és un assumpte d'estat. I poder oferir aquesta ajuda en l'esfera internacional és gairebé, per la seva àmplia repercussió, tant o més trascendent que l'enviament de personal sanitari merament assistencial que pot atendre i resoldre els casos un per un. Contribuir a que els professionals de la salut recuperin després d'una guerra o una situació que els hagi allunyat dels avenços en les ciències i les pràctiques clíniques, és d'una vital importancia pel pais i és responsabilitat dels seus governants. I no menys rellevant és el fet d'aportar formació als directius sanitaris que han d'incorporar-se als moderns coneixements de gestió i alta dirección per comandar els centres sanitaris amb criteris empresarials d'eficàcia i eficiència pel bé de la societat, que fa possible, amb els seus impostos, la viabilitat d'un sistema públic de salut. Tot i que, en funció dels règims polítics d'alguns paisos en vies de desenvolupament, no sempre resulta senzill aportar idees innovadores, malgrat els contribuents mereixin una major transparència que garanteixi els seus drets a la protecció de la salut, a la prevenció de la malaltía, a l'assistència i als tractaments adeqüats en cada cas. Evidentment, la formació i assessorament tècnic d'aquests quadres, directius o assistencials, es duu a terme amb equips d'experts que es desplacen a la zona geogràfica de referència, o bé facilitant estades als hospitals de Catalunya als metges, infermeres, tècnics o directius, que precisin reciclar-se en àrees concretes de les seves competències i habilitats per tal de perfeccionar-les i posar-se al dia per oferir un millor servei als seus compatriotes. De l'anàlisi d'aquestes accions sectorials de cooperació sanitària, es desprén que la tasca realitzada per la oficina aporta, sens dubte, sòlids arguments per valorar la contribució a la millora en l'àmbit de relacions internacionals mitjançant la cooperació en Salut Pública.

<u>Dades d'activitat. Estudi del darrer deceni</u>

L'oficina de cooperació sanitària internacional va iniciar la seva singladura el 1995, de manera que l'exercici de 1996 va ser el primer que es va documentar amb activitat duta a terme i amb indicadors estadístics que, per primera vegada permetíen a l'Administració anar més enllà del àmbit de Catalunya on era, com correspon per llei, prestadora de serveis assistencials, i comportar-se, per primer cop estructuradament, com a proveidor de serveis humanitaris en el context internacional, amb vocació global.

Per tant, aquella mateixa vocació de servei al proïsme que atribuiem als primers missioners que prestàven atenció sanitària als necessitats, però des d'una perspectiva més tecnificada, laica o no necessariament confessional, però sempre humanística, ha fet que els metges cooperants voluntaris, compromesos amb la solidaritat i l'altruisme, hagin prestat, en la darrera dècada, assitència mèdica i suport en el terreny de la cooperació internacional.

L'any 1996, la cobertura sanitària a pacients estrangers va representar 51 milions de pessetes, la despesa dels permisos per activitats de cooperació sanitària internacional va ascendir a 5 milions, i la donació de material sanitari va sumar 10 milions de pessetes. En total: 66 Mpta.

L'any 1997, amb unes estadístiques encara basades en informació que no permetía aflorar el cent per cent de les activitats dutes a terme a tots els centres sanitaris, van augmentar sensiblement: l'assistència sanitària a estrangers va ascendir a 80 milions, el cost dels permisos al personal per cooperació va ascendir a 8 milions de pesetes i les donacions de material suposàren 10 milions. Total: 107 Mpta.

L'any 1998:

-Assistència sanitària a estrangers:	116.429.882 Mpta.
-Permisos per Cooperació Sanitaria:	15.608.418 Mpta.
-Donacions material sanitari:	42.028.758 Mpta.
-Total:	174.067.058 Mpta.

L'any 1999:

-Assistència sanitària estrangers:	138.786.846 Mpta.
-Permisos Cooperació Sanitaria:	31.103.978 Mpta.
-Donacions material sanitari:	13.599.423 Mpta.
-Total:	183.490.247 Mpta.

L'any 2000:

-Assistència sanitària estrangers:	100.270.441 Mpta.
-Permisos Cooperació Sanitaria:	41.621.547 Mpta.
-Donacions material sanitari:	16.531.048 Mpta.
-Total:	158.423.036 Mpta.

L'any 2001:

-Assistència sanitaria estrangers	232.122.283 Mpta.
-Permisos Cooperació Sanitaria:	31.728.898 Mpta.
-Donacions material sanitari:	110.466.608 Mpta.
-Total:	374.317.789 Mpta.

L'any 2002:

-Assistència sanitaria estrangers:	3.968.019 euros
-Permisos Cooperació Sanitaria:	236.404 euros
-Donacions material sanitari:	254.352 euros
-Total:	4.458.876 euros

L'any 2003:

-Assistència sanitaria estrangers:	5.176.689 euros
-Permisos Cooperació Sanitaria:	243.728 euros
-Donacions material sanitari:	15.811 euros
-Total:	5.436.229 euros

L'any 2004:

-Assistència Sanitària estrangers:	5.315.445 euros
-Permisos Cooperació Sanitaria	254.720 euros
-Donacions material sanitari:	17.935 euros
-Total:	5.588.089 euros

L'any 2005:

-Assistencia Sanitaria estrangers:	5.434.768 euros
-Permisos Cooperació Sanitaria:	267.378 euros
-Donacions material sanitari:	65.893 euros
-Total:	5.879.739 euros

En les xifres referides es pot apreciar que, des de 1995 a 2005 la cooperació sanitària internacional va passar de zero a més de sis milions d'euros anuals, més de vuit mil milions de pessetes en el període estudiat, amb gestió institucional acurada, compromesa, exercint supervisió i control constant de les diverses activitats dutes a terme.

Les patologíes ateses sobre el terreny, en els paisos d'Africa, Asia, Amèrica Central i del Sud, son predominantment d'etiología infecciosa, englobant-se en l'ampli ventall de malaltíes tropicals causades per agents patògens endèmics en aquelles regions del planeta, com es relacionará a continuació. Mentre que els quadres clínics que son autoritzats per traslladar-se a Catalunya, previa valoració dels comitès d'experts i facultatius especialistes, i son atesos en els nostres hospitals, presenten entitats nocosomials força variades, bàsicament quirúrgiques. De l'abundant casuística, en citarem alguns diagnòstics a tall d'exemple.

Les patologies greus, prioritàries i frequents (amb morbilitat i mortalitat elevades), poden variar d'una zona geogràfica a una altra. Tanmateix, i encara qeu evidentment existeixen algunes variacions quantitatives (malaltíes diarreiques, respiratòries, parasitosi, paludisme, etc.), es possible traçar un quadre epidemiològic relativament estereotipat. Per concretar-lo cal una apreciació inicial sobre el terreny. Aquesta serà al mateix temps qualitativa (distribució de les patologies) y, en la mesura del possible, quantitativa (taxa d'incidència, de prevalença, de mortalitat o de letalitat). L'avaluació permetrà precisar la naturalesa de l'afecció (d'etiologia infecciosa, quadres diarreics greus, respiratòris aguts, malària, patología, oftalmològica o cutània, zoonosi, parasitosi intestinal, etc.) així com els grups de població més exposats i de més alt risc (nens

menors de 5 anys, dones embarassades...) Aquests grups de patologies i de població constituirán els objectius prioritaris dels programes. La qual cosa no vol dir que l'assistència mèdica resti limitada a les referides patologies i als citats grups d'inidviduus, sino que els recursos i mitjans es movilitzaran preferentment envers ells, com a prioritats conceptualment enteses a nivell primari als dispensaris, però amb disponibilitat per maniobrar cap altres afeccions endèmiques que rebrotin o emergències que apareguin sobtadament.

Com a principis bàsics de la cooperació sanitària internacional, cal dissenyar uns objectius bàsics d'assisténcia mèdica en zones del Tercer Món o en situacions de crisi o catàstrofe.

A nivell individual, l'objectiu es curar, guarir, al pacient de la seva malaltía i minimitzar o previndre les consequencies per a ell i pel seu entorn, com la transmisió dels processos infecciossos mitjançant mesures per evitar la propagació dels agents patògens.

A nivell d'una comunitat, l'objectiu s'ha d'enmarcar en altre termes, com reduir la mortalitat i les consequències mòrbides de les patologies prioritaries prevalents en la referida comunitat.

A nivell més ampli en certes endemies infeccioses, l'objectiu és més complex. Els actes curatius individuals poden contribuir, si arriben a una proporció suficient del reservori de gèrmens d'afectació humana, a reduir considerablement la transmisió (tuberculosi, lepra, tripanosomiasi, bilharziasi, etc.) Existeixen programes específics amb aquesta finalitat, amb una visió de salut pública abastant àmplies àrees geogràfiques.

Sobre el terreny, destaquen com a patologíes frequents que cursan amb febre com a símptoma prínceps, i atesa la precarietat dels laboratoris en les misions, les febres tifoidees, les meningitis, les borreliosis, ricketstsiosi, dengue, hepatitis, febre groga, leptospirosi, pneumònia, paludisme falciparum, pielonefritis, abscès hepàtic per amebes, shigellosi, osteítis, tripanosomiasi, bilharziosi, leishmaniasi visceral (kala-azar), triquinosi, brucellosi, i diferents arbovirus. Evidentment, la tuberculosi i les infeccions oportunistes en pacients afectes de Sida, constituieixen uns dels quadres més abundants. Els casos inespecífics d'anemies es tipifiquen com a paludisme, per hemòlisi, problemes de nutrició diversos, drepanocitosi, talasemia, leishmaniasi i hemorràgies o anquilostomes.

Els quadres de desnutrició proteino-energètica greu, responen sovint a marasme o kwashiorkor crònics, de llarga evolució. Les formes etiopatogèniques dels quadres diarreics, es poden etiquetar de bacterianes o parasitàries, destacant entre les primeres les causades per sighela, salmonela, escherichia coli, campilobacter yeyuni, yersinia enterolitica, i giardia i entoameba histolitica entre les segones. Com a enterotòxiques, cólera, vibrió parahemolític, clostridium botulinicum i perfringens, estafilococ i vibrió parahemolitic. Com a virals, rotavirus, enterovirus, coronavirus, i com a fúngiques, predomina la càndida àlbicans.

La patologia dermatològica s'acostuma a limitar a impètig, herpes zona i zoster, sarna, ulcera de cama, micosis cutànies, carbunc, treponemes endèmics, pelagra i lepra. A

nivell oftalmològic, conjuntivitis, tracoma, avitaminosi A (hemeralopia, xeroftalmia i queratomalacia), pterigion, cataracta, i oncocercosi.

Potser en el camp de les malalties parasitàries és on es reconeixen més les característiques de les etiologíes específiques de les patologies tropicals. Bilharzoiosi, protozoosi intestinals, nematodiasi (àscari, anquilostoma, oxixurs, triquinosi, etc.), distomatosi, cestodosis (tenia saginata, tenia solium, hidatidosi, cisticercosi), filariasi, paludisme (per plasmodium vivax, malariae, ovale o falciparum), tripanosomiasi (per mosca tse tse, i Chagas) o leshmaniasi diverses. D'altra banda, les principals malaltíes bacterianes son les meningitis i meningoencefalitis (a pneumococ i meningococ), tos ferina, tètanus, peste (bubònica, pneumònica o septicèmica), leptospirosis icterohemorràgica, borreliosi, rickettsiosi, brucelosi i tifoidea. Com a malaltíes viriques destaquen xarampió, poliomileitis, arbovirosis antropozoonosi per mosquits, encefalitis, dengue hemorràgic, febre groga, etc.), ràbia, hepatitis víriques, i la sida.

En l'apartat de malalties de transmisió sexual, les uretritis per gonococ, tricomones, xancre sifilític per treponema pallidum, linfogranulomatosi venérea, herpes genital, condilomes acuminats, i vaginitis per clamydies, càndida, entre d'altres.

A banda de les citades, hi ha, lògicament, altres processos, que requereixen tractaments farmacològics o quirúrgics, o simplement l'instauració d'habits d'higiene elemental i l'accés a aigues potables i canalització de les aigues residuals. El goll en zones allunyades de les costes, la patología cardio-circulatoria, renal, dental, neurològica, els accidents amb politraumàtics que presenten fractures múltiples i afectacions viscerals en òrgans vitals, o els ferits de bala o per arma blanca. Les leucèmies i limfomes, la patología obstètrica, les intoxicacions, les atresies i malformacions congènites, les alteracions metabòliques, les cremades i queloides, les amputacions per necrosis, mines antipersones i tortures, els procesos oncològics per diverses neoplàsies i patologíes tumorals, i, com s'ha esmentat, la xacra de la sida a causa del VIH.

Amb tan ampli ventall de malaltíes, que a més de moltes dels processos patològics importats dels paisos industrialitzats, conserva les afeccions endèmiques de les regions insalubres del planeta, és fàcil inferir que la gestió de la cooperació sanitària internacional no és nómés una qüestió de despatx, planificant, organitzant i dirigint accions i misions humanitàries. La complexitat de la coordinació de tals operacions, exigeix sincronització entre els poders públics, partits polítics, institucions, centres sanitaris públics i privats, entitats i organitzacions no governamentals, universitats, agents de salut, sindicats, associacions i corporacions professionals sanitàries i els propis cooperants.

Però, més enllà, de la gestió tècnica, cal concloure que la grandesa d'aquestes activitats mèdiques impregnades de filantropía i altruisme, es basa en la solidaritat de les persones, d'entre les quals els metges n'hem d'ésser exemple paradigmàtic. Sens dubte, tornar la salut i sovint salvar la vida als pacients abandonats en paisos llunyans d'aquest planeta, es fonamenta en un bon exercici de la medicina, en una acurada planificació de la sanitat i en una concepció humanista de la professió. Només així, senyor president, benvolguts acadèmics, senyores i senyors, contribuirem, ordenadament i amb efectivitat, a la millora de l'estat de salut de la soferent humanitat i a la dignificació de les persones anònimes, que, malgrat el seu patiment, ens miren directament als ulls i confien les seves vides a les nostres mans. Moltes gràcies per la seva atenció.