

Annals del Sagrat Cor

2025 | Volum 32. Número 2



COOPERACIÓ

ISSN 1695-8942



9 771695 894007

annalsdelsagratcor.org

Annals del Sagrat Cor

Fundats el 1993 pel Dr. Josep M^a Puigdollers Colás

Editor Jefe / Editor-in-Chief

J. Delás Amat

Editor Adjunto / Managing Editor

M.J. Sánchez López

Editores Ejecutivos / Executive Editors

M. Aguas Compaired
A. Arboix Damunt
M. Bruguera Cortada
L. Mata Haya
E. González Marín

Editores Asociados / Associate Editors

Cirugía General
R. Soliva Domínguez
C. Ortopédica y Traumatología
A. Isidro Llorens

Dermatología
M. Iglesias Sancho
Neumología
O. Parra Ordaz
Neurología
J. Massons Cirera

Psiquiatría
J. Seguí Montesinos
Radiología
E. Grivé Isern

Comité Editorial /Editorial Board

V. Andreu Solsona
Digestivo, HUSC
J. Bara Casaus
Maxilofacial, Instituto Bara-Gaseni
N. Barrera Aguilera
Urgencias, HUSC
X. Beltrán Ramón
C. Vascular, HUSC
J. A. Bombí Latorre
Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
E. Cánovas Robles
ORL, HUSC
J.M. Catalan Borrás
COT, HUSC
R. Coll Colell
Medicina Interna, HUSC
F. Dachs Cardona
COT, HUSC
V. De Sanctis Briggs
Dolor, HUSC
K. Diz Miserachs
Psicología, HUSC

J. Fibla Alfara
C. Torácica, HUSC
M. Galdeano Lozano
Neumología, H. Germans Trias i Pujol
F. J. Gil López
Neurología, HUSC
J. González Valdivieso
Farmacia, HUSC
M. Granados Plaza
CEIm, H. General de Catalunya.
C. Lombardía López
Infermería, HUSC
A. Lozano Miñana
Medicina Interna, HUSC
M. Martí Ejarque
Enfermería, HUSC
G. Martín Ezquerro
Dermatología, Hospital del Mar
L. Molins López-Rodo
C. Torácica, H. Clínic i Provincial
M. Monerri Tabasco
Anestesiología, H. Germans Trias i Pujol

C. Morcillo Serra
Medicina Interna, H. Sanitas CIMA
F. Orient López
Rehabilitación, HUSC
J. Palés Argullós
Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
C. Prat Torreveiano
COT, HUSC
V. Querol Borrás
Radiodiagnóstico, HUSC
E. Ramió Montero
Farmacia, Clínica Girona
C. Roca Saumell
CAP el Clot
R. Salas Campos
Medicina Interna, HUSC
M. Salleras Redonnet
Dermatología, HUSC
L. Tuneu Valls
Endocrinología, HUSC

Comité de Honor

C. Alegre de Miquel
M. Balcells Riba

E. Basilio Bonet
F. Fernández Monrás
P. Umbert Millet

G. Vidal López
E. Irache Esteban

EDITORIAL

Assistència, docència, recerca i solidaritat..... 50

DEBAT

Mans que curen, cors que connecten: la cooperació mèdica des dels nostres hospitals..... 51

RAUL MUÑOZ

La cooperación médica (y quirúrgica) humanitaria como imperativo moral..... 52

RAMÓN SOLIVA DOMÍNGUEZ

La medicina a l'altre món..... 55

ALBERT ISIDRO

La política de salud pública en el departamento de ortopedia de Zanzíbar..... 57

DR. RIFFAT KHALFAN JUMA

Colaboración HUSC y Fundación NED..... 58

IVÁN DARÍO GÓMEZ RAMÍREZ

ORIGINAL

Campañas de cooperación quirúrgica en Rurrenabaque, Bolivia: análisis de seis misiones (2014-2016, 2022-2024)..... 60

Campanyes de cooperació quirúrgica a Rurrenabaque, Bolívia: anàlisi de sis missions (2014-2016, 2022-2024)

Surgical cooperation campaigns in Rurrenabaque, Bolivia: analysis of six missions (2014-2016, 2022-2024)

RAMÓN SOLIVA DOMÍNGUEZ

ARTICLE ESPECIAL

Modelos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en cooperación humanitaria, ¿son sostenibles?..... 66

Models de Cirurgia Major Ambulatoria (CMA) en cooperació humanitària: són sostenibles?

Mayor Ambulatory Surgery Models in humanitarian cooperation, are they sustainable?

RAMÓN SOLIVA DOMÍNGUEZ

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, ¿son todavía factibles?..... 69

Objectius del Desenvolupament Sostenible (ODS) 2030, són encara factibles?

Sustainable Development Goals (SDGs) 2030, are they still feasible?

MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ LÓPEZ

Un auténtico Hospital de Campaña al centro de Barcelona..... 75

Un autentico Hospital de Campaña en el centro de Barcelona

An authentic field hospital in the center of Barcelona

FÉLIX SÁNCHEZ, TERESA GENOVER, MONTSERRAT PÉREZ

Proyecto de Cooperación Fundación NED – Hospital Universitario Sagrat Cor..... 80

Projecte de Cooperació Fundació NED – Hospital Universitari Sagrat Cor

Cooperation Project NED Foundation – Sagrat Cor University Hospital

AAMER MALIK

Comentari. Mi experiencia formativa en Ortopedia en Barcelona..... 86

RIFFAT KHALFAN JUMA

CAS CLÍNIC

TeleDerma2..... 88

Síndrome d'Ekbom o deliri de parasitosis..... 89

Síndrome de Ekbom o delirio de parasitosis

Ekbom syndrome or delusional parasitosis

JESÚS GONZÁLEZ RUPÉREZ, DANIEL ROCA LAHIGUERA

Seguridad y Salud en el Entorno Laboral del Hospital. I Jornada de Seguridad y Salud..... 92

SUSANA ALCAIDE SITGES, ROBERTO FRANCISCO DÍAZ

NOTÍCIES..... 96

L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA. METGES DEL SAGRAT COR

El Doctor Francesc Carbonell Solés..... 94

MIQUEL BRUGUERA CORTADA, MERCÈ VIGUER

L'ART DE CURAR. Incògnites, curiositats i relats sorprenents de la història de la medicina.. 97

MIQUEL BRUGUERA I CORTADA

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.
Annals del Sagrat Cor està disponible online a:
<http://www.annalsdelsagratcor.org>

Correspondència: Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. c/ Viladomat 288. 08029 Barcelona.

Tel.: 933.221.111. mail: annals@annalsdelsagratcor.org

Disseny i maquetació: Sònia Poch · spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93



Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor està subjecte a una llicència

Reconeixement-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons

Amb el suport de l'Associació Professional de Metges i Titulats Superiors



APMTS

Assistència, docència, recerca i solidaritat

En aquest número d'*Annals del Sagrat Cor* es tracta la quarta funció de les entitats sanitàries: solidaritat o cooperació. En paraules del Dr. Ramon Soliva, aquesta solidaritat és un valor imprescindible per al funcionament de qualsevol mena de societat, sense la qual no s'entenen les relacions humanes ni la vida en comunitat. Demana rebutjar sense pal·liatius la gran escletxa en serveis de l'atenció medicoquirúrgica entre països, però, tanmateix, en zones d'Europa i Nord d'Amèrica la realitat sanitària no és motiu d'orgull.

Ho ratifica de manera autoritzada el Dr. Raul Muñiz, Director Gerent de l'Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC). El doctor declara que la cooperació mèdica esdevé no només una opció, sinó una responsabilitat moral i humanitària. La cooperació i l'enfortiment dels sistemes de salut en països desfavorits millora la qualitat de vida de la seva gent, contribueix a la seguretat global i l'experiència en aquests entorns i pot enriquir enormement la perspectiva dels nostres professionals, i els dona una visió més àmplia i humana de la seva pròpia professió.

El Sagrat Cor ha col·laborat en diversos projectes de cooperació. Un d'ells és el programa d'accés a cirurgia d'artroplàstia de genoll i de maluc de la població de l'illa de Zanzíbar, a més de formar el personal local, infermeres, traumatòlegs, i anestesiastes. D'aquesta manera aspirem que en un futur pròxim puguin fer les intervencions de manera òptima per a ells mateixos sense necessitat de requerir ajuda externa. El programa de cooperació inclou també la formació a l'HUSC de metges de Zanzíbar per realitzar la seva residència de traumatologia al nostre hospital.

L'Hospital va respondre el 2019 a una demanda de cooperació en el nostre propi entorn. La parròquia Santa Anna havia obert les portes monumentals al centre de Barcelona a persones sense sostre i necessitava suport mèdic per atendre les demandes sanitàries que es presentaven. Fins a l'arribada de la pandèmia per la Covid, trimestralment al claustre de Santa Anna va funcionar com una extensió del Sagrat Cor, amb diverses boxes d'especialitats mèdiques. Va tenir continuïtat amb la ingent feina de Salut Sense Sostre de 2020 a 2025, fins a

l'actual fase de desenvolupament propi que s'explica en l'article dels responsables sanitaris del programa actual.

El Sagrat Cor contribueix amb nombrosos membres del col·lectiu que hi col·laboren de forma desinteressada. Tanmateix, pel que fa a l'atenció d'especialitat i hospitalització i en el desenvolupament d'un projecte d'atenció al carrer encara hi ha camí per recórrer.

No sempre hi són els especialistes quan es fa necessària la seva opinió. Telederma 2 és un magnífic programa que es detalla i s'exemplifica en un cas clínic.

El repte és, mitjançant les experiències, estendre la col·laboració als hospitals de la xarxa de Catalunya i a la nostra pròpia organització. Des de l'Hospital Universitari Sagrat Cor afirmem que és possible, encara que la manera d'aplicar-ho dependrà de cada indret. Incidint en la distància i la proximitat: amb projectes a altres països i assumint el paper dels hospitals a la zona de referència on la tossuda epidemiologia mostra que, entre altres malalties, també la pobresa extrema i el fet de viure sense llar haurien de portar a potenciar la creació d'Unitats d'Atenció al Carrer, les unitats mixtes primària-hospital, i les unitats multidisciplinàries.

S'adjunta el document "Propostes per oferir una millor atenció sanitària a les persones sense llar" elaborat pel Grup de Treball #SalutSenseLlar del CoMB, que està format per quaranta professionals de l'àmbit sanitari i social que en la seva tasca diària atenen persones que es troben en situació de sensellarisme. Aquest grup va sorgir a partir de la celebració a la seu del CoMB de la Jornada #SalutSenseLlar, l'octubre de 2022 i va ser coordinat per la Dra. Beatriu Bilbeny.

CoMB GdeT #salutsensellar. PROPOSTES PER OFERIR UNA MILLOR ATENCIÓ SANITÀRIA A LES PERSONES SENSE LLAR [Internet]. Comb.cat. [Consulta: 1 d'agost de 2025] Disponible a: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/1/0/10459.PDF>



Misión Camerún, Mayo 2018.
Foto original: Lidia Larrosa Ribell.
Ampliación generativa con IA.

Visita la pàgina

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/>

**Les instruccions pels autors
estan disponibles a la pàgina web**

Las instrucciones para los autores
están disponibles en la página web

*The instructions for authors
are available on the website*

Mans que curen, cors que connecten: la cooperació mèdica des dels nostres hospitals

RAUL MUÑIZ

Director Gerent Hospital Universitari Sagrat Cor

A Barcelona, com en moltes ciutats del món desenvolupat, tenim la sort de comptar amb hospitals equipats amb la tecnologia més avançada i professionals de la medicina més ben qualificats. Però, què passa més enllà de les nostres fronteres, en països on l'accés a una atenció sanitària bàsica és un autèntic luxe? És aquí on la cooperació mèdica esdevé no només una opció, sinó una responsabilitat moral i humanitària.

No parlem només d'enviar medicaments o material, tot i que probablement també és un dels punts clau. Parlem d'humanitat: voluntariat, metges, infermeres i altres professionals de sanitat dels nostres hospitals que dediquen el seu temps, coneixements i energia als qui ho necessiten. És una qüestió de solidaritat, d'empatia, de reconèixer que tots som part de la mateixa humanitat.

Tots sabeu de cirurgians, traumatòlegs, infermeres i altres persones dels nostres hospital que, després de setmanes intenses treballant al nostre hospital, decideixen passar les seves vacances en una ciutat de l'Àfrica subsahariana, realitzant intervencions que poden salvar vides o millorar-les radicalment. O una infermera que ensenya tècniques d'higiene i prevenció de malalties a comunitats on la informació és tan escassa com l'aigua potable. Aquests actes, a priori petits, tenen un impacte gegantí.

La cooperació mèdica des dels nostres hospitals va més enllà de la simple caritat. És una inversió en el futur. Enfortir els sistemes de salut en països desfavorits no només millora la qualitat de vida de la seva gent, sinó que també contribueix a la seguretat global, ja que les malalties no coneixen fronteres. A més, l'experiència en aquests entorns pot enriquir enormement la perspectiva dels nostres professionals, donant-los una visió més àmplia i humana de la seva pròpia professió.

És cert que els nostres hospitals tenen les seves necessitats i reptes. Però el voluntariat mèdic, ben organitzat i amb el suport adequat, pot coexistir perfectament amb les nostres responsabilitats locals. De fet, molts professionals que participen en aquestes iniciatives tornen amb una motivació renovada i un agraïment més profund per les condicions de què gaudim aquí.

Des de les institucions sanitàries fins a cada professional individual, tenim l'oportunitat de ser una força de canvi. Promoure el voluntariat, facilitar els permisos i establir convenis amb organitzacions humanitàries. Són passes que podem fer per assegurar que les nostres mans que curen puguin arribar més enllà, connectant cors i construint un món més just i saludable per a tothom. És un deure, però també és un privilegi.



La cooperación médica (y quirúrgica) humanitaria como imperativo moral

RAMÓN SOLIVA DOMÍNGUEZ

Cirujano



Misión de ONG DOA en Antigua, Guatemala. Noviembre/Diciembre 2023. Foto: Dr. Javier Torán

El médico y Premio Nobel de la Paz Albert Schweitzer poseía un sólido pensamiento humanístico, forjado en el trabajo que como misionero desempeñó durante gran parte de su vida en el África ecuatorial. Suyo es el enunciado de un principio que puede ayudar a entender la motivación principal del trabajo humanitario: "Haz algo maravilloso, la gente puede llegar a imitarlo." [1]

Quizás es esta máxima la que explique mejor la importancia -si no, directamente, el aliciente esencial- de la labor del cooperante. El reto es lograr que el ejemplo cunda sobre todo en los lugares donde prestamos ayuda, pero también entre quienes nos rodean.

Más allá de la obvia voluntariedad del trabajo de cooperación humanitaria, existe en la raíz misma de la profesión médica una suerte de obligación moral que la ha definido desde que comenzó a ejercerse. Recordemos nuestro universal Juramento Hipocrático, que guía la práctica ética de la Medicina occidental desde hace 24 siglos [2] o los principios de Asclepios, que pese a los

milenarios transcurridos, diríase enunciados hoy: *...si, indiferente a la ingratitud, si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones, si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; si ansías conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, hazte médico...*" [3].

Precisamente es ese imperativo moral lo que debería hacernos rechazar, sin paliativos, la enorme brecha que separa el acceso a los servicios de atención médico-quirúrgica más elementales, entre los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo. Reconocer esta vergonzante realidad, admitirla y, por supuesto, considerarla inaceptable desde el punto de vista ético, aunque después no actuemos directamente para intentar revertirla, es por lo menos un paso que, como profesionales comprometidos con ese Juramento Hipocrático, en algún momento deberíamos plantearnos todos.

Aun asumiendo que en los últimos 25 años se han logrado importantes avances en la salud mundial, es evidente que el progreso está lejos de ser uniforme y, sobre todo, justo. La mortalidad y la morbilidad por afecciones comunes que requieren cirugía han aumentado en las regiones más pobres del mundo, tanto en términos reales como en relación con otros avances sanitarios. A la vez, el desarrollo de atención quirúrgica y anestésica segura, esencial y que salva vidas en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM) se ha estancado o retrocedido. En ausencia de esta atención, las tasas de letalidad son altas para afecciones comunes y fácilmente tratables, como apendicitis, hernia, fracturas, parto obstruido, anomalías congénitas y cáncer de mama y de cuello uterino [4]. En estos PIBM, la mortalidad anual asociada a afecciones cuya solución precisa de servicios quirúrgicos y anestésicos básicos, supera actualmente la provocada por VIH-SIDA, tuberculosis y malaria [5,6]. Existen 5000.000.000 de personas con dificultad de acceso a servicios quirúrgicos y 2000.000.000 sin posibilidad de acceso alguno [7] y las perspectivas sugieren que estas cifras empeorarán en los próximos años [8,9].

África tiene la menor tasa de cirujanos, obstetras y anestesiistas del planeta (por cada 100.000 habitantes, 0,5, 0,1 y 0,3 respectivamente); la comparación con, por ejemplo, Europa (36,2, 15,7 y 18,2 respectivamente) [6], linda con lo escandaloso.

Las tasas africanas de cirugía mayor son, como mínimo, 20 veces más bajas, en promedio, que en los países occidentales más desarrollados, con grandes variaciones entre lugares y momentos [6,7].

Aunque sin duda extrema, no se debe considerar el africano un fenómeno único: en muy extensos territorios de Asia, la mayor parte de América Latina y -no nos sonrojemos-, nada desdeñables zonas de Europa y Norteamérica donde la realidad sanitaria no es como para enorgullecerse [10-11].

Como en todo hecho complejo, las explicaciones nunca son únicas, y se señalan diferencias demográficas, de patrones de morbilidad, características socio-económicas de las poblaciones y recursos sanitarios disponibles. En la mayoría de los análisis, no obstante, parece intuirse una falta de decisión (¿exceso de corrección política mal entendida?) en el momento de identificar el motivo primigenio y fundamental del problema: el orden económico internacional imperante fracasa de manera escandalosa en su capacidad de dar respuesta a las necesidades (también, claro, las de Salud) de la gran mayoría de los habitantes de la Tierra. Y, en las minoritarias bolsas de excepción que componen el mundo desarrollado, la falta de voluntad política por parte de los gobiernos, así como la acomodaticia hipocresía de la ciudadanía, suponen un pesado freno ante la posibilidad de cualquier cambio en otro sentido.

El término *humanitarismo* implica la ejecución de acciones encaminadas a promover el bienestar humano y evitar el sufrimiento ajeno [12]. La Medicina es, por definición, una disciplina encargada, en esencia, de eso y, por lo mismo, parece claro que su ejercicio debería llevar implícito este enfoque en todo momento [2,3].

La ACNUR define el trabajo humanitario internacional como la práctica de prestar un servicio a comunidades, grupos sociales o personas vulnerables, que se encuentren en un destino del extranjero, basado en la solidaridad, el compromiso social, la empatía, cooperación y altruismo [13]. En condiciones normales, esa solidaridad es un valor imprescindible para el funcionamiento de cualquier tipo de sociedad, sin la que no se entienden las relaciones humanas ni la vida en comunidad.

Por y para eso, más allá de las esferas gubernamentales y empresariales, no es infrecuente que la ciudadanía se asocie en organizaciones cuya financiación puede tener diversas fuentes, pero en las que el bien social como objetivo, la autogestión y la voluntariedad suelen ser la norma; también en tareas de cooperación.

Vivido el primer cuarto del siglo XXI, qué lejos -y utópico- parece quedar ya aquel compromiso de la OMS de ofrecer "Salud para todos en el año 2000" [14], bajo cuya perspectiva nos formamos varias generaciones de médicos en el mundo, la mayoría de las cuales seguimos actualmente en plenitud profesional. Y, sin embargo, como acabamos de ver, está claro que el lema continúa teniendo plena vigencia.

Las diferentes sociedades científicas y profesionales e instituciones sanitarias, institutos de investigación, hospitales de diferente nivel y centros de atención primaria que aspiren a la excelencia, tienden cada vez más a situar en similares planos de importancia las labores de asistencia, docencia, investigación y cooperación [15].

Los desafíos planteados por el rápido e imparable reajuste en la polaridad en el mundo y la aceleración del cambio climático marcan ya, directa o indirectamente, las agendas de los máximos responsables sanitarios a nivel global, y representan una realidad a la que todas las especialidades médicas y quirúrgicas no deberían dar la espalda: sin ir más lejos, nuestra presencia en zonas de guerra y desastre es, de hecho, cada vez más frecuente y necesaria.

Hace casi 5 décadas, el ecofilósofo francés André Gorz pretendió advertir: "La humanidad ha necesitado 30 siglos para tomar impulso y tiene 30 años para frenar antes del abismo" [16]. Dado que todo parece indicar que no hemos sido capaces de lograrlo, al menos podríamos, con nuestro trabajo y también con nuestro ejemplo, intentar disminuir el estrépito de la caída.



Misión Camerún 2018.
Foto: Lidia Larrosa Ribell.

Referencias bibliográficas

- [1]. Gur T. 25 quotes by Albert Schweitzer [Internet]. Elevate Society. 2023 [Consulta 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://elevatesociety.com/quotes-by-albert-schweitzer/>
- [2]. Colaboradores de Wikipedia. Juramento hipocrático [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2025 [Consulta 3 de abril del 2025]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_hipocratico/
- [3]. Los consejos de Esculapio [Internet]. Bioeticaweb.com. [Consulta 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/los-consejos-de-esculapio/>
- [4]. Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_31-sp.pdf
- [5]. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf>
- [6]. Biccard BM, Madiba TE, Kluyts HL, et al. Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *Lancet*. 2018;391(10130):1589-1598.
- [7]. Funk LM, Weiser TG, Berry WR, et al. Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: an estimation from reported data. *Lancet*. 2010; 376(9746):1055-61.
- [8]. Luboga S, Macfarlane SB, Von Schreeb J, et al. Increasing access to surgical services in sub-saharan Africa: priorities for national and international agencies recommended by the Bellagio Essential Surgery Group. *PLoS Med*. 2009; 6(12):e1000200. doi: 10.1371/journal.pmed.1000200
- [9]. Hoyler M, Finlayson SR, McClain CD, et al. Shortage of doctors, shortage of data: a review of the global surgery, obstetrics, and anesthesia workforce literature. *World J Surg*. 2014; 38(2):269-80.
- [10]. OPS: América Latina y el Caribe podrían enfrentar una "avalancha de problemas de salud" si continúa interrupción de servicios de salud [Internet]. Paho.org. [Consulta 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/28-7-2021-ops-america-latina-caribe-podrian-enfrentar-avalancha-problemas-salud-si>
- [11]. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. [Consulta 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
- [12]. UNHCR Emergency Handbook. Principios humanitarios [Internet]. UNHCR. [Consulta 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://emergency.unhcr.org/es/proteccion/C3%B3n/principios-de-proteccion/C3%B3n/principios-humanitarios>
- [13]. Conoce el trabajo humanitario internacional [Internet]. eAcnur. 2017 [Consulta 2 de julio de 2025]. Disponible en: https://eacnur.org/es/blog/conoce-trabajo-humanitario-internacional-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst
- [14]. Colaboradores de Wikipedia. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2025 [Consulta 17 de mayo 2025]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Conferencia_Internacional_sobre_Atencion Primaria de Salud de Alma Ata&oldid=167443859
- [15]. BOE-A-2015-11072 Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado [Internet]. Boe.es. [Consulta 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/14/45>
- [16]. Valdivieso Navarro J. André Gorz, Michel Bosquet, precursor de la ecología política. *Ecología Política*. 2007; 34:119-23. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/265906359_Andre_Gorz_Michel_Bosquet_precursor_de_la_ecologia_politica

La medicina a l'altre món

ALBERT ISIDRO

Traumatòleg

"No se puede trabajar así"

"Hakuna hii"

La primera frase, "no se puede trabajar así", és d'un resident de darrer any de cirurgia ortopèdica i traumatologia davant la manca d'una peça (no estrictament necessària) de la instrumentació en el transcurs d'una intervenció reglada.

La segona expressió, "hakuna hii" (no n'hi ha d'això), és el *mantra* constant que es pot escoltar en els quiròfans quan s'opera en països del Tercer Món.

Aquesta dualitat extrema és la que em va fer captar la idea que compartia l'Aamer (Tutor de COT): era bo que la gent que formàvem a l'hospital, amb tots els recursos del món occidental i, que de tant en tant anaven una mica "sobrats", veiessin de primera mà la medecina que existia en els altres dos terços del món.

D'aquí va sorgir el NED – HUSC Orthopedics, el primer projecte integral de Cooperació Internacional centrat en la formació bidireccional. La idea es basa en la formació pràctica del R5 de COT del nostre hospital en sanitat exterior en països sotsdesenvolupats, així com la formació de personal sanitari africà en el nostre país.

La idea va ser ben rebuda als fòrums de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especialitzada (SEFSE) en dos dels Congressos Nacionals de SEFSE AREDA (Asociación de Redes Docentes y asesoras). El primer congrés va ser *on-line*, per la pandèmia el 2021; i el segon va ser presencial, a Santander, l'any 2023. Malgrat les suspicàcies inicials, i tenint en compte que els residents són éssers vius autònoms i no tutelats fins a nivells preocupants per part de determinades persones de l'Administració, com a cap d'estudis i director de Docència vaig defensar la idoneïtat d'aquesta formació (rotació opcional i optativa) que, fins avui, han realitzat dos dels nostres R5.

El focus principal del Projecte és formar personal mèdic i d'infermeria en l'ensenyament de la cirurgia protètica de grans articulacions (maluc i genoll). Aquesta faceta va ser duta a terme principalment pel Coordinador del Projecte, el Dr. Aamer Malik, responsable de la Unitat de Maluc del nostre Hospital.

A mi personalment em va tocar la secció de "miscel·lània", centrada principalment en la patologia infecciosa i tumoral. Si els malalts susceptibles de tractament quirúrgic en cirurgia protètica de maluc i de genoll eren i són casos "depassés"



Foto: Albert Isidro

en el nostre àmbit, imagineu-vos els casos de tumors i infeccions.

La majoria d'ells serien considerats no tractables en el nostre àmbit, però allà, primerament en el Mmazi Moja Hospital i després en Lumumba Hospital, era gent que, des d'un punt de vista humà, no se'ls podia dir un NO per resposta.

Sota aquesta premissa vàrem haver d'actuar, sovint, de forma paliativa, en casos molt complexos, sabent que després de nosaltres no hi hauria cap altra solució.

En aquest punt ens adonem de la capacitat de patiment de la gent amb escassos recursos i que esperen quelcom del metge vingut d'occident.

Dos pacients, especialment i durant la primera missió, em van colpir d'una manera que mai oblidaré. Una era una noia de 18 anys amb un Sarcoma d'Ewing al genoll amb metàstasis pulmonars disseminades i que demandava tractament. Ni tan sols el fet d'amputar-li l'extremitat resoldria ni de bon tros el seu problema, en el pas de visita d'una setmana després ja no hi era. El segon era una noia de la mateixa edat que esperava



Figura 1. Sarcoma de parts toves



Figura 3. Elefantiasi per infestació de filària



Figura 2. Tumoració lipoide, pre i post (12 mesos) exèresi

dreia a entrar al quiròfan, sense cap paraula de dolor, i que tenia una peritonitis aguda a causa d'una perforació d'una massa abdominal tumoral. Va romandre així durant tot al matí fins que els companys xinesos van poder portar-la a quiròfan.

Sovint la mirada, profunda i inquisitorial, d'aquests malalts m'acompanya els meus dies i em fa relativitzar alguna de les banalitats mèdiques a les quals estem acostumats en el nostre món.

Les patologies presents en aquests tipus de malalts són la representació de "la història natural de la malaltia", el desenvolupament natural de la malaltia sense tractament a través dels temps i la història personal de cadascun dels pacients en països on anar al metge no és que sigui fàcil, sovint és impossible.

La complexitat dels malalts va acompanyada de la precarietat dels mitjans (de tota mena) i això és enriquidor tant per mi com per la gent que m'assisteix.

La màxima es podria concretar amb la frase: tens un pacient que ha vingut de molt lluny i confia en tu, has de fer quelcom amb allò que tens (meravellosa experiència pels nostres residents).

Sóc cirurgià ortopèdic des de fa més de 35 anys, el meu camp d'especialització són els tumors de l'aparell locomotor, en el cas de la medicina en aquesta regió de l'Àfrica Oriental, he tingut força problemes a diferenciar malaltia infecciosa i tumoral.

El simple fet de desbridar pseudotumors que després han estat diagnosticats (*de visu*) d'infeccions, principalment tuberculosi, ha fet

que els malalts canviéssim com la nit i el dia i això, en el nostre opulent món tecnificat i ultra demandant, no és normal.

El, sempre present, canvi cultural, sovint ens fa alterar les nostres indicacions terapèutiques. En aquest context, es va intervenir en casos molt complexos que probablement haurien hagut de ser tractats amb amputació. Però, a l'Àfrica, és molt difícil fer entendre que una persona es pugui beneficiar d'aquest tipus d'alternativa quan la causa està focalitzada, com va ser el cas d'un infant de 8 anys amb un possible sarcoma sinovial i el TC toràcic net.

Altres casos són merament pal·liatius i evidentment sense respectar els marges de la lesió, però s'ha d'actuar com és el cas d'un sarcoma de parts toves a la cuixa (Figura 1) que ulcerava la pell de dins cap a fora i que es va sotmetre a una cirurgia que, davant la manca de suport vascular, no es va poder ressecar del tot.

També, és important fer-ho palès, hi va haver casos on el diagnòstic de presumpció fou erroni. Com el cas d'una tumoració vascular a la part dorsal del turmell, que després d'una hora d'intervenció vaig ser incapaç de trobar el recurs tècnic per treure'l completament (*errare humanum est, ignorare divinum*).

Tot recordant el món occidental i, en concret, el nostre hospital, em ve al cap l'existència d'un "boom" de cirurgia estètica, que no reparadora. En el món africà sovint aquest concepte té connotacions diferents. Vaig tenir l'oportunitat d'intervenir un cas i d'ajudar en un altre. El primer cas era una tumoració de lipomatosis gegant a la zona dorsal en una noia de 17 anys. Les imatges eren suggestives de tumoració lipoide benigne, però el seu vo-

lum feia molt difícil que es pogués casar. No va ser senzill fer l'exèresi total de la lesió i, molt menys, tancar la pell. Després d'un any el resultat era bo tot i els enormes cicatrius queloides (complicació força freqüent amb aquest tipus de pell) que li van quedar (Figura 2).

L'altre vaig poder ajudar al cirurgià general de l'Hospital en una elefantiasi de la cama, en un noi, deguda a una infestació per filària (Figura 3).

La Cooperació Internacional en Sanitat no es podria entendre com a una qüestió d'exclusivitat. Així, en els hospitals on hem actuat hi ha sovint equips d'altres nacionalitats. En el cas de Zanzíbar, la implantació més potent és la de la Xina. Equips de cirurgians generals, cirurgians pediàtrics, anestesistes i obstetres mantenen equips permanents a l'illa. El seu nivell d'efectivitat

sense cap dubte no té paral·lel amb cap altre equip de professionals que, de manera esporàdica, actuen en la sanitat del país. Jo, que habitualment en el nostre hospital, em faig càrrec dels casos més o menys complexos de tumors de l'aparell locomotor, vaig quedar astorat en veure actuar l'equip xinès en un cas (per mi extremadament complex) d'un sarcoma del retroperitoneu amb una resecció radical, inclòs un lòbul hepàtic, que se'm fa difícil d'entendre en aquest àmbit sanitari.

Però l'Àfrica és diferent, en acabar el programa quirúrgic teníem sovint idees contraposades sobre si: "realment he fet el correcte?" o "avui he salvat/millorat a una persona?". Això queda en l'enteniment de cadascú. La mirada perduda que des de l'Hospital es té de l'oceà Índic, ens farà, amb el temps, estructurar aquests sentiments.

La política de salud pública en el departamento de ortopedia de Zanzíbar

DR. RIFFAT KHALFAN JUMA

Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Este artículo explora la evolución del departamento de ortopedia del Hospital Mnazi Mmoja en Zanzíbar y su compleja relación con las políticas estatales de salud, la negligencia sistémica y la interferencia política. Anteriormente integrado en cirugía general, el departamento se consolidó como unidad independiente gracias a la visión y dedicación del Dr. Shaib Yussuf Maalim —el único cirujano ortopédico de la isla en ese momento— y un equipo de médicos formados en traumatología. Aunque seguían la política gubernamental de atención sanitaria gratuita, estos profesionales desarrollaron medios alternativos para ofrecer atención traumatológica esencial frente a una profunda negligencia institucional. El gobierno, sin embargo, respondió con acoso y acusaciones de corrupción. Este artículo destaca la resiliencia de los trabajadores sanitarios, los dilemas éticos que enfrentaron y el fracaso sistémico del Estado zanzibari para respaldar servicios quirúrgicos esenciales para su población.

Durante años, la atención traumatológica y ortopédica en Zanzíbar estuvo relegada a un papel subsidiario dentro del departamento de cirugía general. Esta estructura resultó inadecuada para abordar la creciente carga de lesiones musculoesqueléticas en la isla. En respuesta, se produjo un

cambio significativo bajo el liderazgo del Dr. Shaib Yussuf Maalim —el único cirujano ortopédico capacitado en Zanzíbar— junto a un grupo de doctores generalistas con experiencia en traumatología. Abogaron por y lograron establecer un departamento de ortopedia independiente en el Hospital Mnazi Mmoja, el centro de referencia nacional.

El partido gobernante en Zanzíbar, Chama Cha Mapinduzi (CCM), promueve una política de salud que promete acceso universal y gratuito a los servicios para todos los ciudadanos. En la práctica, esta política solo cubre el nivel básico de atención: consultas gratuitas, antibióticos y analgésicos básicos. Sin embargo, la atención ortopédica implica mucho más: las cirugías traumatológicas requieren implantes, material quirúrgico, equipos avanzados de esterilización y rehabilitación postoperatoria.

Ante esta realidad, y en ausencia de implantes proporcionados por el gobierno, el equipo de ortopedia decidió tomar la iniciativa. Comenzaron a importar implantes de países como India y los ofrecieron a precios asequibles. Mientras que la cirugía se mantenía gratuita conforme a la política nacional, los implantes se vendían por separado. Este modelo híbrido permitió tratar a pacientes que, de otro modo, no habrían recibido atención, reducir la congestión hospitalaria y sostener económicamente a los profesionales en un sistema donde un especialista gana menos de 400 euros al mes.

Este modelo de atención, desde la base, fue ético, pragmático y salvavidas, pero reveló una dura realidad: el sistema de salud de Zanzíbar no era verdaderamente gratuito. A medida que se difundía que los pacientes debían pagar por los implantes, surgieron tensiones tanto dentro como fuera del hospital.

El personal de otros departamentos comenzó a exigir una parte de los ingresos por los implantes, alegando que también formaban parte del servicio. Esto provocó un aumento en el coste del tratamiento y comenzó a crecer el descontento público. En lugar de abordar los problemas de fondo, el Ministerio de Salud inició una campaña de acoso contra el departamento de ortopedia. Se acusó a los médicos de corrupción, a pesar de haber actuado con transparencia y al servicio de pacientes que, de otro modo, no habrían sido atendidos. No hubo ningún esfuerzo estatal por suministrar los implantes necesarios.

Lo que siguió no fue una rendición de cuentas, sino una persecución. Los funcionarios del Ministerio, en lugar de invertir en el departamento de ortopedia, tendieron trampas a los cirujanos colaborando con familiares de pacientes para grabar conversaciones y fabricar escenarios de soborno. Un cirujano fue atrapado en una de estas operaciones encubiertas y suspendido temporalmente, pero debido a la grave escasez de especialistas en la isla, fue finalmente reincorporado.

Mientras tanto, los suministros en el Hospital Mnazi Mmoja empeoraron aún más. Los pacientes eran ingresados y colocados en el suelo por falta de camas. Los pacientes con fracturas eran movilizados con cajas de cartón en lugar de férulas. Las heridas abiertas permanecían sin tratar por falta de suturas, gasas o antisépticos. Los hospitales pasaban días sin solución salina ni vendas. El personal sanitario comenzó a llevar materiales básicos desde casa y los vendía a precio de coste a los pacientes necesitados. Aunque salvavidas, esta práctica fue criminalizada por el Estado. Cirujanos y enfermeras fueron detenidos, trasladados y acosados por intentar salvar vidas ante la ausencia de apoyo institucional.

Hoy, Zanzíbar cuenta con cinco cirujanos ortopédicos capacitados. Trágicamente, ninguno de ellos trabaja a tiempo completo en el sistema público. Años de acoso, bajos salarios y daño moral los han empujado al sector privado, dejando a los ciudadanos más pobres con un acceso mínimo a la atención traumatológica esencial. La falta de provisión de implantes, financiación de departamentos y protección del personal médico por parte del Estado ha provocado un colapso moral y operativo en la atención ortopédica pública. Este artículo hace un llamado al Ministerio de Salud y a los socios internacionales para que reconozcan el papel crítico de la cirugía ortopédica en la salud pública y respalden modelos sostenibles, éticos y dignos de atención traumatológica en Zanzíbar.

Colaboración HUSC y Fundación NED

IVÁN DARÍO GÓMEZ RAMÍREZ

Adjunto Anestesiología HUSC

Las dos últimas semanas de noviembre del 2024, viajamos en el programa de cooperación internacional a Zanzíbar, una isla del África oriental, gracias a la colaboración que realiza el HUSC y la Fundación NED en su división Trauma.

El objetivo de esta colaboración es proporcionar acceso a la población de la isla a cirugía de artroplastia de rodilla y cadera, además de formar al personal local, enfermeras, traumatólogos, anestesistas en todos los protocolos asociados al ámbito quirúrgico de este tipo de cirugías. De esta manera, aspiramos a que en un futuro próximo puedan realizar las intervenciones de manera óptima por ellos mismos sin necesidad de requerir ayuda externa. El programa de cooperación incluye también la formación en el HUSC de médicos de Zanzíbar para realizar su residencia de traumatología en nuestro hospital.

Al ser la segunda vez que participaba en la misión ya tenía conocimiento del terreno, caracte-

rísticas del hospital, material con el que cuentan, nivel de formación del personal en anestesia, tramitación de solicitud de hemoderivados, tiempo de duración y complejidad de las cirugías. Ello permitió realizar la solicitud a la Dirección del HUSC para que nos suministrara el material necesario para realizar las cirugías con la máxima seguridad para los pacientes y el personal. Tuvimos una respuesta positiva y se nos permitió llevar casi 50 kg de material de anestesia entre medicamentos y dispositivos de frecuente uso. Con el certificado del material donado por medio de la Fundación NED se realizó el trámite de acreditación de aduana ante el ministerio de drogas y alimentos de Zanzíbar para que permitieran su ingreso al país.

Durante estas dos semanas tuve la oportunidad de participar en aproximadamente 15 cirugías de prótesis entre caderas y rodillas, además de otras cirugías oncológicas y de fracturas.



Instituto NED a la derecha, dentro del complejo del Hospital Mnazi Mmoja

Nuestro día a día en el HUSC es un ambiente muy controlado donde todos los protocolos y las conductas de actuación están bastante claras y la disposición de los recursos está prácticamente a la mano. En cambio, en nuestros días en Zanzíbar lo que predominaba era una constante sensación de incertidumbre donde hay que estar atento a todos los detalles del proceso Anestésico-quirúrgico ya que los protocolos allí no están tan bien estructurados, y el proceso perioperatorio era bastante caótico. También tocaba saber llevar la incertidumbre de los tiempos en las cirugías. Por ejemplo, un procedimiento que en nuestro hospital tiene una duración aproximada de 2 horas, en Zanzíbar podrían ser 4 o 5 horas con lo que eso implica para nuestras decisiones anestésicas.

Salir de nuestra zona de confort siempre es algo positivo para la vida profesional y personal, enfrentarte a nuevos retos, nuevas experiencias, vivir inmerso en una cultura diferente a la tuya te da la posibilidad de entender el mundo desde otra perspectiva y te ayuda también a valorar de una forma diferente tu cotidianidad. Además, esta experiencia refuerza tu capacidad de resolver problemas y tomar decisiones de una manera totalmente diferente a lo que lo harías en tu ámbito hospitalario de referencia.

También quiero resaltar la labor de todo el equipo, traumatólogos: Dr. Albert Isidro, Dr. Bruno Smeyers, enfermera: Agustina Rodríguez, con una máxima implicación y apoyo al proyecto. Durante la primera semana éramos dos anestesiólogos: Dr. Francisco Muñoz y yo. Ayudándonos en los procedimientos y toma de decisiones y en la segunda semana, Agustina, que es la instrumentista de traumatólogos, me ayudaba de enfermera de anestesia en el momento de realizar los procedimientos.

Quiero destacar y agradecer especialmente el trabajo, la implicación y dedicación del Dr. Aamer Malik, coordinador, por su gran experiencia en el país, su manejo del idioma y cercanía con la gente local que favoreció la resolución de cualquier problema que se pueda ir presentando, da mucha tranquilidad tenerlo al frente del equipo. Poder contar también con la presencia del Dr. Riffat Juma, residente de tercer año de traumatología de nuestro hospital venido desde Zanzíbar, fue la clave para coordinar la programación quirúrgica y hacer de puente entre nosotros y la gente local. Facilitó enormemente la comunicación con los pacientes que en su gran mayoría no se comunican en inglés y también nos ayudó en la solución de los diferentes problemas que se podían presentar en el día a día.



Por último, una mención especial a las directivas del Hospital que nos han facilitado organizar nuestro horario laboral, nos han dado el apoyo financiero y nos han permitido viajar con el máximo material posible para desempeñar nuestra labor de forma cómoda, segura y eficaz. A pesar de las dificultades, su ayuda favorece que sigamos animados a volver a viajar y a seguir desarrollando este proyecto.

Campañas de cooperación quirúrgica en Rurrenabaque, Bolivia: análisis de seis misiones (2014-2016, 2022-2024)

Campanyes de cooperació quirúrgica a Rurrenabaque, Bolívia: anàlisi de sis missions (2014-2016, 2022-2024)

Surgical cooperation campaigns in Rurrenabaque, Bolivia: analysis of six missions (2014-2016, 2022-2024)

RAMÓN SOLIVA DOMÍNGUEZ

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari Sagrat Cor, Quirónsalud.

RESUMEN

Antecedentes: Las enfermedades quirúrgicas representan una parte importante de la morbilidad a nivel mundial y tienen un gran impacto en la salud pública de los países con rentas bajas y medias. Este artículo analiza los resultados de seis campañas de cooperación quirúrgica realizadas en Rurrenabaque, Bolivia, los años 2014-2016 y 2022-2024.

Métodos: Las misiones quirúrgicas implican un viaje de dos semanas a Rurrenabaque, Bolivia, para brindar atención quirúrgica general esencial a una población rural desatendida. Las dificultades de traslado implican que cada misión suponga 10 jornadas de actividad quirúrgica. Colaboramos con el personal sanitario local en la formación y atención intraoperatoria y perioperatoria.

Resultados: Se realizaron 432 procedimientos quirúrgicos en 397 pacientes. La mayoría de los casos fueron colecistectomías laparoscópicas (42,5%) seguidas de hernias inguinales (28,4%) y umbilicales (10,1%). Se realizó cirugía laparoscópica en el 43,5% de los casos, con una tasa de conversión del 1% (2 casos); y el 29,5% fueron pacientes ambulatorios. Hubo 11 casos (2,8%) de complicaciones postoperatorias, 3 (0,8%) reintervenciones y la mortalidad se mantuvo en cero.

Conclusiones: Se aprecia una evolución positiva en términos de eficiencia, seguridad y complejidad de los procedimientos realizados, con un enfoque creciente en la cirugía mínimamente invasiva y el manejo ambulatorio de los pacientes. Consideramos recomendable continuar con estas iniciativas y fortalecer la capacitación local, mejorando las condiciones y la formación continua, para garantizar la sostenibilidad a largo plazo.

RESUM

Antecedents: Les malalties quirúrgiques representen una part important de la morbiditat a escala mundial i tenen un gran impacte en la salut pública dels països amb rendes baixes i mitjanes. Aquest article analitza els resultats de sis campanyes de cooperació quirúrgica realitzades a Rurrenabaque, Bolívia, els anys 2014-2016 i 2022-2024.

Mètodes: Les missions quirúrgiques impliquen un viatge de dues setmanes a Rurrenabaque, Bolívia, per brindar

Palabras clave: Bolivia; Cirugía general/ estadística y datos numéricos; Cooperación internacional; Misiones médicas/ estadística y datos numéricos; Organizaciones no gubernamentales.

Paraules clau: Bolívia; Cirurgia general/ estadística i dades numèriques; Cooperació internacional; Missions mèdiques/ estadística i dades numèriques; Organitzacions no governamentals.

Keywords: Bolivia; Non-Governmental Organizations; General Surgery/ statistics and numerical data; International Cooperation; Medical missions/ statistics and numerical data.

Recibido: 2-junio-2025

Aceptado: 3-julio-2025

Correspondencia: rsolivad@gmail.com

Soliva Domínguez R. Campañas de cooperación quirúrgica en Rurrenabaque, Bolivia: análisis de seis misiones (2014-2016, 2022-2024). *Ann Sagrat Cor*. 2025; 32 (2): 60-65

atenció quirúrgica general essencial a una població rural desatesa. Les dificultats de trasllat impliquen que cada missió suposi 10 jornades d'activitat quirúrgica. Vam col·laborar amb el personal sanitari local en la formació i atenció intraoperatoria i perioperatoria.

Resultats: Es van realitzar 432 procediments quirúrgics en 397 pacients. La majoria dels casos van ser colecistectomies laparoscòpiques (42,5%) seguides d'hèrnies inguinals (28,4%) i umbilicals (10,1%). Es va fer cirurgia laparoscòpica en el 43,5% dels casos, amb una taxa de conversió de l'1% (2 casos); i el 29,5% van ser pacients ambulatoris. Hi va haver 11 casos (2,8%) de complicacions postoperatories, 3 (0,8%) reintervencions i la mortalitat s'ha mantingut a zero.

Conclusions: S'aprecia una evolució positiva en termes d'eficiència, seguretat i complexitat dels procediments realitzats, amb un enfocament creixent a la cirurgia mínimament invasiva i el maneig ambulatori dels pacients. Considerem recomanable continuar amb aquestes iniciatives i enfortir la capacitat local, millorant les condicions i la formació continuada, per garantir la sostenibilitat a llarg termini.

ABSTRACT

Background: Surgical conditions account for a significant portion of the global burden of disease and have a substantial impact on public health in low- and middle-income countries. In this article, we analyzed the results of six surgical cooperation campaigns conducted in Rurrenabake, Bolivia, between 2014-2016 and 2022-2024.

Methods: Surgical missions involve a two-week trip to Rurrenabake, Bolivia, to provide essential general surgical care to a rural, underserved rural population. Travel constraints mean that each mission involves 10 days of surgical activity. We collaborate with local healthcare personnel in training and in both intraoperative and perioperative care.

Results: A total of 432 surgical procedures were performed in 397 patients. Most cases were laparoscopic cholecystectomies (42.5%), followed by inguinal (28.4%) and umbilical (10.1%) hernias. Laparoscopic surgery was performed in 43.5% of cases, with a conversion rate of 1% (2 cases); and 29.5% were outpatients. There were 11 cases (2.8%) of postoperative complications, 3 (0.8%) reoperations, and the mortality rate has remained at zero.

Conclusions: Positive progress has been seen in terms of the efficiency, safety, and complexity of the procedures performed, with a growing focus on minimally invasive surgery and outpatient management. We consider it advisable to continue these initiatives and strengthen local training, improving conditions and continuing education, to ensure long-term sustainability.

INTRODUCCIÓN

Las campañas de cooperación quirúrgica en países en desarrollo son una herramienta fundamental para mejorar el acceso a la atención quirúrgica en áreas con recursos limitados [1].

Rurrenabake es capital del municipio homónimo en la provincia José Ballivián, en el oeste del Departamento del Beni, en la Amazonía Boliviana, próximo a áreas protegidas muy diversas del noroeste del país. El municipio, con una superficie de 4800 km², se ubica al extremo oeste del Departamento del Beni, en las últimas estribaciones de la cordillera de los Andes y en el inicio de los llanos orientales. La ciudad de Rurrenabake se sitúa a 355 km de la ciudad de Trinidad, la capital departamental, y a 450 km de la ciudad de La Paz. Según el censo de 2024, tiene una población de 21.018 habitantes. El 60% corresponde al territorio de la reserva ecológica y en el 40% restante se ubica la población urbana, la zona de asentamientos de migrantes de otras localidades del país y las llanuras [2].

Denok Osasunaren Alde / Todos por la Salud (DOA) es una organización no gubernamental para el desarrollo (ONG-D) con sede en Euskadi, fundada en 2002 e inscrita en el Registro de Asociaciones del Gobierno Vasco bajo la Sección 1ª nº AS/G/09718/2002 y en el Registro de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo de la Agencia Española de Cooperación Internacional de España (AECID) [3].

Desde su constitución, su motivación principal se centra en la atención quirúrgica especializada a personas sin recursos, formación a personal sanitario e intercambio de experiencias, atención integral a mujeres e indígenas primero en Guatemala y, desde el año 2005, también en distintas poblaciones del departamento amazónico de Beni, Bolivia. Hasta la fecha, se han realizado -en 22 años- 142 misiones quirúrgicas, habiendo desplazado a 3.050 voluntarios y atendido a 25.108 pacientes, con 9.101 intervenciones quirúrgicas realizadas; además, 12.632 ecografías y estudios radiológicos, 537 tratamientos ortopédicos (pró-



Rurrenabake, misión DOA Cirugía General, junio 2016.

tesis, órtesis, etc). Asimismo, ha formado 2.654 profesionales locales del ámbito de la salud (especialistas médicos, personal de enfermería y estudiantes de la carrera de enfermería, técnicos, etc.).

Este artículo presenta un análisis detallado de los resultados de seis misiones de cooperación quirúrgica en Rurrenabake, concretamente las correspondientes a los años de 2014 a 2016 y de 2022 a 2024. Se aborda la actividad quirúrgica en términos de volumen de pacientes atendidos, tipo de intervenciones realizadas, y los resultados postoperatorios. Se pone un enfoque especial en los procedimientos laparoscópicos, la tasa de ambulatorización, las complicaciones y la mortalidad. Los datos incluyen una desagregación por sexo, edad, tipos de anestesia, porcentaje de

procedimientos ambulatorios, y otros factores relevantes, destacando el impacto de la cooperación quirúrgica en el bienestar de la población local y los resultados clínicos.

MÉTODO

Se recopilaron los datos de seis misiones quirúrgicas realizadas en 2014, 2015, 2016, 2022, 2023 y 2024.

En el período 2017-2019 la cooperación con Rurrenabaque se interrumpió por falta de convenio y trabajamos durante esos años en otro Departamento, en el municipio de Riberalta. Durante los años 2019 y 2020, las misiones se interrumpieron a consecuencia de la pandemia SARS-CoV-2.

Aunque el núcleo principal del equipo de voluntarios se ha mantenido inalterado en gran parte del período estudiado, se han producido incorporaciones y salidas por motivos diversos.

Por lo general, con mínimas variaciones de una a otra, las misiones implican la movilización desde España de equipos constituidos por: 4 enfermeras, 1 técnico de electromedicina, 1 o 2 anestesistas, 1 radióloga y 1 a 3 cirujanos, durante aproximadamente 16 días. Dado lo intrincado del lugar, el desplazamiento de ida y vuelta del equipo supone entre 4 y 5 días de viaje, con lo que las jornadas efectivas de trabajo suelen ser 10. Una de ellas se

dedica a la puesta en marcha del quirófano y a la valoración preoperatoria de pacientes previamente seleccionados por los médicos locales, así como para la configuración del programa quirúrgico y las restantes 9 para actividad quirúrgica.

Se analizan y tabulan los datos recopilados, expresados en porcentajes y tasas los datos recopilados durante las misiones quirúrgicas realizadas en los años mencionados.

Las variables consideradas incluyen el volumen de pacientes atendidos en consulta, pacientes intervenidos, tipo de intervención, complicaciones, mortalidad, tipos de anestesia y duración de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Los datos generales y demográficos de las seis misiones quirúrgicas estudiadas (Tabla 1). En total, las misiones comprendieron 64 jornadas quirúrgicas. Cabe destacar que se atendieron en consulta 586 pacientes, en evaluación inicial, de los cuales 397 fueron intervenidos quirúrgicamente en 432 procedimientos.

Es importante destacar que la colecistectomía ha sido el procedimiento laparoscópico más frecuente en todas las misiones, representando la mayoría de las intervenciones mínimamente invasivas realizadas (Tabla 2).

Tabla 1. Datos generales y demográficos

	2014	2015	2016	2022	2023	2024	Total
Jornadas quirúrgicas	13	11	11	9	10	10	64
Pacientes atendidos en consulta	152	99	72	77	83	103	586
Pacientes intervenidos	67	55	55	70	69	81	397
Rango de edad (años)	4 – 81	8 – 77	7 – 81	14 – 82	7 – 90	3 – 91	3-91
Sexo							
• Hombres	35 (52,2%)	14 (25,5%)	18 (32,7%)	33 (47,2%)	30 (43,5%)	33 (40,7%)	163 (41,05%)
• Mujeres	32 (47,8%)	41 (74,5%)	37 (67,3%)	37 (52,8%)	39 (56,5%)	48 (59,3%)	234 (58,9%)
Procedimientos quirúrgicos realizados	76	56	58	72	80	90	432
Pacientes ambulatorios	21	24	12	16	31	44	148 (34,26%)
Corta estadía (<2 días)	5	6	6	4	3	5	29

Tabla 2. Tipos de procedimientos

Procedimiento	2014	2015	2016	2022	2023	2024	Total
Colecistectomía laparoscópica	29	22#	31	35	33	37	187 (43,28%)
Hernioplastia inguinal	31	15	15	19	16	30	126 (29,16%)
Hernioplastia umbilical	6	9	2	6	11	11	45 (10,42%)
Eventroplastia	5	3	3	6	4	5	26 (6,02%)
Otros	5	7	7	6	16	7	48 (11,11%)
TOTAL	76	56	58	72	80	90	432

En cuanto a los tipos de procedimiento, se observa un alto porcentaje de procedimientos laparoscópicos, con un total de 193 procedimientos laparoscópicos, esto es, el 43,5% de las intervenciones quirúrgicas (Figura 1). Los procedimientos urgentes fueron todos laparoscópicos. En tres casos fue necesario realizar una conversión a cirugía abierta (1,5%).

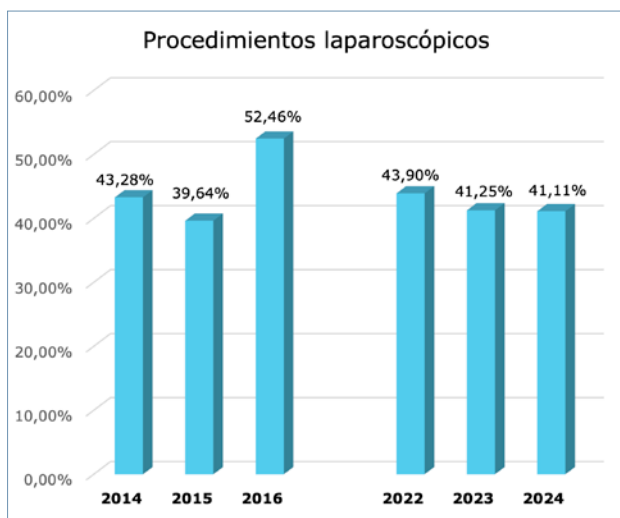


Figura 1. Procedimientos laparoscópicos en las diferentes misiones.

En cuanto a las principales complicaciones postoperatorias, detalladas en la Tabla 3, las más frecuentes fueron:

- Infección de herida quirúrgica: se informaron varios casos, principalmente en los puertos laparoscópicos en las misiones 2016, 2023 y 2024.
- Seromas: En las misiones de 2023 y 2024 se observaron casos de seromas, especialmente después de hernioplastias umbilicales.

- Hematomas escrotales, en el posoperatorio mediato en las misiones 2023 y 2024.
- Complicaciones menores: hubo una dehiscencia parcial superficial de la herida en 2016 y un caso de inguinodinia en 2024.

Cabe destacar la ausencia de mortalidad asociada a los procedimientos.

En cuanto a los tipos de anestesia, la anestesia general fue el tipo más común, representando aproximadamente el 48-50% de los procedimientos anestésicos en las diferentes misiones, siendo la anestesia regional el segundo tipo más utilizado, mientras que la anestesia local con sedación se utilizó en un porcentaje menor (Tabla 4).

La preferencia por la anestesia general y regional se alinea con la alta frecuencia de procedimientos como colecistectomías laparoscópicas y hernioplastias, que típicamente requieren estos tipos de anestesia para proporcionar un adecuado control del dolor y relajación muscular durante la cirugía. El uso de la anestesia general ha aumentado de 39 casos en 2014 a 46 en 2024, reflejando la complejidad creciente de los procedimientos.

DISCUSIÓN

Las campañas quirúrgicas en Rurrenabaque han demostrado ser efectivas en proporcionar atención quirúrgica a una población con acceso limitado a servicios especializados. La colecistectomía laparoscópica y la hernioplastia inguinal fueron los procedimientos más frecuentes, reflejando la alta prevalencia de estas patologías en la región.

El alto porcentaje de procedimientos laparoscópicos (43,5%) y la baja tasa de conversión (1,5%) indican la viabilidad de implementar técnicas mínimamente invasivas.

Tabla 3. Complicaciones.

Complicación	2014	2015	2016	2022	2023	2024
Muerte	0	0	0	0	0	0
Postop. Inmediato	-	-	1	0	0	1
Postop. Mediato	-	-	1	2	4	3
Infecciones	-	-	3	1	1	-
Reintervenciones	1	-	1	-	1	-

Tabla 4. Técnicas anestésicas

	2014	2015	2016	2022	2023	2024	Total
Anestesia general	39	32	35	38	37	46	227 (56,2%)
Anestesia regional	29	15	20	29	24	30	147 (36,4%)
Anestesia local + sedación		9	4	2	10	5	30 (7,5%)

nimamente invasivas en entornos de recursos limitados. La tasa de complicaciones (2,8%) y reintervenciones (0,8%) es comparable a la reportada en entornos de altos recursos, lo que sugiere una adecuada selección de pacientes y ejecución técnica [4].

Esta tendencia refleja la creciente adopción y consolidación de técnicas laparoscópicas en entornos de recursos limitados, demostrando la viabilidad y efectividad de estos procedimientos en campañas de cooperación quirúrgica [5,6].

La ausencia de mortalidad y el alto porcentaje de cirugía ambulatoria (29,5%) demuestran la seguridad y eficiencia de estas misiones. Sin embargo, es importante considerar las limitaciones del seguimiento a largo plazo en este tipo de intervenciones, sobre todo en el ámbito de la cooperación.

Es importante destacar que la tasa general de complicaciones fue baja, con solo 11 casos reportados en total entre 2014 y 2024, lo que representa aproximadamente un 2,8% de los pacientes intervenidos. No se registraron complicaciones graves ni mortalidad en ninguna de las campañas analizadas. La tasa de mortalidad postoperatoria fue del 0% en todas las misiones realizadas entre 2014 y 2024.

La ausencia de mortalidad sugiere una adecuada selección de pacientes y un manejo perioperatorio efectivo, considerando las limitaciones de recursos en un entorno de cooperación quirúrgica.

La evolución de los resultados y complicaciones de las misiones quirúrgicas en Rurrenabaque entre 2014 y 2024 muestra algunas tendencias interesantes:

Volumen de pacientes y procedimientos

Los pacientes atendidos en consulta han fluctuado con una tendencia a la baja (152 en 2014 vs 103 en 2024). La distribución por sexo muestra una tendencia de mayor número de mujeres atendidas en comparación con los varones en todas las misiones, con una media global de 59% de mujeres frente al 41% de varones. Quizás podríamos atribuir el primer dato a que, con el paso de los años, la captación de pacientes por parte del personal local que la realiza se ajusta de una manera más pertinente a la selección que hace de ellos el equipo de voluntarios una vez en terreno; la colaboración y transmisión de maneras de proceder permitiría deducir que, en el tiempo, se han logrado comunicar de una manera cada vez más precisa los criterios de inclusión de los pacientes en las campañas quirúrgicas. La diferencia por sexos en la población atendida quizás responda, como causa principal, a la mayor prevalencia conocida de la coleditiasis, que es la patología más intervenida en nuestras misiones, en mujeres [7].

Por otro lado, el número de pacientes intervenidos ha aumentado de 67 en 2014 a 81 en 2024, mostrando un incremento en la capacidad quirúrgica. Tanto el progresivo acoplamiento del equipo de voluntarios como lo señalado en el punto anterior, con respecto al impacto progresivo de nuestro desempeño en el trabajo del centro receptor, puede explicar este dato.

Si observamos los procedimientos realizados vemos que el número total se ha incrementado progresivamente dentro de una relativa estabilidad, oscilando entre 61 y 90 por misión. Además de las razones mencionadas previamente, podríamos pensar también que, en los primeros años, el volumen de pacientes más complejos de abordar condicionó la organización de programas quirúrgicos menos extensos; también tendríamos que tener en cuenta que el número de cirujanos desplazados ha sido algo fluctuante y en alguna ocasión hemos trabajado con un solo cirujano voluntario, asistido por residentes o profesionales locales, con la consiguiente limitación en la posibilidad de simultanear tareas.

Complicaciones y resultados

Las complicaciones postoperatorias han fluctuado a lo largo de los años, pero generalmente se han mantenido bajas. En 2024, se reportaron 4 complicaciones menores. Las complicaciones más comunes fueron infecciones superficiales de heridas y seromas, que fueron manejadas con éxito en la mayoría de los casos.

La mortalidad se ha mantenido en 0 a lo largo de todas las misiones, lo que indica un alto nivel de seguridad.

Las reintervenciones han sido muy escasas: una en tres misiones distintas, 2014, 2016 y 2023, sugiriendo un alto nivel de calidad a lo largo de todas las campañas.

La baja tasa de complicaciones y la ausencia de mortalidad indican un alto nivel de seguridad en las intervenciones realizadas. Sin embargo, es importante continuar monitorizando y mejorando estos aspectos.

Eficiencia y tratamiento de pacientes

Por lo que se refiere a la cirugía ambulatoria, el número de pacientes que no requirieron hospitalización fluctuó entre el 20% y el 50%. Se constata un aumento significativo del volumen, habiendo pasado de 21 casos en la primera misión de 2014, a 44 en la misión de 2024, lo que parece indicar una mejora en la eficiencia y en el manejo postoperatorio.

En relación con la duración de la estancia, la tendencia indica estancias más cortas, y la mayoría

de los pacientes fueron dados de alta en menos de dos días (48 horas).

Con hospitalizaciones de corta duración y una elevada proporción de cirugías ambulatorias, se optimiza el uso de recursos hospitalarios y se constata una mejoría en la recuperación postoperatoria de los pacientes.

CONCLUSIÓN

Las campañas de cooperación quirúrgica en Rurrenabaque han proporcionado atención quirúrgica segura y efectiva a una población con un acceso limitado a servicios especializados. La implementación de técnicas laparoscópicas y el enfoque en cirugía ambulatoria han permitido maximizar el impacto de estas misiones. El índice de procedimientos laparoscópicos, la baja tasa de complicaciones y la ausencia de mortalidad son indicadores de éxito.

En general, los datos muestran una evolución positiva en términos de eficiencia, seguridad y complejidad de los procedimientos realizados, con un enfoque creciente en la cirugía mínimamente invasiva y el manejo ambulatorio de los pacientes. Consideramos recomendable continuar con estas iniciativas y fortalecer la capacitación local, mejorando las condiciones y la formación continua, para garantizar la sostenibilidad a largo plazo.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer la selección de pacientes para minimizar rechazos y mejorar la eficiencia quirúrgica.
- Implementar programas de formación continua para personal de salud local [9,10] en técnicas laparoscópicas y manejo perioperatorio.
- Implementar un sistema estandarizado de registro de datos quirúrgicos para facilitar la evaluación continua de la calidad y la investigación [11].
- Implementar un programa de seguimiento a largo plazo para evaluar resultados postoperatorios tardíos.
- Evaluar la satisfacción de los pacientes y la mejora en la accesibilidad a los servicios de salud.
- Desarrollar protocolos de cirugía ambulatoria adaptados a las condiciones locales para optimizar recursos.
- Establecer un sistema de telemedicina para consultas postoperatorias y seguimiento de pacientes.
- Crear un programa de intercambio científico entre profesionales locales y equipos visitantes.
- Implementar la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS en todos los procedimientos.
- Establecer un programa de higiene de manos y reforzar los protocolos de esterilización para reducir infecciones del sitio quirúrgico [12].

- Instituir auditorías de morbilidad regulares y revisiones de casos para identificar áreas de mejora [12].
- Realizar evaluaciones de impacto en la salud para medir los efectos a largo plazo de las intervenciones quirúrgicas [13].

Referencias

- [1]. Velin L, Lantz A, Ameh EA, et al. Systematic review of low-income and middle-income country perceptions of visiting surgical teams from high-income countries. *BMJ Glob Health*. 2022; 7(4):e008791. doi: 10.1136/bmjgh-2022-008791.
- [2]. Gobierno de Bolivia. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. Instituto Nacional de Estadística; 2019 [Consulta 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/>
- [3]. Denok Osasunaren Alde-DOA [Internet]. Guiaongs.org. 2015 [Consulta 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.guiaongs.org/directorio/ongs/denok-osasunaren-alde-doa-5-1-725/>
- [4]. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, et al. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet*. 2001; 358(9288):1124-8.
- [5]. Wilkinson E, Aruparayil N, Gnanaraj J, et al. Barriers to training in laparoscopic surgery in low- and middle-income countries: A systematic review. *Trop Doct*. 2021; 51(3):408-14.
- [6]. Alfa-Wali M, Osaghae S. Practice, training and safety of laparoscopic surgery in low and middle-income countries. *World J Gastrointest Surg*. 2017; 9(1):13-8.
- [7]. Wang X, Yu W, Jiang G, et al. Global Epidemiology of Gallstones in the 21st Century: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024; 22(8):1586-95.
- [8]. Stinton LM, Myers RP, Shaffer EA. Epidemiology of gallstones. *Gastroenterol Clin North Am*. 2010; 39(2):157-69.
- [9]. Three ways of training [Internet]. Global Surgery Amsterdam. 2022 [Consulta 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://globalsurgeryamsterdam.com/surgical-teaching-training/three-ways-of-training/>
- [10]. Gobierno Autónomo Municipal de "Puerto Rurrenabaque". Rendición Pública de Cuentas Inicial Gestión 2024.
- [11]. Andrews S. Identification of current best practices for short-term medical mission trips and adherence to current common principles and guidelines. *Christian J Global Health*. 2020; 7(2):67-82.
- [12]. Henry JC, Wong LY, Reyes AM, et al. Achieving global surgical excellence: an evidence-based framework to guide surgical quality improvement programs in low and middle income countries. *Front Health Serv*. 2023; 3:1096144. doi: 10.3389/frhs.2023.1096144.
- [13]. Maki J, Qualls M, White B, et al. Health impact assessment and short-term medical missions: a methods study to evaluate quality of care. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:121. doi: 10.1186/1472-6963-8-121

Modelos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en cooperación humanitaria, ¿son sostenibles?

Models de Cirurgia Major Ambulatoria (CMA) en cooperació humanitària: són sostenibles?

Mayor Ambulatory Surgery Models in humanitarian cooperation, are they sustainables?

RAMÓN SOLIVA DOMÍNGUEZ

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari Sagrat Cor, Quirónsalud.

Ponencia presentada en la MESA TRANSVERSAL DE COOPERACIÓN CMA EN PAÍSES DE BAJOS RECURSOS. Congreso nacional CMA Vitoria, 12 de junio de 2025

"Vale, pero millones de veces más, la vida de un solo ser humano que todas las propiedades del hombre más rico de la tierra."

Ernesto Guevara de la Serna

Palabras clave: Cirugía Ambulatoria; Necesidades y Demanda de Servicios de Salud; Población Médicamente Desatendida

Paraules clau: Cirurgia Ambulatoria; Necessitats i Demanda de Serveis de Salut; Població Mèdicament Desatesa.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures; Health Services Needs and Demand; Medically Underserved Areas.

Correspondencia: rsolivad@gmail.com
Soliva Domínguez R. *Modelos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en cooperación humanitaria, ¿son sostenibles?* Ann Sagrat Cor. 2025; 32 (2): 66-68.

INTRODUCCIÓN

Las ventajas de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y su importancia están claramente demostradas. Aun así, quizás conviene recordar que, si bien en el mundo desarrollado el 70% de todas las intervenciones quirúrgicas se realizan en régimen ambulatorio, que ha demostrado una eficacia indudable, la expansión de su uso a la cirugía humanitaria debe considerarse con cautela [1-3].

Propongo compartir algunas reflexiones, no precisamente optimistas, sobre el tema. Y para ello, antes de hablar de la potencial sostenibilidad de la CMA en cooperación, debemos dar un paso atrás y reflexionar sobre la factibilidad de la misma.

¿Son factibles las campañas de CMA en cooperación?

Depende, en primer lugar, del tipo de campaña quirúrgica que se realice. Prácticamente la tota-

lidad de las actuales campañas de cooperación quirúrgica que se llevan a cabo en el planeta podrían agruparse en alguno de los modelos siguientes, siendo el más frecuente el primer tipo, el "preventivo", que suele asociarse con frecuencia al quinto "campañas de capacitación y entrenamiento", en lo que constituirían campañas de tipo mixto:

1. Campañas de Cirugía Preventiva: identifican y corrigen condiciones que, si no se tratan, pueden generar complicaciones o enfermedades graves.
2. Campañas de Cirugía Reconstructiva: tratan a personas con discapacidades o deformidades causadas por traumatismos, enfermedades o condiciones congénitas.
3. Campañas de Cirugía de Emergencia: en situaciones de crisis o desastre natural, se atienden pacientes que requieren atención inmediata.
4. Campañas de Cirugía de Alta Complejidad: para pacientes con patologías complejas que no se pueden realizar en la zona debido a la falta de recursos o personal especializado.
5. Campañas de Capacitación y Entrenamiento: mejoran las habilidades de los profesionales de la salud locales (médicos y enfermeras).

La mayoría de estas campañas se caracterizan por ser temporales y móviles, intentan asociar programas formativos para el personal sanitario de las zonas de impacto, haciendo por lo general uso de sus infraestructuras sanitarias e intentan integrarse, de alguna manera, a sus sistemas,

además de coordinarse con profesionales locales y de otras ONGs.

La factibilidad depende también del contexto en que se realicen las campañas, que puede variar incluso dentro de una misma ONG y en áreas geográficas similares.

Desde luego, para que sean factibles, nosotros consideramos que se deben cumplir de manera estricta, si cabe más aún que en nuestro medio, los criterios de inclusión para la CMA.

No se trata de ambulatorizar por ambulatorizar, sino precisamente de ofrecer el mismo tipo de beneficio que la CMA ofrece en nuestro ámbito habitual de trabajo a los enfermos de contextos más precarios. Es básico, pues, garantizar la accesibilidad a los lugares donde se ofrecen los servicios quirúrgicos y de los enfermos a sus lugares de origen.

Así mismo, la selección de pacientes debe hacerse con todas las garantías. Es importante evitar a toda costa las "heroicidades quirúrgicas", en las que nos es difícil sentirse tentados de caer: se preconiza realizar procedimientos de complejidad media-baja que no requieran larga duración bajo anestesia general, gran pérdida de volúmenes anatómicos ni hemáticos y tampoco cuidados postoperatorios complejos. Las cirugías deben permitir una pronta tolerancia oral y la deambulación en pocas horas y la coordinación pre y postoperatoria entre el equipo quirúrgico y el de seguimiento primario debe ser óptima.

Asumiendo todo lo anterior como factible, podríamos afirmar, ahora sí, que en determinados contextos dentro de la cooperación, la CMA no solo es posible de realizar y reproducible, sino incluso aconsejable e incrementable.

Nuestra experiencia personal en diferentes contextos, después de casi 20 años de experiencia en cooperación en campañas quirúrgicas en países de América Latina y África, así lo acredita.

¿Son sostenibles las campañas de CMA en el ámbito de la cooperación?

La respuesta no puede ser unívoca: depende.

¿De qué depende? En primer término, de lo que entendamos por "sostenibilidad".

La definición del diccionario de la RAE, "cualidad de sostenible", contempla a su vez dos vertientes: una medioambiental y económica, y otra más genérica, en la que considera la posibilidad de mantener cualquier proyecto a largo plazo.

En el aspecto medioambiental, la cooperación sin un enfoque ecológico/ecologista no debería ser concebible hoy en día y, por lo mismo, no deberían plantearse acciones de ayuda humanitaria



Misión Camerún 2018. Foto: Lidia Larrosa Ribell.

que no contemplen, de alguna manera, conceptos como el uso de energías renovables, el reciclaje, la reducción de la huella de carbono, el respeto por los ecosistemas, el ahorro de agua y la difusión constante de la sostenibilidad como un precepto casi filosófico [4].

En el aspecto relativo a la proyección a futuro de la cooperación, sería básico tener en cuenta el aspecto formativo del mismo, donde la capacitación continua del personal sanitario autóctono de las zonas en las que se coopera debe ser objetivo prioritario. Del mismo modo, lo debería ser la constitución de equipos humanos cohesionados y comprometidos con las tareas humanitarias, centrar el foco en el mantenimiento adecuado y funcional de materiales, equipamiento e infraestructuras, aspecto tan necesario y escaso en el mundo en desarrollo; también es imprescindible garantizar el suministro de medicamentos e insumos médicos esenciales.

Asimismo, los voluntarios deben aprender a adaptarse, con respeto, empatía y ánimo de aprendizaje, a contextos socioculturales diversos; y, también, "*last but not least*", es una importante meta la integración sanitaria, o sea, el logro de una conexión respetuosa con el nivel primario de atención en sistemas sanitarios muy precarios, si no prácticamente inexistentes.

El futuro dependerá, de manera esencial, de la voluntad política y el contexto internacional, que a día de hoy, no parece muy halagüeño.

Es cierto que Intuitive Surgical Inc. fue el único proveedor de cirugía robótica en el mercado con la plataforma Da Vinci hasta muy recientemente y que la pérdida de este monopolio, con la aparición de los nuevos sistemas robóticos, modulares y portátiles, junto con el desarrollo de la telemedicina, podría hacernos pensar que se democratizará este tipo de procedimientos y se abre la perspectiva para poder ser usados de manera global, incluso en lugares deprimidos [5,6].

Sin embargo, siendo medianamente realistas, es difícil pensar que un mundo en desarrollo en su conjunto se beneficie a corto-medio plazo de



Misión DOA Cirugía General
en Trinidad, Bolivia, año 2011.

estos avances. Quizás se instalen algunos de los quirófanos inteligentes más avanzados en São Paulo y Johannesburgo, pero las personas que viven en la favela y los bantustanes, que no son precisamente una minoría, seguirán muriendo sin posibilidad de atención médica, anestésica y quirúrgica básicas.

CONCLUSIONES

Los modelos de cooperación quirúrgica con CMA, en condiciones específicas, cabe esperar que, al menos por el momento, sigan siendo factibles.

En cuanto a la sostenibilidad, el optimismo tiene que ser objetivamente menor:

- En el aspecto medioambiental, y aun apelando a nuestra contrastada resiliencia como especie, hay crecientes señales de que el nuestro es un comportamiento que deja cada vez más que desear y, al menos a día de hoy, estamos perdiendo tanto la batalla por el clima como por la supervivencia de los ecosistemas del planeta.
- Y en cuanto a la posibilidad de soñar proyectos de cooperación a largo plazo... corren malos tiempos para la lírica.

La frase suscrita por Bertolt Brecht en los momentos en que el nazismo empezaba a tragarse a Europa vuelve a tener hoy una vigencia absoluta. Quizás, precisamente por ello, debemos empezar a plantearnos si, en breve, no ya la CMA, sino toda la cooperación humanitaria, seguirá siendo factible [7-8].

Y, por tanto, si en los tiempos que corren, incluso nuestros valores éticos no estarán empezando a quedarse pequeños:

¿Es ético mantener un orden internacional injusto, en el que el privilegio se destina a un porcentaje ínfimo de la población del planeta, mientras la gran mayoría se mantiene en la miseria?

¿Debemos seguir luchando por que esos países sigan recibiendo de nosotros solo las migajas que podemos ofrecerles?

Bibliografía

- [1]. Recart A. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. *Rev Med Clin Condes*. 2017; 28(5):682-90.
- [2]. Joshi GP. Efficiency in ambulatory surgery center. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2008; 21(6):695-8.
- [3]. The Royal College of Anaesthetists. Chapter 6: Guidelines for the provision of anaesthesia services for day surgery 2025 [Internet]. London: Royal College of Anaesthetics; 2025. Disponible en: <https://rcoa.ac.uk/node/18556>
- [4]. Los indicadores del cambio climático alcanzaron niveles sin precedentes en 2023: OMM [Internet]. Organización Meteorológica Mundial. 2024 [Acceso: 2025 Nov 20]. Disponible en: <https://wmo.int/es/news/media-centre/los-indicadores-del-cambio-climatico-alcanzaron-niveles-sin-precedentes-en-2023-omm>
- [5]. Alip SL, Kim J, Rha KH, et al. Future Platforms of Robotic Surgery. *Urol Clin North Am*. 2022; 49(1):23-38.
- [6]. Top 8 surgical robotics companies in 2025 [Internet]. Standardbots.com. [Acceso: 2025 Nov 20]. Disponible en: <https://standardbots.com/blog/surgical-robotics-companies>
- [7]. Blattner CE. European ruling linking climate change to human rights could be a game changer - here's how. *Nature*. 2024; 628(8009):691.
- [8]. Welch Z, Setiabudi N, Huntington D, et al. US funding cuts: Projecting ODA amid uncertainty [Internet]. Donortracker.org. Donor Tracker; 2025 [Acceso: 2025 Nov 20]. Disponible en: <https://donortracker.org/publications/us-funding-cuts-projecting-oda-amid-uncertainty-2025>

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, ¿son todavía factibles?

Objectius del Desenvolupament Sostenible (ODS) 2030, són encara factibles?

Sustainable Development Goals (SDGs) 2030, are they still feasible?

MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ LÓPEZ

Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor, Quirónsalud.

Palabras clave: Formulación de Políticas; Naciones Unidas; Objetivos de Desarrollo Sostenible; Salud Global.

Paraules clau: Formulació de Polítiques; Nacions Unides; Objectius de Desenvolupament Sostenible; Salut Global.

Keywords: Global Health; Policy Making; Sustainable Development Goals; United Nations.

Recibido: 2-junio-2025

Aceptado: 3-julio-2025

Correspondencia: biblioteca.hsc@quironsalud.es

Sánchez-López MJ. *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), ¿son todavía factibles?* Ann Sagrat Cor. 2025; 32 (2): 69-74.

RESUM

A cinc anys de la meta, la realitat del progrés dels ODS revela que globalment es continua estant molt lluny d'assolir l'Agenda 2030. Les dades mostren un progrés general encoratjador entre el 2019 i el 2025, però persisteixen escletxes en àrees clau. L'objectiu 3 (Salut i benestar), l'objectiu 6 (aigua neta i sanejament) i l'objectiu 7 (energia assequible i no contaminant) mostren millores substancials. Ara bé, en termes globals, només el 35% de les metes mostra un progrés adequat, mentre que el 48% mostra un progrés insuficient, incloent-hi un 31% amb avenços marginals i un 17% sense cap progrés. El més preocupant és que el 18% ha retrocedit per sota dels nivells base del 2015. Ara bé, les mitjanes globals poden amagar avenços substancials a molts països sobre diversos objectius. Aquests èxits impulsats per polítiques sòlides, institucions sòlides i aliances inclusives demostren que és possible accelerar el progrés i ofereixen exemples que cal seguir.

RESUMEN

A cinco años de la meta, la realidad del progreso de los ODS revela que globalmente se sigue estando muy lejos de alcanzar la Agenda 2030. Los datos muestran un progreso general alentador entre 2019 y 2025, pero persisten brechas en áreas clave. El Objetivo 3 (Salud y bienestar), el Objetivo 6 (Agua limpia y saneamiento) y el Objetivo 7 (Energía asequible y no contaminante) muestran mejoras sustanciales. Ahora bien, en términos globales, sólo el 35% de las metas muestra un progreso adecuado, mientras que el 48% muestra un progreso insuficiente, incluyendo un 31% con avances marginales y un 17% sin ningún progreso. Lo más preocupante es que el 18% ha retrocedido por debajo de los niveles base de 2015. Ahora bien, los promedios globales pueden ocultar avances sustanciales en muchos países sobre varios objetivos. Estos éxitos impulsados por políticas sólidas, instituciones sólidas y alianzas inclusivas demuestran que es posible acelerar el progreso y ofrecen ejemplos a seguir.

ABSTRACT

Five years from the target, the reality of SDG progress reveals that globally we are still far from achieving the 2030 Agenda. Data show encouraging overall progress between 2019 and 2025, but gaps persist in key areas. Goal 3 (Good Health and Well-being), Goal 6 (Clean Water and Sanitation), and Goal 7 (Affordable and Clean Energy) show substantial improvements. However, globally, only 35% of the targets show adequate progress, while 48% show insufficient progress, including 31% with marginal progress and 17% with no progress at all. Most worrying, 18% have slipped below the 2015 baseline. However, global averages can mask substantial progress in many countries on several goals. These successes, driven by sound policies, strong institutions, and inclusive partnerships, demonstrate that it is possible to accelerate progress and offer examples to follow.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

En el año 2000, las Naciones Unidas lanzaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, fijando el año 2015 como meta para lograr los ocho objetivos planteados, entre ellos, reducir la pobreza extrema, las tasas de mortalidad infantil, luchar contra epidemias como el VIH/SIDA y fomentar una

alianza mundial para el desarrollo. En 2015, con avances notables, pero sin haber alcanzado plenamente los objetivos planteados, se presentaron los 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (Figura 1) [1].

Estos ODS pretenden configurar una síntesis de las bases del desarrollo sostenible: crecimiento



Figura 1. Los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible [1].

económico, inclusión social y protección del medio ambiente; además, están dirigidos a todos los países del mundo y no solo a los países en desarrollo. Los ODS han sido ampliamente respaldados por los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado como marco para crear un mundo mejor.

En el momento de su formulación, se calculó un período de 15 años para alcanzarlos, esto es, los ODS deberían alcanzarse en 2030. Sin embargo, a medida que se acerca la fecha límite, es evi-

dente que la mayoría, si no todos, seguirán sin cumplirse.

El último informe “Sustainable Development Report 2025” señala que ninguno de los 17 ODS está en camino de cumplirse de forma global para 2030 (Figura 2) [2].

Este retraso se debe en parte a la desaceleración de la economía mundial debido a crisis como la pandemia de COVID-19 y también al desencadenamiento de conflictos internacionales, que no



Figura 2. Según el ritmo de progreso desde su adopción por la comunidad internacional en 2015, ninguno de los 17 ODS se alcanzará para 2030. A nivel mundial, el ODS 2 (Hambre Cero), el ODS 11 (Ciudades y Comunidades Sostenibles), el ODS 14 (Vida Submarina), el ODS 15 (Vida de Ecosistemas Terrestres) y el ODS 16 (Paz, Justicia e Instituciones Sólidas) están particularmente retrasados, enfrentando importantes desafíos (indicados en rojo en los paneles) y mostrando un progreso nulo o muy limitado desde 2015 [2].

se anticiparon en 2015 cuando se acordaron los objetivos [3,4]. Estas crisis múltiples y simultáneas han amenazado directamente los ODS en lo que respecta a los objetivos de fin de la pobreza, hambre cero, buena salud y bienestar, y energía asequible y no contaminante, e indirectamente a través de su obstaculización de la globalización [3-5].

Además, han desviado la atención política y pública de la planificación e inversión a largo plazo, lo que ha llevado a priorizar los ODS más inmediatos y claros en lugar del logro holístico de todos ellos [3,6].

Alcanzar los ODS requiere transformaciones profundas en educación, salud, energía, uso del suelo, infraestructura urbana y plataformas digitales, transformaciones que deben ser financiadas e implementadas de manera integrada. Ahora bien, por un lado la financiación resulta insuficiente y, por otro, la gran variedad de objetivos en todos los sectores de la economía y a todos los niveles –local, nacional, regional y global– desafía los modelos actuales de gobierno [7].

Además, las acciones relacionadas con los ODS suelen permanecer aisladas y las estrategias, desalineadas. Por ejemplo, además de aumentar el gasto en salud, muchos paquetes de recuperación de la COVID-19 destinaron fondos a reforzar las industrias con uso intensivo de carbono en lugar de impulsar las energías renovables. Solo unos pocos países, en virtud del Acuerdo de París, tienen en cuenta los resultados más amplios de los ODS, como los impactos en los ingresos, la pobreza, el empleo, la desigualdad, la salud y la educación [6-8].



ODS 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS A TODAS LAS EDADES [8,9]

Este análisis se va a centrar en el ODS 3, que enfoca “Salud y bienestar”. Se constata que, transcurridos 10 años de la formulación de los ODS y a pesar de los importantes avances científicos y tecnológicos, ninguna de las metas del ODS 3 se ha alcanzado, y las tendencias actuales indican que ninguna va por buen camino (Figura 3).

La salud no se crea únicamente en el sector sanitario, se configura a través de cómo las personas viven, qué comen, en qué condiciones trabajan y qué es lo que aprenden. Los determinantes sociales, económicos, y ambientales de la salud subrayan la necesidad de enfoques integrados en la formulación de políticas para crear y mantener la salud y el bienestar.

A continuación se destacan los puntos más relevantes del progreso del ODS 3 según la reunión del Grupo de Expertos celebrada el 12 de febrero de 2025 dedicada al ODS 3[11].

Es importante establecer, de inicio, que la mayoría de los indicadores relacionados con la salud avanzan en la dirección correcta, aunque las tendencias actuales son insuficientes para cumplir los objetivos establecidos para 2030.



Figura 3. Ritmo de adopción de las metas del ODS a junio de 2025. [2]

Cambiar de rumbo requiere priorizar el logro de la cobertura sanitaria universal, fortalecer los sistemas de salud, invertir en la prevención y el tratamiento de enfermedades, y abordar las disparidades en el acceso a la atención y los servicios, especialmente para las poblaciones vulnerables.

Desde la última revisión en 2021, el progreso ha sido desigual: algunas áreas muestran avances, mientras que otras se han estancado o han disminuido.

- La pandemia de COVID-19 retrasó el progreso en la esperanza de vida y los avances en la lucha contra las enfermedades transmisibles revirtiendo casi 10 años de progreso en la esperanza de vida. Antes de la pandemia, la esperanza de vida mundial aumentó de forma constante, de 66,8 años en 2000 a 73,1 años en 2019. La COVID-19 revirtió rápidamente esta tendencia positiva, y la esperanza de vida mundial se desplomó a 71,4 años en 2021, volviendo al nivel de 2012.
- La tasa de mortalidad materna se mantiene prácticamente estancada en un nivel tres veces superior al objetivo de 2030, con amplias

disparidades por región: África subsahariana y Asia meridional representan el 87% de las muertes maternas.

- Positivamente, se constata un importante progreso en la mortalidad de menores de 5 años a nivel mundial, con un mínimo histórico de 4,9 millones de muertes infantiles en 2022, frente a los 6 millones de 2015. En 2024, 146 de los 200 países ya habían alcanzado, o estaban en vías de alcanzar, la meta de los ODS relativa a la mortalidad de los menores de 5 años.
- Garantizar una cobertura sanitaria universal sin dificultades económicas es crucial para una vida sana y el bienestar de todos. El progreso hacia la cobertura sanitaria universal se ha ralentizado, dejando a miles de millones de personas sin atención. Las dificultades financieras derivadas del gasto sanitario directo se han agravado desde 2015, y la proporción de la población mundial que enfrenta gastos catastróficos en salud aumentó del 9,6% (2000) al 13,5% (2019), lo que afectó desproporcionadamente a las poblaciones de bajos ingresos.
- Más de la mitad de la población mundial no cuenta con servicios de salud esenciales, mientras que un personal sanitario envejecido debe ahora satisfacer las crecientes demandas de una población envejecida. Avanzar hacia la cobertura sanitaria universal requiere abordar la escasez mundial de profesionales sanitarios.
- Ha habido un progreso desigual en materia de enfermedades transmisibles. Los esfuerzos para combatir algunas enfermedades –como el VIH, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas– han logrado éxitos significativos, aunque estos logros se ven amenazados por un progreso socioeconómico desigual.
- El tratamiento eficaz del VIH ha reducido las muertes relacionadas con el sida en el mundo en un 52% desde 2010 y, al menos, una enfermedad tropical desatendida ha sido eliminada en 47 países. Sin embargo, las muertes por tuberculosis y paludismo han aumentado en comparación con los niveles anteriores a la pandemia.
- La vacunación infantil ha experimentado el mayor descenso en tres décadas: Veintiún millones de niños no recibieron vacunas vitales en 2022. La cobertura mundial de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), crucial para la salud de mujeres y niñas, se situó en tan solo el 15% en 2022, a pesar de que 130 países la habían introducido en sus servicios nacionales de inmunización para finales de año.
- El tratamiento solo llega a una proporción marginal de personas con trastornos relacio-

nados con las drogas y el alcohol. La cobertura disminuyó del 11% a <9% entre 2015 y 2022, y se ha desacelerado notablemente en las Américas y Asia. La cobertura del tratamiento para las mujeres es consistentemente inferior a la de los hombres en todas las regiones >13% vs <6% en 2022.

- La contaminación atmosférica por partículas, atribuida a la contaminación del aire en los hogares y el ambiente causó aproximadamente 104 muertes por cada 100.000 personas al año en 2019. El 93% de la carga recayó en países de ingresos bajos y medianos, principalmente en Asia, África subsahariana y Oceanía (excluyendo Australia y Nueva Zelanda). Esto se debe en gran medida a la importante exposición en los hogares, que dependen de combustibles y tecnologías contaminantes para cocinar, iluminar y calentar.



POLÍTICAS Y ACCIONES QUE PUEDAN MAXIMIZAR LAS SINERGIAS, MITIGAR LAS COMPENSACIONES E IMPULSAR LA TRANSFORMACIÓN [11, 12]



La ayuda oficial al desarrollo para la salud se ha incrementado, pero una parte importante se destinó a la COVID-19. Además, se ha instaurado una tendencia a la reducción de las ayudas oficiales al desarrollo que, caso de no revertirse, influirá negativamente en la consecución de los ODS por parte de los países con mayores tasas de pobreza.

Es necesario acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal con políticas específicas y financiamiento mixto.

La baja calidad de la atención primaria y los servicios preventivos a menudo obliga a las personas a recurrir al sector privado y a servicios curativos de alto nivel, lo que aumenta las dificultades económicas.

Fortalecer la atención primaria de salud con acciones multisectoriales y la participación comunitaria en los determinantes sociales, económicos y ambientales es clave para mejorar los resultados y la eficiencia en materia de salud.

Priorizar la salud materna: integrar la salud materna y la salud sexual y reproductiva en la cobertura sanitaria universal y la atención primaria es crucial.

Proteger la salud de las personas, los animales y el medio ambiente. La salud de las personas, los animales, las plantas y el medio ambiente están estrechamente vinculados, pero las políticas

siguen estando fragmentadas. La pandemia de COVID-19 subrayó la necesidad de enfoques integrados y una mayor colaboración entre sectores como la planificación urbana, la agricultura y la restauración de ecosistemas.

También se necesita más investigación y un uso más amplio del principio de precaución, ya que no se comprenden completamente los impactos en la salud de los contaminantes nuevos y emergentes en el suelo, el aire y el agua.

Fortalecer y proteger al personal sanitario y asistencial. La pandemia de COVID-19 puso de relieve desafíos críticos en todo el mundo relacionados con la escasez de personal, la subinversión histórica y las condiciones laborales del sector sanitario. En los países con baja densidad de personal sanitario, los desafíos para los trabajadores fueron aún más graves.

Las herramientas e innovaciones digitales pueden mejorar la capacidad del personal sanitario y asistencial, especialmente en zonas rurales.

Abordar la falta de datos, incluyendo la tecnología y las iniciativas comunitarias. Aún existen graves deficiencias de datos en el seguimiento de los ODS, especialmente en países de bajos ingresos, lo que dificulta aún más la formulación de políticas basadas en la evidencia. Es fundamental fortalecer los sistemas de datos rutinarios, incluyendo los sistemas de gestión de la información sanitaria y los sistemas de registro civil y estadísticas vitales.

Garantizar el acceso a medicamentos esenciales. Los medicamentos representan, en muchos casos, la categoría más importante del gasto sanitario directo y también pueden ser consecuencia de servicios de baja calidad, y sus costos, en muchos casos, están aumentando. Las barreras de propiedad intelectual, especialmente para medicamentos nuevos y de alto costo, están ejerciendo presión sobre los presupuestos de salud pública y limitando el acceso a medicamentos y vacunas esenciales.

PROPUESTAS PARA EL DEBATE [11,12]

Se propone reforzar los vínculos entre el ODS 3 y el ODS 5 sobre igualdad de género, ya que ello puede garantizar un enfoque basado en los derechos, que aborde las vulnerabilidades relacionadas con la desigualdad de género, la violencia y la discriminación sistémica.

El cambio climático y la degradación de los ecosistemas representan importantes amenazas para la implementación del ODS 3, ya que exacerban los riesgos para la salud, perturban los sistemas de salud y agravan las desigualdades sociales.

El aumento de las temperaturas globales, los fenómenos meteorológicos extremos y los cambios

en los patrones de enfermedades están modificando o incrementando la carga de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria y el dengue, así como las enfermedades respiratorias, debido al empeoramiento de la contaminación atmosférica y los incendios forestales.

Se prevé que los impactos de las olas de calor en la salud humana se agraven.

Los desplazamientos relacionados con el clima pueden abocar a millones de personas en condiciones de vida precarias, sobrecargando los ya frágiles sistemas de salud y aumentando la vulnerabilidad a los brotes de enfermedades infecciosas.

Los cambios demográficos plantearán desafíos significativos para el progreso del ODS 3 en todo el mundo, en particular a medida que se produce el envejecimiento de la población, aumentando la presión sobre los sistemas de salud. Para 2050, se prevé que la proporción de personas de 60 años o más casi se duplique desde 2015, con el crecimiento más rápido en los países de ingresos bajos y medios.

Este cambio demográfico provocará una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y trastornos neurodegenerativos, sobrecargando los ya saturados servicios de salud. Además, el envejecimiento de la población requerirá cuidados a largo plazo, servicios paliativos e infraestructura sanitaria especializada, para lo cual muchos países no están preparados.

Se prevé que la demanda de profesionales sanitarios y asistenciales también aumente considerablemente, agravando la escasez existente, que se prevé alcanzará los 11,1 millones para 2030, especialmente en entornos rurales y frágiles.

Los entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables (FCV) presentan algunos de los mayores desafíos para el logro del ODS 3, ya que los conflictos, la inestabilidad política y las crisis humanitarias perturban gravemente los sistemas de salud y los servicios esenciales. Actualmente, el 55% de los niños no vacunados vive en 31 países FCV y el 60% de la población mundial en situación de pobreza vivirá en FCV para 2030. En estas regiones, el acceso a la atención médica es extremadamente limitado, las tasas de mortalidad materna e infantil siguen siendo altas, la cobertura de vacunación es baja y los brotes de enfermedades infecciosas, como el cólera, el sarampión y la malaria, son más frecuentes debido a la deficiente infraestructura sanitaria.

CONCLUSIÓN

Las diferencias en el progreso entre los ODS son generalizadas a nivel global, y la priorización de ODS específicos puede exacerbar la brecha existente.

Uno de los peligros más evidentes sobre los ODS es que su falta de progreso puede generar apatía. La magnitud de la tarea que queda por delante dificulta mantener el interés público, agravando la brecha que suele haber entre promesas y realidad.

El progreso desigual hacia los ODS revela riesgos para la salud, daños a los ecosistemas y desigualdad, por lo que las colaboraciones y las ayudas al desarrollo son cruciales para alcanzar los ODS, aunque quizá no en 2030.

La respuesta a la pregunta de si son factibles, debe ser que son necesarios y no cabe rendirse.

Una recomendación sería integrar la financiación de la salud con políticas económicas y sociales más amplias, para lograr resultados sanitarios sostenibles. Los expertos hicieron referencia al modelo "Un Plan, Un Presupuesto, Un Informe". Un enfoque multisectorial puede vincular la financiación de la salud con objetivos sociales como mejorar la nutrición, promover el desarrollo económico y reducir las desigualdades en salud. Esta integración ayuda a abordar los determinantes sociales de la salud y fomenta un enfoque más integral y preventivo de la atención sanitaria. Una mejor colaboración entre ministerios y sectores también puede reducir las ineficiencias burocráticas, potenciando así el impacto de la financiación [11,12].

Bibliografía

- [1]. United Nations (UN). Sustainable development goals: 17 goals to transform our world [Internet]. New York: UN; 2015. [Consulta 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/en/exhibits/page/sdgs-17-goals-transform-world>
- [2]. UN. The Sustainable Development Goals Report 2025 [Internet]. New York: United Nations; 2025 [Consulta 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://sdgs.un.org/sites/default/files/2025-03/Sustainable-Development-Goals-Report-2025.pdf>
- [3]. Naidoo R, Fisher B. Reset Sustainable Development Goals for a pandemic world. *Nature*. 2020; 583(7815):198-201.
- [4]. Sachs JD, Lafortune G, Fuller G, Iablonovski G. Financing Sustainable Development to 2030 and Mid-Century. Sustainable Development Report 2025. Paris: SDSN, Dublin: Dublin University Press; 2025. DOI: <https://doi.org/10.25546/111909>
- [5]. Nilsson M, Griggs D, Visbeck M. Policy: Map the interactions between Sustainable Development Goals. *Nature*. 2016; 534(7607):320-2.
- [6]. Fu B, Wang S, Zhang J, et al. Unravelling the complexity in achieving the 17 sustainable-development goals. *Natl Sci Rev*. 2019; 6(3):386-8.
- [7]. Liu Y, Du J, Wang Y, et al. Overlooked uneven progress across sustainable development goals at the global scale: Challenges and opportunities. *Innovation (Camb)*. 2024; 5(2):100573. doi: 10.1016/j.xinn.2024.100573.
- [8]. Independent Group of Scientists appointed by the Secretary-General, Global Sustainable Development Report 2023: Times of crisis, times of change: Science for accelerating transformations to sustainable development [Internet]. New York, NY: United Nations; 2023. [Consulta 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://sdgs.un.org/sites/default/files/2023-09/FINAL%20GSDR%202023-Digital%20-110923_1.pdf
- [9]. UN. SDG Indicators: SDG 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Internet]. New York: United Nations; 2025 [Consulta 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/Goal-03/>
- [10]. The Sustainable Development Goals Extended Report 2024 Inputs and information provided as of 30 April 2024: SDG 3 Good health and well-being [Internet]. NY: UN; 2024 [Consulta 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/extended-report/Extended-Report_Goal-3.pdf
- [11]. High-level Political Forum on sustainable development (HLPF) 2025. 2025 HLPF Thematic Review Expert Group Meeting Hybrid format, 12 February 2025 WHO Headquarters, Geneva, Switzerland Meeting Summary for SDG 3 [Internet]. UN; 2025. [Consulta 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://sdgs.un.org/sites/default/files/2025-03/HLPF%20EGM%20infocus%20SDGs%202025_SDG%203_summary_FINAL_0.pdf
- [12]. HLPF on sustainable development 2025: SDG 3 and interlinkages with other SDGs – Healthy lives 14 July 2025, 15:00 - 18:00 Conference Room 4 Secretariat Background Note [Internet]. UN; 2025. [Consulta 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hlpf.un.org/sites/default/files/2025-06/HLPF%202025%20BN%20SDG3.pdf>



Un autèntic Hospital de Campanya al centre de Barcelona

Un autentico Hospital de Campaña en el centro de Barcelona

An authentic field hospital in the center of Barcelona

FÉLIX SÁNCHEZ, TERESA GENOVER, MONTSERRAT PÉREZ

Serveis sanitaris de l'Hospital de Campanya Santa Anna

Paraules clau: Barcelona/ epidemiologia; Determinants Socials de la Salut; Persones Sense Sostre/ estadística & dades numèriques; Unitats Mòbils de Salut.

Palabras clave: Barcelona/ epidemiología; Determinantes Sociales de la Salud; Personas sin Techo/ estadística & datos numéricos; Unidades Móviles de Salud.

Keywords: Barcelona/ epidemiology; Ill-Housed Persons/ statistics & numerical data; Mobile Health Units; Social Determinants of Health.

Correspondencia: felix170207@gmail.com

Sánchez F, Genover T, Pérez M. Un autèntic Hospital de Campanya al centre de Barcelona. Ann Sagrat Cor. 2025; 32 (2): 75-79.

RESUMEN

Se calcula que hay casi 5.000 personas sin hogar solo en la ciudad de Barcelona, de las que 1.284 duermen a diario en la calle, según el recuento anual que organiza la Red de Atención a Personas Sin Hogar. Según esta misma plataforma, un 6% de las personas atendidas tiene menos de 25 años y casi el 90% son de nacionalidad extranjera. Una muestra más de la cronificación de la pobreza en Cataluña, evidenciada por numerosos estudios. Además, muchas son difícilmente detectables, puesto que no pasan por los diferentes recursos públicos de protección social. Desde 2017, la parroquia de Santa Ana de Barcelona, rebautizada como Hospital de Campaña, atiende de 8:30 a 20:00 a personas sin hogar y les ofrece comidas, atención psicológica, ropa o clases de castellano. Salud Sense Sostre nació en 2019 con el fin de poder atender la salud en todas aquellas personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad y que no saben, o no pueden, acceder a los organismos oficiales a través de los circuitos o canales habituales.

ABSTRACT

According to the annual count organized by the Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar, there are almost 5,000 homeless people in the city of Barcelona alone, of whom 1,284 sleep on the streets daily. The same source reports that 6% of them are under 25 years old, and nearly 90% are foreign nationals. This further highlights the chronic poverty in Catalonia, as evidenced by numerous studies. Furthermore, often go undetected, as they do not access public social protection resources. Since 2017, the Hospital de Campaña (Field Hospital), formerly the parish of Santa Ana in Barcelona, has cared for homeless people from 8:30 a.m. to 8:00 p.m., offering meals, psychological care, clothing, and Spanish classes. Salud Sense Sostre was founded in 2019 to provide healthcare to vulnerable people who are unfamiliar with or unable to access government agencies through the usual channels.

RESUM

Es calcula que hi ha gairebé 5.000 persones sense llar només a la ciutat de Barcelona, de les quals 1.284 dormen al carrer diàriament, segons el recompte anual que organitza la Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar. Segons aquesta mateixa plataforma, un 6% de les persones ateses té menys de 25 anys i gairebé el 90% són de nacionalitat estrangera. Una mostra més de la cronificació de la pobresa a Catalunya, evidenciada per nombrosos estudis. A més, moltes són difícilment detectables, ja que no passen pels diferents recursos públics de protecció social. Des del 2017, la parròquia de Santa Anna de Barcelona, rebatejada com a Hospital de Campanya, atén de 8:30 a 20:00 persones sense llar i els ofereix àpats, atenció psicològica, roba o classes de castellà. Salut Sense Sostre va néixer l'any 2019 amb la finalitat de poder atendre la salut de persones que es troben en una situació de vulnerabilitat i que no saben, o no poden, accedir als organismes oficials a través dels circuits o canals habituals.

INTRODUCCIÓ

El projecte Hospital de Campanya, ubicat a l'antic monestir romànic-gòtic, la parròquia de Santa Anna, al cor de Barcelona, va començar el gener del 2017. A pocs metres de la cèntrica plaça Catalunya hi ha una ciutat oculta. A Barcelona hi ha més de 5.000 persones sense llar; cada nit dormen al carrer unes 1.550 persones, més totes aquelles que pernocten en recursos públics i pri-

vats, assentaments i estructures informals, locals en desús, etc [1].

A la ciutat hi ha moltes persones que viuen en altres situacions de sensellarisme o exclusió residencial de les quals no tenim dades: les que viuen temporalment a casa de familiars, habitatges ocupats, massificats, sota amenaça de desallotjament, a institucions (hospitals, presons, allotja-

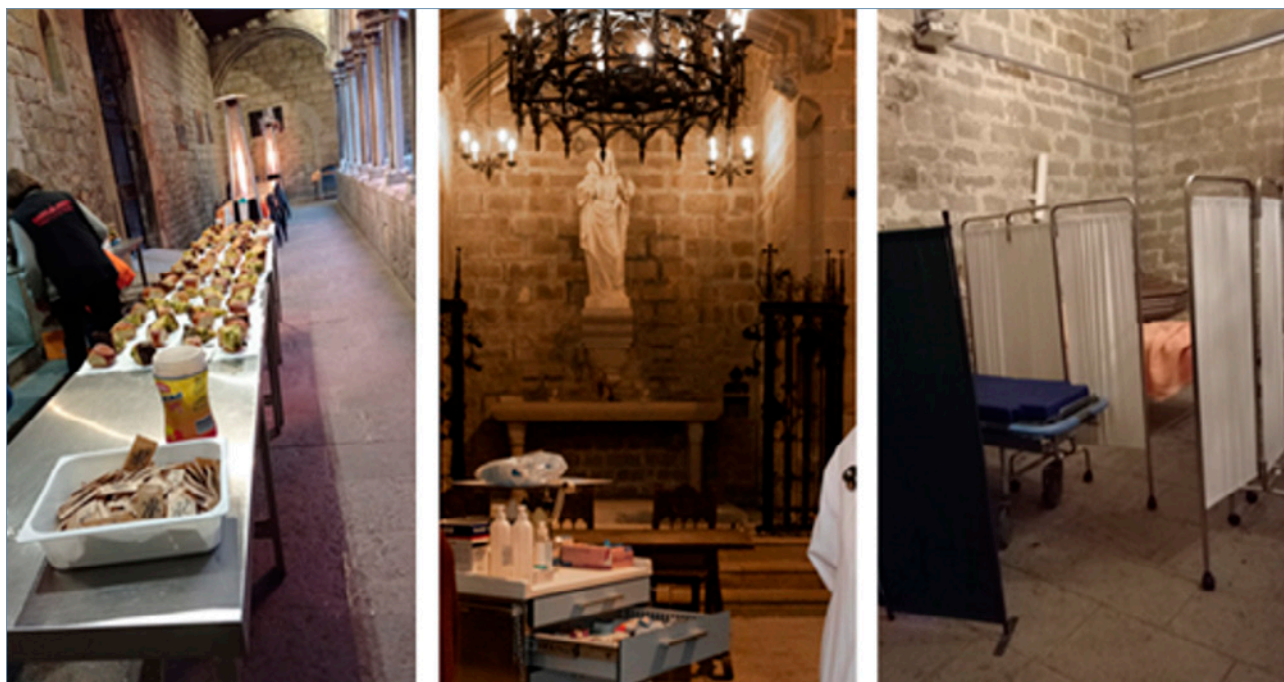


Figura 1. Taula de fraternitat amb el menjar i sala capitular on tenen lloc les visites.

ment per a dones víctimes de violència masclista, persones immigrades o demandants d'asil).

A instàncies del papa Francesc que havia insistit des del 2014 en la necessitat de l'acolliment de les persones més vulnerables "*l'església és com un hospital de campanya que acull els ferits*", així es perfila el projecte "Hospital de Campanya" que es desenvolupa a la parròquia de Santa Anna [2,3].

Per a nosaltres, els valors prioritaris i que contribueixen a humanitzar la vida de les persones són l'acolliment, l'escolta, la promoció i la integració. Aquests són els pilars fonamentals de la nostra conducta.

Una àrea fonamental per a aquest col·lectiu és el servei del programa de salut. Aquest programa es va iniciar el 2019 amb equips mèdics de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona que es desplaçaven trimestralment i instal·lant els seus equips al claustre de la parròquia, brindaven el servei sanitari que les persones acollides necessitaven. A cadascuna d'aquestes jornades, s'atenien unes 200 persones [4,5].

Després de la pandèmia i davant de la gran demanda d'assistència sanitària es va incrementar el temps d'atenció.

Salut Sense Sostre Avui, com a espai obert al centre de Barcelona, percebem un augment en el nombre de persones sense llar i en situació de pobresa extrema. Constatem que hi ha una:

- Relació persistent entre la carència d'habitatge i l'augment de la mortalitat.

- Les persones sense llar tenen una mortalitat entre 3 i 4 vegades superior a la de la població general, a conseqüència de les condicions sanitàries i d'habitatge en les que viuen.
- L'esperança de vida de les persones sense llar se situa entre els 42 i 52 anys; són, aproximadament 30 anys menys que la població general.

L'objectiu principal de Salut Sense Sostre és la millora de la situació sanitària de persones en risc d'exclusió social. Per aconseguir-ho fem activitats d'atenció sanitària ambulatoria, campanyes de prevenció, educació sanitària i promoció de la salut [6].

La nostra missió és vetllar per la salut de persones amb altes i diverses vulnerabilitats i que tenen dificultat d'accés al Sistema Públic de Salut per tal de contribuir a la reducció de les desigualtats en salut i en l'esperança de vida.

Atenem cada matí, a la mateixa parròquia, a les hores que els usuaris venen a la taula de la fraternitat (taula de menjar) (Figura 1) i alguns equips, setmanalment es desplacen a altres menjadors de la ciutat, amb una unitat mòbil.

Som una organització sense ànim de lucre, gestionada, coordinada i dirigida per un grup multidisciplinari de voluntaris, units per a oferir atenció social i sanitària a persones vulnerables. Els voluntaris de Salut Sense Sostre provenim de diversos perfils i sectors, tots ells necessaris per a dur a terme aquesta increïble labor. Encara que la gran majoria dels voluntaris venim, o estem lligats a l'àmbit de la salut. Actualment som uns 50 voluntaris.

La nostra visió ens porta a contemplar de forma holística les persones en situació de pobresa extrema i diverses vulnerabilitats, especialment en situació de sensellarisme, posant-les al centre i intentant millorar la seva situació amb els mitjans de què disposem, de forma complementària i col·laborativa amb el sistema públic de salut. Amb tots els voluntaris sanitaris, cobrim pràcticament totes les especialitats, sent de gran importància i demanda: optometria, odontologia i podologia (Figura 2).



Figura 2. Optometria.

Assumim que la salut de l'individu va més enllà del correcte funcionament de l'organisme i que les persones estan condicionades per les seves circumstàncies socials, culturals i econòmiques, influint totes elles directament en la salut física i emocional [7-8].

D'acord amb aquest plantejament, mirem d'anar més enllà del guariment puntual de patologies i ens interessem per les necessitats que ens expressa cada persona.

Considerem que l'abraçada és terapèutica, i és un recurs inesgotable que procurem dispensar en abundància.

Els nostres valors són l'esperit d'humilitat, respecte i prudència; la dedicació, voluntària i altruista.

I no perdem de vista el que cal: la resolució de problemes de salut aguts, la coordinació de patologia crònica, intentant vincular a la persona al sistema sanitari corresponent (tramitació del CIP, coordinació amb els CAP, CUAP, hospitals, etc.), establir vincles (coneixença, confiança), donar visibilitat a aquest col·lectiu i participar en fòrums de debat per millorar la seva atenció sanitària i social.

DADES DEL 2024 [9,10]

Des del punt de vista sanitari hem atès 3.943 persones al llarg de 2024 (Figura 3).

La mitjana de visites ha estat de 2,1 per persona; el 50% de les persones ha fet una única

visita un 25% tres o més i el rang ha estat entre 1 i 40 visites.

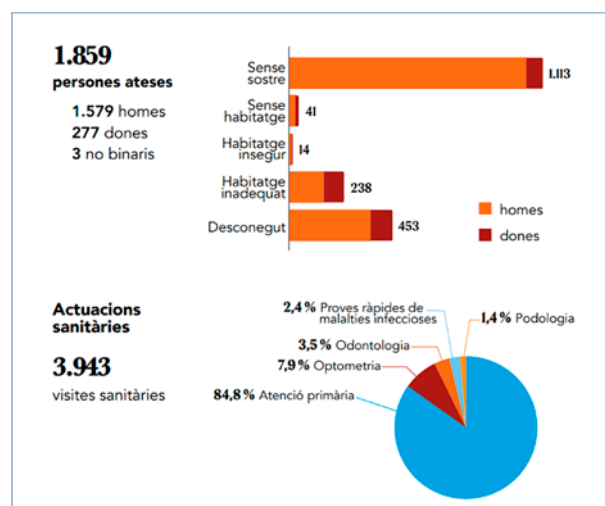


Figura 3. Persones i actuacions sanitàries 2024 [9]

Actuacions acomplertes i patologies diagnosticades

A la taula 1 es poden veure les patologies diagnosticades a homes i dones. Per a tots els grups, el grup Z de la CIM10 "Factors que influeixen en la salut i contacte amb serveis" és el que origina més visites (19,3%). En aquest grup diagnòstic s'inclouen les revisions sense símptomes, cribatge de malalties infeccioses i no, cures i problemes d'accés als serveis sanitaris. Més de dos terços de les dones i un terç dels homes que es visiten per aquests motius ho fan per procedir a revisions, un 15% de dones i un 24% d'homes per problemes directes relacionats per l'accés als serveis sanitaris públics i, la resta, per sotmetre's a cribatges de malalties infeccioses i cures, sobretot entre els homes.

El 12,58% de les visites es fan per patologies incloses en "Efectes de causes externes" per patologies traumàtiques o intoxicacions que afecten molt més els homes que les dones i un altre 12,55% per patologies de l'aparell respiratori, sense que s'observin diferències entre homes i dones. Entre les patologies respiratòries que afecten les persones ateses, al voltant d'un terç són patologies de les vies baixes, més en dones (36,1%) que homes (27,9%).

Actuacions sanitàries

De les 3.943 visites al llarg de 2024 d'acord amb els registres, 3.345 (84,8%) corresponien a consultes d'atenció primària, 312 (7,9%) d'optometria, 138 (3,5%) d'odontologia, 93 (2,4%) per realització de proves ràpides de malalties infeccioses i 55 (1,4%) relacionades amb la podologia.

La mitjana de visites ha estat de 2,1 per persona; el 50% de les persones ha fet una única visita,

Taula 1. Orientació diagnòstica

Categories CIM-10	Homes	Dones	No binari	TOTAL
AB.- Malalties infeccioses i parasitàries	138 (94,5%)	7 (4,8%)	1 (0,7%)	146 (3,7%)
E.- Malalties endocrines	53 (77,9%)	15 (22,05%)		68 (1,7%)
F.- Trastorns mentals	28 (73,7%)	10 (26,3%)		38 (1%)
G.- Malalties del sistema nerviós	78 (88,6%)	10 (11,4%)		88 (2,2%)
H05.- Malalties de l'ull	291 (76,8%)	88 (23,2%)		379 (9,6%)
H69.- Malalties de l'oïda	38 (95%)	2 (5%)		40 (1%)
I.- Malalties de l'aparell circulatori	141 (67,8%)	67 (32,2%)		208 (5,3%)
J.- Malalties de l'aparell respiratori	434 (87,7%)	61 (12,3%)		495 (12,6%)
K.- Malalties de l'aparell digestiu	366 (92,2%)	30 (7,6%)	1 (0,25%)	397 (10,1%)
L.- Malalties de la pell	264 (89,8%)	30 (10,2%)		294 (7,5%)
M.- Malalties múscul esquelètiques	211 (90,5%)	22 (9,4%)		233 (5,9%)
N.- Malalties de l'aparell genitourinari	12 (63,1%)	7 (36,8%)		19 (0,5%)
R.- Signes, símptomes i resultats anòmals	239 (89,2%)	29 (5,1%)		268 (6,8%)
S.-T.- Efectes de causes externes	456 (91,9%)	40 (8,06%)		496 (12,6%)
Z.- Factors que influeixen en l'estat de salut i contacte amb els serveis sanitaris	615 (80,8%)	144 (18,9%)	2 (0,26%)	761 (19,3%)
No consta	13 (100%)			13 (0,3%)
TOTAL	3.377 (85,64%)	562 (14,25%)	4 (0,1%)	3.943

un 25% tres o més i el rang ha estat entre 1 i 40 visites.

Projecte detecció serològica VHB, VHC, VIH

Al llarg de 2024, Creu Roja ha atès a 111 persones per la realització de test de proves ràpides per la detecció de l'estat serològic relacionat amb l'hepatitis C, B, VIH i sífilis.

El 88% de les visites eren homes i dos terços d'elles eren persones d'Amèrica central o del Sud o del Marroc.

Dues persones van ser positives en el test ràpid d'antigen de superfície d'hepatitis B i en una persona es va detectar anticòssos per VHC amb càrrega viral; totes tres van ser derivades a l'Hospital del Mar.



Figura 4. Atenció al carrer

Unitat Mòbil nocturna

L'equip de nit va començar les seves sortides el febrer de 2022 amb l'objectiu de proporcionar suport directe a persones en situació de vulnerabilitat, que viuen al carrer (Figura 4).

S'intenta donar resposta a demandes com l'alimentació: independentment, atenció Sanitària in situ per atendre necessitats immediates de salut i distribució de medicació essencial. Visites de salut animal: per part de la veterinària de l'equip.

L'Hospital de Campanya representa l'esforç col·lectiu davant d'una realitat dolorosa: no caldria tenir espais d'emergència per a persones sense llar. Així i tot, la seva existència manifesta que, gràcies al compromís de voluntaris i organitzacions, es poden oferir respostes concretes. El model ha demostrat ser resilient i continua evolucionant, sent una llum de dignitat.

Propostes per oferir una millor atenció sanitària a les persones sense llar [11].

Bibliografia

- [1]. Sales Campos A, Porzio L, Alarcón Pérez P. Diagnosi 2024. La situació del sensellarisme a Barcelona. Evolució i relació entre sensellarisme i envelliment [Internet]. Barcelona: Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar (XAPSL), Ajuntament de Barcelona; 2024. [Consulta 1 d'agost de 2025]. Disponible a: <https://www.institutmetropoli.cat/ca/estudi/diagnosi-2024-la-situacio-del-sensellarisme-a-barcelona-evolucio-i-relacio-entre-sensellarisme-i-envelliment/>
- [2]. Sánchez P. Nuestras vulnerabilidades entre el miedo y el cuidado. Ann Sagrat Cor. 2019; 26(2):62.
- [3]. El Papa: la Iglesia es un hospital de campaña en un mundo que margina y descarta [Internet]. Vaticannews.va. 2023 [Consulta 1 d'agost de 2025]. Disponible a: <https://www.vaticannews.va/es/papa/news/2023-12/papa-francisco-audiencia-unitalsi-iglesia-hospital-campana.html>
- [4]. Amorós i Pérez MJ. Perfil sociodemogràfic i motius de consulta dels pacients atesos a l'Hospital del Carrer. Ann Sagrat Cor. 2020; 27(4):169-73.
- [5]. Hospital del carrer / Hospital de Campanya Santa Anna Activitat 2019-2021. Ann Sagrat Cor. 2022; 29(1):12.
- [6]. Pérez M, Roca C. Presentació de Salut Sense Sostre. Ann Sagrat Cor. 2022; 29(0):16-7.
- [7]. Simposium. Cures sanitàries i socials de les persones sense llar: La salut quan es viu al carrer [Internet]. Ann Sagrat Cor. 2022; 29 (especial):1-31. Disponible a: https://www.annalsdelsagratcor.org/docs/Annals_vol29n0.pdf
- [8]. Juncadella Puig V. Salud mental de las personas sin hogar. Estudio observacional de campaña en Ciutat Vella, Barcelona. Ann Sagrat Cor. 2019; 26("): 63-70.
- [9]. MEMÒRIA 2024 Continuarem amb els nostres [Internet]. Barcelona: Fvm.cat; 2025. [Consulta 1 d'agost de 2025]. Disponible a: https://www.fvm.cat/wp-content/uploads/2025/05/Memoria-_2024_Larga_DEF4.pdf
- [10]. Salut Sense Sostre. Memòria 2023 [Internet]. Barcelona: Salutsensesostre.org. [Consulta 1 d'agost de 2025]. Disponible a: <https://salutsensesostre.org/memories-anuals/>
- [11]. COMB. Grup de Treball #Salut Sense Llar. Propostes per oferir una millor atenció sanitària a les persones sense llar [Internet]. Barcelona: COMB; 2024. [Consulta 1 d'agost de 2025]. Disponible a: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/1/0/10459.PDF>



Consulta de Salut sense sostre

Proyecto de Cooperación Fundación NED – Hospital Universitari Sagrat Cor

Projecte de Cooperació Fundació NED – Hospital Universitari Sagrat Cor

Cooperation Project NED Foundation – Sagrat Cor University Hospital

AAMER MALIK

Cirujano Ortopédico y Traumatólogo. Coordinador NED Orthopedics, Fundación NED.

Dondequiera que se ama el arte de la Medicina se ama también a la humanidad.

HIPÓCRATES

Es un orgullo poder compartir nuestra experiencia en el programa de desarrollo y formación en cirugía ortopédica en África. Este proyecto ha sido posible gracias al continuo apoyo institucional de la Dirección de nuestro centro, el Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC), así como a la colaboración de la Fundación NED (Neurocirugía, Educación y Desarrollo) de Valencia, el Gobierno de Zanzíbar y diversas entidades asociadas — hospitales y universidades— de África del Este, con quienes mantenemos acuerdos de cooperación institucional. El Dr. Albert Isidro, compañero del servicio de COT y jefe de docencia y la Sra. Agustina Rodríguez han sido piedras angulares en la consolidación del proyecto. Gran mérito también recae en la Fundación NED y en su presidente, el Dr. José Piquer, neurocirujano que ha estado presente desde los inicios, apoyándonos en todos los niveles: médico, organizativo, político y burocrático. En 2008, fue cofundador del proyecto de neurocirugía para el tratamiento de la hidrocefalia infantil, una iniciativa que culminó con la creación de un instituto monográfico de referencia mundial para la formación y el tratamiento de patologías neuroquirúrgicas en África.

En el ámbito de la traumatología, el proyecto comenzó en 2009 de la mano del Dr. José "Coke" Pérez del Valle, de Valencia. Desde 2017, el coordinador es el Dr. Aamer Malik, desde Barcelona, gracias al importante respaldo institucional de la Dirección del HUSC, con mención especial de la Sra. Ana Cruz y el Dr. Raúl Muñiz, así como del Dr. Xavier Mate, Director regional del grupo Quirón, cuyo compromiso con la responsabilidad social corporativa ha sido clave. Desde 2017, ha habido un total de 9 misiones quirúrgicas desde Barcelona, 31 voluntarios y donaciones en material por valor de 430.085,27 €.

El proyecto se ha centrado en la isla de Zanzíbar, Tanzania, donde la esperanza de vida es de 56 años, el sueldo medio es inferior a un dólar diario

Palabras clave: Cirugía Ortopédica; Cooperación Internacional; Países en Desarrollo; Zanzíbar

Paraules clau: Cirurgia Ortopèdica; Cooperació Internacional; Països en Desenvolupament; Zanzíbar

Keywords: Developing countries; International Cooperation; Orthopedic Procedures; Zanzibar

Correspondencia: aameremalik@gmail.com

Malik A. Proyecto de Cooperación Fundación NED-Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC). *Ann Sagrat Cor*. 2025; 32 (2): 80-85.

y se sufre un grave déficit en materia de sanidad y educación.

Actualmente, en Zanzíbar hay cinco especialistas en cirugía ortopédica y traumatología -formados en China e India- para una población de más de 1.800.000 habitantes repartidos entre las dos islas de Unguja y Pemba. La asistencia médica especializada tiene graves carencias; por ejemplo, muchos anestesiólogos locales son enfermeros con formación precaria que actúan solos ante pacientes altamente complejos. La presión sobre el hospital público es enorme: consultas y plantas saturadas y pacientes compartiendo camas o colchones en el suelo. Los profesionales trabajan en unas condiciones extremadamente duras.

La falta de sanidad pública universal obliga a los pacientes a costear gran parte de su tratamiento, incluida su manutención e higiene. Y aquí desearía destacar el cuidado y el amor que los familiares brindan a los pacientes: los mantienen aseados, los acompañan y los cuidan, todo ello en base a sus principios culturales africanos y religiosos de la isla.

Debido a la escasez de recursos, muchas patologías quirúrgicas se tratan de manera conservadora. La aplicación de yesos, la inmovilización en cama y los largos ingresos hospitalarios generan secuelas y saturan la capacidad del hospital. Los cirujanos realizan las intervenciones en condiciones subóptimas, debido a la presión asistencial y a la falta de material básico, como instrumental e

implantes. Sin embargo, compensan estas limitaciones con mucha habilidad y pericia.



Dr. José Piquer, Neurocirujano y presidente fundador de la Fundación NED.

Los cirujanos locales no tienen nada que envidiar en cuanto a su destreza quirúrgica. La Universidad de Nairobi, que sigue un modelo de enseñanza británico, tiene un nivel académico destacable e incluso brillante en algunos aspectos. La falta de recursos necesarios requiere que todo el personal tenga mucha paciencia y esfuerzo para resolver los problemas cotidianos, y por lo general, la actitud de todos es muy positiva y colaborativa. La filosofía del *"pole pole"* (paciencia) africano, tanto de profesionales como de pacientes, es auténtica y representa una verdadera lección de resiliencia y de saber estar en circunstancias excepcionalmente difíciles.

El espíritu social y solidario crea una sociedad cohesionada, donde los lazos entre pacientes y familiares son muy fuertes. Muchas veces realizan recolectas llamadas *"harambee"* para financiar tratamientos, entierros y otros gastos, ayudándose mutuamente para sobrevivir. La costumbre de soportar condiciones extremadamente duras dota a la gente de una resiliencia casi sobrenatural, que en Occidente hemos ido perdiendo en las nuevas generaciones. Siempre dicen *"Alhamdulillah"* ("Gracias a Dios"), incluso en medio del dolor, la desesperación o cuando están al borde de la muerte. Por eso, la experiencia vital de este proyecto resulta muy enriquecedora para los profesionales de nuestro entorno.

La iniciativa "Global Surgery 2030" [1-5], indica que el 75% de la población mundial (más de 5 billones de personas) no tiene acceso a la cirugía. En los países pobres esta tasa se eleva al 90% de la población. Además, existe un número elevado de fallecimientos por patologías fácilmente tratables: apendicitis, hernias, fracturas, partos... confirmando que la falta de recursos quirúrgicos es un problema de salud más grave que la malaria o enfermedades crónicas. Además, 33 millones de personas al año sufren una catástrofe financiera debido a una cirugía, llegando a suponer una pérdida económica en productividad de 12-13 trillones de dólares en los países en vías de desarrollo.



Por eso, los programas de formación y educación local son prioritarios. Nuestro proyecto con la Fundación NED se basa en la filosofía de Educar, Tratar y Equipar (ETE) que desarrollamos a continuación.

EDUCAR

Programa Docente Profesionales Africanos en Barcelona: Fellowships y Residencias

En el primer apartado de Educar, llevamos a cabo un programa de formación bidireccional única en el ámbito sanitario. Formamos en Barcelona, en el Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona, bajo la docencia y dirección médica del hospital, a especialistas de África del Este como residentes (3 años), *fellows* (6 meses) o en enfermería quirúrgica (6 meses). El Dr. Albert Isidro (cirugía ortopédica y jefe de docencia del HUSC), la Sra. Agustina Rodríguez (enfermera-quirúrgica de cirugía ortopédica) y también el Dr. Ivan Gómez (anestesia) han sido fundamentales para poder consolidar este proyecto.

El Dr. Rifat Khalfan ha sido nuestro primer residente con una estancia de tres años en nuestro hospital. Esta estancia le permite recibir un título de especialista porque tiene el respaldo del gobierno de Zanzíbar amparado por el acuerdo firmado entre el HUSC y la Fundación NED.

El Dr. Faraj Awadh fue nuestro primer *fellow* de Artroplastia y Artroscopia en Barcelona con un programa de 6 meses. Esta formación se pudo llevar a cabo debido a la relación entre nuestro grupo con la Universidad de Nairobi y la Kenya Orthopedic Association. Esta relación viene gracias a los lazos personales del Dr. Malik, nacido en Kenia y que estudió los dos primeros años de Medicina en la Universidad de Nairobi. La de Nairobi es la tercera universidad más reconocida en África (tras Sudáfrica y Egipto) con estudiantes con una excelente formación e inquietud. Este lazo nos ha permitido organizar nuestro primer congreso en África, en Mombasa, el año 2023, con la participación del servicio de HUSC de Cirugía ortopédica y Traumatología.

Programa Docente de Profesionales Españoles en Zanzíbar y Kenia

El segundo apartado de Educar forma a profesionales españoles en patología traumática en África. La propuesta va dirigida sobre todo a nuestros residentes en formación, quienes en su último año de residencia (R5) realizan una estancia de 2 semanas de misión con nosotros y luego pasan un mes en un centro de tercer nivel en Kenia. Pedro Cavadas, el conocido cirujano plástico, hizo un llamamiento social al ver que sus residentes se formaban solo para ir a la medicina privada. El famoso cirujano señala que los médicos jóvenes “no tienen ambición profesional”.

Por eso, queremos fomentar y facilitar que nuestros cirujanos jóvenes se sensibilicen con las realidades sociales en el mundo, salgan de su zona de confort (difícil) y se impliquen en la erradicación de la pobreza mundial. Así, también formamos a especialistas voluntarios, con años de experiencia en España, con una vivencia vital personal y profesional que les ha permitido tener una mirada diferente y muy necesaria de un mundo cada vez más individualista.

Nuestros residentes de último año, la Dra. Lorient Folguera y el Dr. Cesar Vázquez, en su momento disfrutaron de esta experiencia mediante estancias en el Kenyatta National Hospital de Nairobi y Coast General Hospital de Mombasa.

Formación *One to One* durante misiones de profesionales locales

En un tercer apartado de Educar también formamos a los médicos y enfermeras en Zanzíbar mediante cirugías compartidas, de manera que, actualmente, aproximadamente el 70-80% de las cirugías las realizan los médicos y enfermeras locales bajo nuestra supervisión. Ha sido muy gratificante ver la mejora de los profesionales, quizás debido al bajo nivel académico local, pero también por el gran afán de aprendizaje y rápida aceptación de las enseñanzas recibidas.

El paraguas para la formación local con apoyo internacional se da a través de COSECSA (Colegio de cirujanos de África este, sur y central). COSECSA es una organización supranacional cuyo objetivo primordial es ofrecer formación y habilitar un Título Oficial de Especialista mediante formación in situ de los diferentes hospitales no-universitarios en África bajo la tutela de *fellows* locales e internacionales acreditados. Su lema es promover las alianzas internacionales de educación, a la vez que evitar la fuga de cerebros de África. Recomiendan estancias cortas internacionales de sus miembros. El Dr. Malik y el Dr. Piquer son *fellows* internacionales asociados de COSECSA y el Instituto NED está acreditado para la formación continuada y para la educación de médicos y enfermeras en neurocirugía.

Esta organización es uno de los colectivos de colegiación médica internacional más grandes del mundo, que incluye hasta 14 países africanos. En este marco de colaboración, por primera vez la Dirección Colegiada de COSECSA accedió a valorar nuestro centro HUSC como un centro asociado para la formación de especialistas. Lo haríamos como residencia de 3 años que permitiría obtener el Título de Especialista, o para estancias más cortas, *fellows* de 3 o 6 meses, para aprender técnicas específicas como la cirugía protésica, artroscópica, etc.



Docencia durante una intervención quirúrgica a doble nivel, médico y enfermería.

TRATAR

El segundo punto de la filosofía NED es Tratar.

Se materializa mediante soporte médico y de enfermería especializados que realizan cirugías voluntarias en pacientes sin recursos. Nuestro modelo de trabajo es siempre con el equipo local, aprovechando su sabiduría y manejo en un medio altamente complicado. Se hacen misiones bianuales de dos semanas cada una para operar pacientes necesitados de manera voluntaria. Nuestro hospital es pionero en apoyar estas misiones, facilitando nuestro desplazamiento allí mediante una delegación de servicios y costeando tanto el viaje como la estancia para el equipo del HUSC desplazado a África. Muchos grandes hospitales, referentes en nuestro medio, aún no apoyan ni facilitan el desplazamiento de sus profesionales para realizar proyectos de cooperación.

La prioridad básica de nuestro proyecto es la formación del personal local con el objetivo de que sean autónomos a medio plazo en materia de salud e infraestructuras hospitalarias. En base a este principio, siempre organizamos los equipos quirúrgicos compartidos con los profesionales locales, poniendo énfasis en la formación y educación en todos los aspectos del proceso de la cirugía ortopédica. Colaboramos estrechamente con los cirujanos ortopédicos locales: Shaib Yusuf Maalim, Ibrahim Mohammad Rashid, Hamid Abdallah Masoud y Rifat Khalfan Juma. También los enfermeros locales Jasho y Hamid Ramdhani. Los enfermeros de anestesia

aprenden técnicas de bloqueos regionales con el Dr. Ivan Gómez.

Las principales patologías tratadas en Zanzíbar son: patología degenerativa, artrosis (programa de cirugía protésica), patología traumática, patología tumoral e infecciosa y patología de ortopedia infantil.

Patología Degenerativa – Programa de Cirugía Protésica

El tratamiento quirúrgico de la patología degenerativa/artróica mediante la implantación de prótesis articulares era casi inexistente en Zanzíbar cuando empezamos. Toda esta patología era derivada a Hospitales referentes de la capital tanzana, Dar es-Salaam, o a la India y eran solo unos pocos pacientes que tenían acceso a este recurso. A petición expresa del departamento de ortopedia, el presidente y gobierno de Zanzíbar, centramos el proyecto en el desarrollo de la cirugía protésica de cadera y rodilla.

El programa de formación en cirugía protésica no solo incluye los cirujanos ortopédicos, también implica formación de enfermería y anestesia en todo el proceso perioperatorio.

Empezamos con el primer set completo de prótesis de cadera que donamos a la isla en 2019, realizando 5 prótesis totales de cadera y dos hemiartroplastias con notable éxito. Las primeras cirugías las realizamos el equipo del HUSC con el equipo local, mientras que las últimas fueron realizadas, bajo supervisión, por cirujanos y enfermeros locales. Gracias a este programa de capacitación el gobierno en 2023 ha empezado a importar implantes para que se pueda llevar a cabo estas cirugías de manera programada mientras que antes eran donaciones nuestras.

Patología Traumática de Alta energía

Una parte de nuestra labor está dedicada a la atención de pacientes traumáticos agudos o sus secuelas debido a la alta siniestralidad existente en las carreteras, por accidentes laborales - caídas de altura de la construcción o de los árboles de las plantaciones de coco y clavo (muy importante en la economía local). Estas lesiones causan un gravísimo problema de salud pública. Esta patología tan abundante convierte estos centros en auténticos *trauma-centers* por el volumen y complejidad de patología (fracturas bifocales y atípicas de alta energía, de arma blanca y de armas de fuego).

Patología Tumoral e infecciosa.

También bajo la tutela del Dr. Isidro realizamos cirugías tumorales y sépticas de gran complejidad.

Patología de Ortopedia Infantil

Por otro lado, la Ortopedia Infantil sigue siendo un apartado pendiente de nuestro proyecto al no depender de nosotros. Tuvimos la colaboración con otros hospitales de Barcelona, con doctores como el Dr. Dani Pacha, jefe de cirugía ortopédica pediátrica del Hospital Vall d'Hebron en 2022, pudiendo operar a 14 pacientes con patología compleja pediátrica y visitando a unos 50 pacientes en las consultas. La Dra. Carolina Pozo ha sido becada por la SECOT para ayudarnos en este apartado en nuestra próxima misión también.

Modelo de misiones

Después de años de cooperación, hemos conseguido un modelo de trabajo que siempre reproducimos. Nuestro equipo llega un viernes o un sábado y empezamos a trabajar el domingo atendiendo a unos 80-100 pacientes en las consultas externas, y en plantas con pacientes previamente seleccionados según grado de complejidad, por el equipo local. El lunes hacemos inventario del material y planificamos las cirugías para las siguientes dos semanas cuando operamos entre unos 35 pacientes de promedio. A las 8.00 h, realizamos una sesión conjunta docente con el equipo local, para después dividirnos y realizar cirugías, visitas en consultas externas y pasar planta cada día aproximadamente hasta las 18.00 h.

Quiero destacar que trabajar en quirófano en África no es fácil. Se pasan momentos complicados y desesperantes. Recuerdo un paciente con un sangrado complicado en el que no teníamos bisturí eléctrico y de repente se fue la luz y no funcionaba el aspirador. Otro caso en el que tenía al paciente abierto y no entraba la prótesis más pequeña que teníamos. Debes tener calma y habilidades para buscar soluciones y eso es algo que se aprende. De todas estas situaciones se sale y pienso en la trayectoria del proyecto - además bastante bien. No obstante, este entorno no es para todo el mundo y quiero destacar que me siento muy privilegiado de haber tenido el apoyo del Dr. Iván Gómez en los momentos más complicados intraoperatorios, por su sabiduría y calma.

Con relación a los cursos formativos, realizamos sesiones bibliográficas y docentes sobre diferentes apartados de patología ortopédica que surgen. La base de formación teórica son las sesiones clínicas conjuntas, consultas en común con decisiones quirúrgicas según tiempo y recursos disponibles. A lo largo de las dos semanas en consultas externas, visitamos casi 150 enfermos, muchos de ellos de gran complejidad. Los médicos más jóvenes aprenden exploraciones físicas comprensivas y consiguen autonomía para realizar infiltraciones articulares de hombro, codo y rodilla. Actualmente, mantenemos un grupo de trabajo virtual donde compartimos casos complicados y dudas.



Sra. Agustina Rodríguez

En cuanto al apartado de enseñanza para enfermería del proyecto, la Sra. Agustina Rodríguez realiza formación en base a la organización de quirófano. Hemos instaurado protocolos básicos en el manejo de las cajas ortopédicas y esterilización configurando un armario móvil de implantes y material quirúrgico para facilitar los procesos quirúrgicos. Entender estos protocolos es imprescindible para el personal médico, el de enfermería y el auxiliar. Así, se mejora en la gestión del proceso quirúrgico y en la gestión de los recursos limitados que tienen. Introducimos el concepto del *checklist* quirúrgico, lavado del campo prequirúrgico y adecuada y mejorada pauta de profilaxis antibiótica, de ácido tranexámico, así como protocolos del dolor pre y postoperatorio para las prótesis.

El Dr. Iván Gómez ha sido fundamental para dar estabilidad y calidad al proyecto, ha sostenido si-

tuaciones de pacientes complejos y a la vez ha tenido iniciativa y voluntad en formar a todos los médicos y enfermeros de anestesia en técnicas locoregionales y procesos perioperatorios.



Dr. Amer Malik con Dr. Faraj Awadh.

EQUIPAR

El tercer apartado de la filosofía NED es Equipar. Este apartado es complejo, intensivo y precisa una meticulosa gestión administrativa local e internacional para llevar a cabo de manera ética y segura. El material donado es a veces nuevo o reacondicionado, pero siempre revisado y funcional. A veces son implantes obsoletos en nuestro medio, pero perfectamente funcionales para poder realizar cirugías de manera responsable en África. El material ha sido donado principalmente por el HUSC, otros hospitales (principalmente Grupo Quirónsalud) y empresas comerciales con las que tenemos relación (a destacar Smith & Nephew, MBA y Aibada). Estas donaciones suponen un beneficio fiscal para la empresa donante, ya que puede desgravar.

La primera parte del manejo del material donado consiste en su almacenamiento y luego preparación y esterilización previa al envío. Sin el apoyo logístico de nuestro hospital para el almacenaje y procesamiento de este material el proyecto sería inviable. No tenemos en cuenta las horas de trabajo invisible del servicio, voluntarios, residentes, enfermeras y sobre todo los compañeros de mantenimiento y esterilización para preparar cada misión.

El departamento de mantenimiento de nuestro hospital realiza una ayuda invaluable en el momento de supervisar y actuar directamente en la revisión y mejora de las infraestructuras hospitalarias de Zanzíbar.

Todo el envío del material y la posibilidad de cruzar fronteras requiere un trabajo minucioso de planificación y administración. Sin el apoyo y experiencia de la fundación NED y el apoyo institucional del gobierno de Zanzíbar sería imposible. Durante nuestras estancias siempre tenemos reuniones con la Dirección del hospital, con el ministro y representantes del Ministerio de Sanidad y en alguna ocasión, con el presidente. Se

necesita esa relación para consolidar el proyecto y confirmar el apoyo local para la continuidad de nuestro trabajo. Tenemos claro que queremos remarcar a los políticos y al gobierno de Zanzíbar que nuestro trabajo es de educación y de apoyo, pero no de sustitución en llevar a cabo sus responsabilidades de mejora de educación e infraestructura de su país.

No podríamos finalizar esta Memoria sin decir que todo el equipo está en deuda con la Fundación NED y la Dirección del HUSC por apostar por el proyecto que está contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial y de vida de profesionales y pacientes que viven en un país que carece de los recursos adecuados. Y, con respecto a nosotros, el volvernos más humanos.

REFERENCIAS

[1]. Kebede MA, Tor DSG, Akilu T, et al. Identifying critical gaps in research to advance global surgery

by 2030: a systematic mapping review. BMC Health Serv Res. 2023 Sep 4;23(1):946. doi: 10.1186/s12913-023-09973-9.

[2]. Roa L, Jumbam DT, Makasa E, et al. Global surgery and the sustainable development goals. Br J Surg. 2019;106(2):e44-e52. doi: 10.1002/bjs.11044

[3]. Haider A, Scott JW, Gause CD, et al. Development of a Unifying Target and Consensus Indicators for Global Surgical Systems Strengthening: Proposed by the Global Alliance for Surgery, Obstetric, Trauma, and Anaesthesia Care (The G4 Alliance). World J Surg. 2017 Oct;41(10):2426-34.

[4]. Shrimpe MG, Dare A, Alkire BC, et al. A global country-level comparison of the financial burden of surgery. Br J Surg. 2016 Oct;103(11):1453-61. doi: 10.1002/bjs.10249

[5]. Meara JG, Greenberg SL. The Lancet Commission on Global Surgery Global surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare and economic development. Surgery. 2015 May;157(5):834-5.



Mi experiencia formativa en Ortopedia en Barcelona

RIFFAT KHALFAN JUMA

Residente COT. Hospital Universitari Sagrat Cor

Escribo estas palabras con una profunda gratitud y una mente que se ha enriquecido durante meses de aprendizaje intenso y experiencias inolvidables. Mi viaje desde Zanzíbar hasta Barcelona, posible gracias a una extraordinaria colaboración médica, ha transformado no solo mi carrera, sino también la esperanza que me llevo conmigo para el futuro de la atención sanitaria en mi país.

Quiero comenzar dando las gracias al Dr. Aamer Malik, al Dr. Albert Isidro y a los directores del Hospital Universitari Sagrat Cor por haberme acogido en este programa de formación. Su generosidad me ha permitido sumergirme en la formación de Ortopedia y Traumatología con uno de los equipos más destacados que he conocido.



El especialista de rodilla de España, Dr. Ramonela, y el jefe del departamento del Hospital Mnazi Mmoja, Dr. Shaib, enseñan al Dr. Riffat cómo interpretar una resonancia magnética de rodilla.

Estos doctores no solo me han formado, sino que me han guiado, apoyado y moldeado como profesional y como persona. Reconozco que no siempre ha sido fácil trabajar conmigo. Mi carácter dista mucho de ser perfecto, y sé que en ocasiones mi personalidad peculiar ha complicado las cosas. Sin embargo, incluso en los momentos más difíciles, han demostrado paciencia y compromiso. Nunca podré pagarles completamente lo que han hecho por mí. Llevaré conmigo su amabilidad, sus enseñanzas y los recuerdos de esta etapa durante toda mi vida.

La formación que recibí en el Hospital Universitari Sagrat Cor ha sido, sin exagerar, transformadora. Antes de llegar a Barcelona, había muchas condiciones ortopédicas que nunca había visto o que no sabía que podían tratarse. Hoy regreso a Zanzíbar

con nuevos conocimientos, confianza y un renovado sentido de misión.

He tenido la gran fortuna de formarme en artroplastias de rodilla y cadera, procedimientos que son de gran necesidad en Zanzíbar. Muchos de nuestros ancianos sufren enfermedades degenerativas, y los jóvenes se lesionan con frecuencia en accidentes de alta velocidad. Hasta ahora, no había ningún médico local capacitado para realizar reemplazos articulares. Con las habilidades que he adquirido, por fin puedo ayudar a cubrir esta necesidad.

Además, mi tiempo aquí me ha enseñado el verdadero significado de trabajar en un entorno coordinado, académico y multidisciplinar. Desde cirujanos hasta enfermeros y anestelistas, he aprendido que la colaboración es la base del éxito en la atención médica.

Otro aspecto invaluable de esta experiencia han sido los contactos profesionales que he podido establecer entre departamentos. Estas relaciones serán esenciales en el futuro, a medida que sigamos construyendo puentes entre nuestros dos países para misiones médicas, formación y apoyo.

Este proyecto ha tenido un impacto profundo en las vidas de muchos zanzibareños pobres y vulnerables, la mayoría de los cuales anteriormente no tenía acceso a atención ortopédica especializada. Antes de que comenzara este programa, innumerables personas no eran tratadas o eran mal diagnosticadas debido a la falta de cirujanos ortopédicos formados, equipos adecuados y conocimientos médicos dentro del sistema de salud local. Las personas que sufrían fracturas, dislocaciones articulares, deformidades congénitas o enfermedades degenerativas a menudo no tenían ninguna solución real disponible. Muchos acababan viviendo con dolor crónico, discapacidades permanentes o incluso enfrentando amputaciones —todo lo cual podría haberse evitado con el tratamiento adecuado.

Para la mayoría de las familias en Zanzíbar, viajar al extranjero para una cirugía simplemente no es una opción viable. Los costos de transporte, visados, alojamiento y tratamiento médico están muy por encima de lo que una familia promedio puede pagar. Por eso este proyecto es tan poderoso: lleva el tratamiento a la gente, abordando directamente las necesidades locales sin que tengan que abandonar sus hogares ni gastar dinero que no tienen.

A lo largo de los años, la iniciativa ha tratado a cientos de pacientes con traumas complejos, in-

fecciones, fracturas no tratadas y enfermedades articulares. En muchos casos, eran pacientes que ya habían perdido la esperanza. Algunos llevaban años viviendo con lesiones. Gracias a esta iniciativa, cirugías que antes parecían imposibles —como reconstrucciones de extremidades, reemplazos de cadera y rodilla, y correcciones de deformidades— se realizaron con éxito. Estos tratamientos no solo han dado alivio físico, sino también la posibilidad de volver a trabajar, cuidar de sus familias y vivir con dignidad.

Otro aspecto clave del proyecto es su enfoque humanitario. No está impulsado por el beneficio económico ni por agendas externas, sino por un deseo genuino de mejorar la atención médica para quienes más lo necesitan.

Los equipos de Barcelona, liderados por el Dr. Malik y el Dr. Albert Isidro, han trabajado de manera voluntaria —donando su tiempo, conocimiento y recursos para marcar la diferencia. El programa ha proporcionado cirugías gratuitas, consultas gratuitas, instrumental quirúrgico, equipamiento médico y apoyo técnico al hospital local. Para los ciudadanos pobres de Zanzíbar, este proyecto ha sido un salvavidas. Se han cambiado vidas, no solo mediante tratamiento médico, sino devolviendo dignidad, independencia y esperanza. También se ha demostrado lo que es posible cuando la cooperación internacional se basa en el respeto, la humildad y un compromiso compartido con la humanidad.

Esta iniciativa es más grande que yo. Desde el principio ha enfrentado muchos obstáculos —algunos en Barcelona, pero aún más en Zanzíbar. Sin embargo, gracias a la determinación y visión del Dr. Malik y el Dr. Isidro, no solo ha sobrevivido, sino que ha prosperado.

He visto con mis propios ojos cómo esta iniciativa ha cambiado vidas. Pacientes que antes estaban destinados a vivir con discapacidades permanentes han recibido intervenciones que les han salvado. Condiciones que antes se consideraban intratables ahora están siendo atendidas. Muchas de estas personas ni siquiera sabían que esos tratamientos existían.

Y más allá de los pacientes, también ha transformado a los trabajadores sanitarios —formando y empoderando a médicos y enfermeros en Zanzíbar para ofrecer una atención más profesional y efectiva. Esto no es solo caridad, es sostenibilidad. El proyecto reconoce la necesidad de formar a más médicos locales para que Zanzíbar algún día sea totalmente autosuficiente. Me siento increíblemente honrado de haber sido el primer seleccionado para esta oportunidad, y sé que muchos más seguirán. Las semillas del cambio ya han sido sembradas.

Al regresar a casa, lo hago con una nueva comprensión de mi papel —no solo como médico, sino como agente de transformación. Las habilidades que he adquirido, el conocimiento que he absorbido y las relaciones que he construido no son solo míos, pertenecen al pueblo de Zanzíbar.

Espero poder transmitir todo lo aprendido: tratar a los que lo necesitan, apoyar a mis colegas y contribuir al desarrollo a largo plazo de la atención ortopédica en la isla. A los directores del hospital, al Dr. Malik, al Dr. Isidro y a todos los que me acogieron, me enseñaron o simplemente creyeron en mí: gracias. No solo han ayudado a un joven médico, han ayudado a toda una comunidad.

En definitiva, este programa es un puente entre continentes, entre sistemas de salud, entre sueños y realidades. Y ahora, más que nunca, creo que el futuro de la medicina en Zanzíbar está lleno de esperanza.



El Dr. Hamid Masoud, cirujano ortopédico, realiza una cirugía de prótesis total de rodilla en el Hospital de Lumumba en Zanzíbar, bajo la supervisión del Dr. Aamer Malik y con la asistencia del Dr. Riffat Khalfan.

TeleDerma2

La Dermatologia és una especialitat complexa, que exigeix molt bona formació i molta experiència, doncs el pacient acostuma a visualitzar amb preocupació les lesions i demana respostes ràpides i resolutives.

Tot això es complica a l'àmbit de persones que, per determinats motius, no consulten els serveis mèdics habituals: per trobar-se a llocs de difícil desplaçament -hi ha experiències de dermatòlegs que responen a distància, des de diferents continents les consultes que se'ls formulen-, o bé per condicions d'exclusió social.

Les persones sense llar s'enfronten a una àmplia gamma de problemes dermatològics, des d'afeccions comunes com l'acne i l'eczema fins a problemes greus com la cel·lulitis, les úlceres a les cames i el càncer de pell. L'abús de drogues, l'abús domèstic i sexual, i les infestacions parasitàries compliquen encara més la salut dermatològica d'aquesta població. El diagnòstic i intervenció ràpids poden ajudar a una detecció primerenca de problemes dermatològics greus com infeccions o malalties autoimmunes abans que aquestes es converteixin en un problema més seriós; i també permet un seguiment de controls periòdics de manera remota, facilitant l'adhesió del pacient.

La teledermatologia mòbil permet accés a diagnòstic ràpid i sense barreres, ja que no és necessari el desplaçament ni tenir hora prèvia; també s'elimina el requisit de targeta sanitària o documentació, que pot resultar problemàtic en alguns casos. A més, ha esdevingut una eina prometedora per millorar l'accés a l'atenció dermatològica, mostrant millores significatives en els resultats clínics i l'accessibilitat, especialment en entorns urbans desafavorits.

Això no obstant, persisteixen desafiaments, com la bretxa digital que afecta les persones grans i les poblacions de baixos ingressos, cosa que podria agreujar les disparitats.

Abordar les necessitats dermatològiques de la població sense llar requereix un enfocament multidisciplinari. La teledermatologia ofereix una solució viable per millorar l'accés i l'eficiència de l'atenció, però es requereixen esforços addicionals per garantir la inclusió i evitar una marginació més gran.

El sistema sanitari en general, i les entitats vinculades a la salut de la població vulnerable també es poden beneficiar de la teledermatologia, ja que permet una optimització de recursos en poder prioritzar casos greus i reduir la saturació d'urgències; però també incideix en una intervenció comunitària eficaç en facilitar la feina de les unitats mòbils de salut i millorar la coordinació entre professionals sanitaris i treballadors

socials. Les futures estratègies s'han de centrar en la integració de la teledermatologia amb altres serveis de suport per crear un model d'atenció integral per la població desafavorida.

PROJECTE TELEDERMA2

A partir d'una excepcional oferta de col·laboració, el mes de febrer de 2020, just abans de la pandèmia per la COVID, del Dr. Jesús González Rupérez, membre del Servei de Dermatologia de l'Hospital de Viladecans, es va posar en marxa un projecte de teledermatologia per a persones socialment marginades.

En aquest projecte pilot són els professionals, i no els pacients, els que generen la consulta, tot proporcionant: edat, sexe, antecedents de base i descripció detallada dels símptomes: duració, molèsties... i, fonamental, una o més fotos, clares i ben enfocades de la zona afectada, que es fan amb el telèfon mòbil i s'envien a consulta mitjançant missatgeria electrònica. En ocasions, es recomana fer servir un regle a la imatge per a veure la grandària de la lesió.

Avui en dia la majoria de *smartphones* disposen de càmeres de qualitat prou acurada per a proporcionar bones imatges.

Primer va ser un projecte dins un grup de treball, però més endavant s'ha consolidat amb un projecte més ampli: TeleDerma2, que aglutina a serveis de Barcelona, de primera línia, que actuen al carrer. Aquests, prèvia autorització del pacient, envien la consulta en les condicions pactades.

El projecte va ser iniciat el 14 de març de 2020 i en l'actualitat té 25 membres. S'han formulat consultes des d'Àmbit Prevenció, CAS Baluard, ESMES, Metzineres, Arrels, Salut Sense Sostre, i Llar Pere Barnés.

Val a dir que es compta també amb la col·laboració del Dr. Daniel Roca que aporta als debats la seva experiència en el camp clínic, concretament en la zona de Raval Sud.

És un excel·lent recurs que assessora sobre l'actuació que es pot dur a terme.

- [1]. Gallagher K, Talasila S, Bistline A et al. Addressing dermatologic concerns and teledermatology in undomiciled and sheltered populations. *Arch Dermatol Res.* 2024 Aug 19;316(8):534. doi:10.1007/s00403-024-03274-9
- [2]. Eachus E, Rasul T, Henderson A. Melanoma Identification and Management in an Unsheltered Male Using Teledermatology: Street Medicine Perspective. *JMIR Dermatol.* 2022 Nov 4;5(4):e42113. doi: 10.2196/42113.

Síndrome d'Ekbom o deliri de parasitosi

Síndrome de Ekbom o delirio de parasitosis

Ekbom syndrome or delusional parasitosis

JESÚS GONZÁLEZ RUPÉREZ^a, DANIEL ROCA LAHIGUERA^b

^aTeleDerma2, Salut Sense Sostre; ^bCentro de Atención Primaria (CAP) Raval Sud, Institut Català de la Salut, Barcelona.

Paraules clau: Deliri de Parasitosi/ psicologia; Malalties Cutànies Parasitàries; Trastorns psicòtics.

Palabras clave: Delirio de parasitosis/ psicología; Enfermedades Cutáneas Parasitarias; Trastornos psicóticos.

Keywords: Delusional parasitosis/ psychology; Psychotic Disorders; Skin Diseases, Parasitic.

Rebut: 2-juny-2025

Acceptat: 3-juliol-2025

Correspondència: 6153jgr@gmail.com

González Rupérez J, Roca Lahiguera D. Síndrome d'Ekbom o deliri de parasitosis. *Ann Sagrat Cor*. 2025; 32(2): 89-91.

RESUMEN

El delirio de parasitosis (PD) es un tipo somático de trastorno delirante, generalmente monosintomático, en el que los pacientes están convencidos de estar infestados con parásitos animales, aunque no existe evidencia objetiva que respalde esta creencia. En la PD secundaria, el trastorno delirante surge como consecuencia de otro trastorno médico, neurológico o psiquiátrico importante. Prácticamente todos los pacientes rechazan la ayuda psiquiátrica. Se pueden recetar medicamentos sintomáticos para aliviar el prurito, el dolor y otros síntomas.

ABSTRACT

Delusional parasitosis (DP) is a somatic type of delusional disorder, usually mono-symptomatic, in which the patients are convinced they are being infested with animal parasites while no objective evidence exists to support this belief. In secondary DP, the delusional disorder arises secondary to another major medical, neurological, or psychiatric disorder. Practically all patients refuse psychiatric help. Symptomatic medication may be prescribed for the relief of pruritus, pain, and other symptoms.

RESUM

La parasitosi delirant (PD) és un tipus somàtic de trastorn delirant, generalment monosintomàtic, en què els pacients estan convençuts d'estar infestats amb paràsits animals, encara que no hi ha evidència objectiva que recolzi aquesta creença. A la PD secundària, el trastorn delirant sorgeix a conseqüència d'un altre trastorn mèdic, neurològic o psiquiàtric important. Pràcticament tots els pacients rebutgen l'ajuda psiquiàtrica. Es poden receptar medicaments simptomàtics per alleujar la pruija, el dolor i altres símptomes.

INTRODUCCIÓN

La síndrome d'Ekbom (SE) és el terme clínic per al qual popularment es coneix com a deliris de parasitosi o parasitosi delirant, anomenat així pel psiquiatre suec Karl-Axel Ekbom que va informar d'una sèrie de vuit casos que presentaven una convicció delirant d'estar infestats per petits organismes (és a dir, insectes, libèl·lules, puces, aranyes, etc.) [1], proporcionant una descripció definitiva de la malaltia [1]. Entre els sinònims utilitzats per al SE s'inclouen dermatofòbia, deliris d'infestació i neurodermatitis parasitofòbica [2]. Tot i que les publicacions inicials es referien a la malaltia com a acarofòbia (por dels àcars), la SE no és una fòbia, ja que l'individu no tem els insectes, sinó que està convençut que estan infestant el seu cos.

La 10a edició de la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10) [3], i la 5a edició del Manual

Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5) [4] classifiquen els trastorns delirants com un trastorn delirant persistent (CIM-10) o com un tipus somàtic de trastorn delirant (DSM-5; infestació delirant primària) o en el context d'un trastorn psiquiàtric o mèdic que afecta la funció cerebral (infestació delirant secundària).

Ara bé, la parasitosi delirant es pot presentar aïlladament (no explicada per cap altra afecció mèdica) i, per tant, es denomina parasitosi/infestació delirant primària; o ser secundària a trastorns psiquiàtrics, afeccions mèdiques generals, substàncies terapèutiques o recreatives o malalties cerebrals orgàniques i, com a resultat, s'anomena parasitosi delirant secundària [5,6].

Tot i ser un deliri, la SE gairebé sempre s'acompanya d'al·lucinacions tàctils d'una sensació de formigueig, o una sensació de mossegada o coïssor. La SE també sol incloure al·lucinacions

visuals en què l'individu percep materials comuns com borrissol i restes de pell com els agents causants: els insectes.

CONSULTA

Home de 42 anys. Consumidor diari de cocaïna. Presenta lesions en el braç, que descriu com a

produïdes per "bitxos", que l'han infestat des de fa un mes (Figura 1). Les lesions han estat ocasionades pel mateix pacient, rasant-se i mirant d'eliminar els bitxos.

Diagnòstic de presumpció

Delusions parasitàries, síndrome de Ekbom o deliri de parasitosis



Figura 1. Síndrome de Ekbom

DISCUSSIÓ

En els consumidors de cocaïna, la SE és una entitat coneguda, i els "paràsits" es denominen "bacteris de la cocaïna" [7]. Com en el nostre cas, els pacients amb DP descriuen insectes que s'arrossegueu sota la pell, mosseguen i excaven. L'erupció autoinfligida és papular, excoriada i eritematosa i es limita a les parts del cos que el pacient pot arribar (i gratar-se).

Diversos articles descriuen infestació delirant secundària al consum d'amfetamines, abús de cocaïna, teràpia crònica amb opioides, prescripció de metilfenidat, i alcohol. Un estudi internacional va avaluar la prevalença del consum de substàncies entre pacients amb síndrome d'Ekbom reclutats a Anglaterra, Alemanya i els Països Baixos, documentant al voltant del 30% dels pacients positius per a qualsevol droga dura o tova provada [8,9]

La infestació delirant pot anar acompanyada de pruija intensa i el desenvolupament d'una dermatitis artefacta, ja que els pacients es graten les parts afectades fins que la pell es descompon i poden fer un ús excessiu de desinfectants o insecticides, cosa que al seu torn pot generar danys a la pell. De vegades, es poden reportar lesions, gratats, excoriacions, incloent-hi excavacions a la recerca del paràsit. A més, en el seu intent d'eliminar els paràsits de la pell, els subjectes poden realitzar rentats repetits del cos i dels cabells, desinfeccions repetides de la seva llar, canvis continus de roba, consultes recurrents amb dermatòlegs o altres especialistes mèdics [5,6].

Els subjectes també poden manifestar al·lucinacions tàctils (per exemple, "infecció per la cocaïna" entre els consumidors de cocaïna, formigació, picor, etc.), ocasionalment acompanyades d'al·lucinacions visuals (és a dir, presència de paràsits o els seus ous) i/o olfactivas [5].

El tractament tòpic requereix rentar, desinfectar i tapar les ferides.

Requereix control psiquiàtric, malgrat que els pacients presenten rebuig al tractament psiquiàtric. Inicialment, els pacients solen buscar ajuda dermatològica o de malalties infeccioses, ja que no consideren que el seu problema sigui d'origen psiquiàtric.

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Ekbom KA. Der präsenile dermatozoenwahn. Acta Psychiatr Neurol Scand. 1938;33:227-59 [reprinted as "The Pre-senile Delusion of Infestation," Classic Text No. 54, History of Psychiatry 2003, 14:232-56]
- [2]. Freudemann RW, Lepping PL. Delusional infestation. Clin Microbiol Rev. 2009;22:690-732.
- [3]. World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. (10th revision., 2nd ed.). Geneva: World Health Organization; 2004.



- [4]. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA; 2013.
- [5]. Orsolini L, Gentilotti A, Giordani M, et al. Historical and clinical considerations on Ekbom's syndrome. Int Rev Psychiatry. 2020 Aug-Sep;32(5-6):424-436.
- [6]. Hinkle NC. Ekbom syndrome: a delusional condition of "bugs in the skin". Curr Psychiatry Rep. 2011 Jun;13(3):178-86.
- [7]. Koo J, Lee CS. Delusions of parasitosis: A dermatologist's guide to diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol. 2001; 2: 285-290.
- [8]. Elliott A, Mahmood T, Smalligan RD. Cocaine bugs: a case report of cocaine-induced delusions of parasitosis. Am J Addict. 2012 Mar-Apr;21(2):180-1.
- [9]. Lepping P, Noorthoorn EO, Kemperman PMJH et al. An international study of the prevalence of substance use in patients with delusional infestation. J Am Acad Dermatol. 2017 Oct;77(4):778-779.
- [10]. Mansilla-Polo M, Martín-Torregrosa D, Botella-Estrada R. Delusional parasitosis (Ekbom's syndrome). Semergen. 2025 Jul-Aug;51(5):102423. doi: 10.1016/j.semerg.2024.102423

Seguridad y Salud en el Entorno Laboral del Hospital.

I Jornada de Seguridad y Salud

SUSANA ALCAIDE SITGES, ROBERTO FRANCISCO DÍAZ

Departamento de Prevención, HUSC

El pasado 28 de abril, el Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC) acogió la I Jornada de Seguridad y Salud, una iniciativa organizada con motivo del Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La I Jornada de Seguridad y Salud ha sido diseñada como un evento dedicado a divulgar, visibilizar y sensibilizar a todo nuestro personal sobre la importancia de mantener un entorno laboral seguro y saludable. La iniciativa busca implicar a todo el centro, fomentando la participación activa de profesionales de diferentes departamentos, así como del resto de los compañeros del grupo Quirónsalud.

En el compromiso por ampliar el alcance y promover la formación, el Departamento de Prevención del HUSC ha establecido contacto con la Escola de Prevenció i Seguretat Integral (EPSI) para que la Jornada también sea una oportunidad de aprendizaje para los estudiantes de grado en prevención y seguridad. De esta manera, se pretende crear un espacio de *networking* enriquecedor para todos los asistentes, promoviendo la colaboración y el intercambio de conocimientos entre profesionales y futuros expertos.

Siguiendo esta línea, las principales ponencias fueron:

- **Prevención y gestión de emergencias con práctica en "casa de humo".** GEPCO Formación.

La práctica en una "casa de humo" o caseta de rescate y fuego es una forma de simular situaciones de emergencia, especialmente en incendios. Estos ejercicios ayudan a familiarizarse con las técnicas de rescate, los equipos de protección y las estrategias de evacuación en caso de incendio.

Se utiliza sobre todo en:

- Simulacros de rescate: permite practicar técnicas de búsqueda y rescate en ambientes con humo, incluyendo la utilización de equipos de respiración autónoma (ERA).
- Entrenamiento en evacuación en caso de incendio: enseñando cómo actuar cuando se encuentra con humo y poca visibilidad, y cómo seguir las rutas de evacuación.
- Prácticas con equipos: los bomberos pueden practicar la utilización de equipos de protección individual (EPI), como máscaras y trajes, dentro de la casa de humo, así como el uso de equipos de extinción de incendios.

- Educación en prevención: sobre las medidas de seguridad en caso de incendio, como la importancia de tener un plan de escape, el uso de detectores de humo y la necesidad de llamar a los bomberos.

La caseta de rescate permite familiarizarse con el entorno de un incendio, incluyendo el humo, el calor y la poca visibilidad, lo que mejora la capacidad para responder de forma efectiva en una emergencia real, ayuda a desarrollar habilidades de rescate, búsqueda y evacuación y mejora la coordinación y la capacidad de tomar decisiones en situaciones de crisis.



- **Gestión de Emergencias.** GEPAPP®

Demostración de una aplicación tecnológica innovadora en el sector de la prevención, protección y gestión de emergencias, que permite la gestión centralizada y estandarizada de emergencias en todas sus ubicaciones. Esta aplicación incluye:

- Directorio de contactos
- Formación online

- Actuación en emergencias/protocolos y roles
- Gestión de los Planes contra incendios (PCI)
- Auditorías (control y seguimiento del inventario, verificación estado de los activos, registros y generación de informes)
- Gestión Coordinación de Actividades Empresariales (CAE) para agilizar la gestión documental en eventos, donde la rapidez y eficiencia son clave.

Se enfatiza la necesidad de redacción e implantación de Planes de Autoprotección adaptados a las necesidades específicas de cada cliente, con un enfoque integral que garantiza el cumplimiento del Real Decreto 393/2007 y normativas locales.

- **Riesgo biológico en ámbito sanitario.** Cristina Bercero. MC Mutual.

Se denomina riesgo biológico al riesgo que deriva de la manipulación o exposición a agentes patógenos.

El riesgo biológico en el ámbito sanitario incluye: exposición a agentes infecciosos, riesgo de accidentes con material punzocortante, alergias y

toxicidad, además de enfermedades que puede contraer a consecuencia de su exposición laboral.

Las principales medidas de prevención son la vacunación, el lavado de manos, limpieza de lesiones y uso de guantes, así como elementos de protección individual.

- Es esencial integrar dentro del Hospital las normas de bioseguridad, como la descontaminación de superficies y la gestión adecuada de residuos, para reducir el riesgo de transmisión de infecciones.
- El personal sanitario debe conocer los riesgos biológicos a los que está expuesto y tomar las medidas preventivas adecuadas.
- La vigilancia de la salud del personal sanitario, incluyendo la detección temprana de enfermedades infecciosas y el seguimiento de la exposición a agentes biológicos, es fundamental.

Esta jornada ha querido materializar una oportunidad única para fortalecer nuestra cultura de seguridad, aprender de expertos y compartir experiencias que contribuyan a mejorar nuestro entorno laboral. La participación de todos es fundamental para seguir avanzando hacia un hospital más seguro y saludable para todos.



El Doctor Francesc Carbonell Solés

MIQUEL BRUGUERA CORTADA, MERCÈ VIGUER

Unitat d'Estudis Acadèmics, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Francesc Carbonell Solés, (figura 1), fill del mestre fuster Martí Carbonell Blancat i de Reparada Solés Sais, va estudiar a l'antiga Facultat de Medicina del carrer del Carme de Barcelona on es llicencià el mes de juny de 1894 i, l'any següent, es doctorà a Madrid amb la tesi *Estudio sobre la Inflamación en general*.

De tornada a Barcelona, ingressà com a metge internista al Servei de Malalties Generals, denominació que precedeix la de Medicina Interna, de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona, llavors dirigit per Josep Bach Escofet, successor del primer director del servei Joan Anguera Caylà. Carbonell va pertànyer al Cos Facultatiu d'aquest centre del qual, més endavant, va esdevenir director, essent abans cap de la Policlínica quan va succeir Hermenegild Puig Sais, moment en què assumeix la direcció del Servei de Medicina Interna. És possible que fos parent del Dr. Puig i Sais, que tenia el mateix cognom segon que sa mare.

Home de tendència conservadora, Francesc Carbonell pertany a la Germandat dels Sants Cosme i Damià alhora que és soci de mèrit de l'Institut Mèdic Valencià i membre de l'Acadèmia d'Higiene de Catalunya, institució que, el 1895, premia el seu treball sobre *La Historia de la Legislación Sanitaria*, publicada a Gaceta Médica Española el 1897.

Dos anys després, novament, obté la menció honorífica de l'Acadèmia per la memòria *Valor profiláctico y etiológico de la combustión, la oxidación y la nitrificación*. Però, els premis no acabien. Cal tornar a l'any 1897, quan amb el seu *Estudio comparativo, experimental y clínico de la viruela*, Francesc Carbonell obté el seu primer Premi Garí, que atorga la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Barcelona (RAMC). L'any següent, arriba un segon per *La noción filosófica de la unidad* i, finalment el 1900, guanya el tercer Premi Garí per *Estudio de la cistitis tuberculosa, concepto clínico y tratamiento de la misma*. I, a més, amb aquest darrer guardó rep la designació d'acadèmic corresponent de la RAMC.

Amb consulta pròpia al número 80 del carrer Claris, Francesc Carbonell és col·laborador del doctor Vidal Solares i es converteix en l'autor que més articles publica a la revista que el mestre ha creat i dirigeix *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, que s'edita des del 1895 al 1909, moment que canvia la capçalera i passa a titular-se *Revista de l'Hospital de Nens*, dirigida igualment per Vidal Solares.



Figura 1. Dr. Francesc Carbonell Solés.

Carbonell hi publica un centenar d'originals, escriu 444 comentaris d'articles a més de nombroses notes i diversos resums dels articles d'altres autors que es publiquen a revistes nacionals i estrangeres. Carbonell -que és un treballador infatigable i poliglota capaç de traduir escrits de l'anglès, l'alemany, el francès i l'italià per a la seva revista- té assignada la funció de responsable de la secció Bibliografia Mèdica, compartint el pes de la producció editorial amb Pere Nubiola, Sebastià Recasens i Emili Monturiol Mata, els dos primers redactors dels treballs obstètrics i ginecològics mentre que el darrer -fill de l'inventor del submarí i cirurgià de l'Hospital de Nens Pobres- ho és dels quirúrgics.

Infatigable i acadèmicament prolífic fins a la seva prematura mort a 37 anys, Francesc Carbonell i Solés col·labora en moltes altres revistes de l'època com *Vida*, *El Criterio Católico de las Ciencias Médicas*, *Revista Científica y Profesional*, *Vida*, *Gaceta Médica Catalana*, *El Siglo Médico*, *Revista de Medicina y Cirugía* o *Tribuna Médica*.

Casat amb Maria dels Àngels Juanicó Cateura (Figura 2), tenen dos fills, el noi és el reconegut pediatre Martí Carbonell Juanicó, que només té tres anys quan mor el pare. Malgrat això, Francesc Carbonell Solés és l'iniciador d'una nissaga mè-

dica perquè dos dels seus nets són els pediatres Martí i Francesc Xavier Carbonell Estrany.

Bibliografia

- [1]. Escudé-Casals M. Los Archivos de Ginecopatia, Obstetricia y Pediatría. Actes IV Congrès d'Història de la Medicina Catalana, 1985;2:129-37.
- [2]. Agustí-Peypoch J. Història de l'Hospital del Sagrat Cor (1879-1980). Barcelona: Fundació Uriach 1838; 1991.
- [3]. Franco-Grande A, Álvarez-Escudero J, Cortés-Liaño J. Historia de la anestesia en España, 1847-1940. Madrid: ARAN, 2005.

Obra Publicada

- Estudio sobre la inflamación en general. Tesis doctoral. Univ Central. Madrid: Manuscrit, 1895.
- Historia de la legislación sanitaria española. Gaceta Med Catalana 1897;478:321-8 i 479:361-7.
- Estudio comparativo, experimental y clínico de la viruela en el hombre y en los animales domésticos. Problemas de unidad o pluralidad de estas enfermedades. Sus relaciones con las vacunas (cow-pox y horse-pox). Barcelona: Casa Prov Caridad, 1898.
- Asistencia a los enajenados. Criterio Católico Ciencias Med, 1898;4-10(1-2):33-8.
- Reflexiones sobre el suicidio. Criterio Católico Ciencias Med, 1898;9:260-7 i 1898;10:289-98.
- La estricnina en el tratamiento de la tos nerviosa laríngea (?). Nota clínica. Rev Científica Profesional, 1898;2:3-4.
- Inhumación e incineración. Criterio Católico Ciencias Med, 1899;15:97-102.
- Estudio de la cistitis tuberculosa, concepto clínico y tratamiento de la misma. Barcelona: Casa Prov Caridad, 1900.
- El reposo dominical. Criterio Católico Ciencias Med, 1900;27:113-6.

- La toxicidad del ácido bórico. Criterio Católico Ciencias Med, 1900;34:344-7.
- Nicotismo. Criterio Católico Ciencias Med, 1901;44:233-6.
- Tratamiento del eczema. Rev Científica Profesional, 1901;5(4):108-9.
- El sulfato de esparteína. Criterio Católico Ciencias Med, 1902;49:7-9.
- La incineración de los cadáveres. Criterio Católico Ciencias Med, 1902;50:33-44, 51:65-73, 52:97-104, 53:129-38, 54:162-70, 56:225-32, 57:261-69 i 58:289-295.
- Más aun sobre el sulfato de esparteína. Criterio Católico Ciencias Med, 1902;51:93-6.
- Aplicación de la cristalogenia experimental a la investigación toxicológica de los alcaloides. Madrid: J Casamajó, 1903.
- Las fiebres lentas de Barcelona son de igual naturaleza que las llamadas ondulantes mediterráneas o subtropicales?. Actas XIV Congr Int Med. Sect. Hygiene Med Leg. Madrid, 1903:508-13.
- El método lipotermokléptico. Actas XIV Congr Int Med. Sect. Hydrologie. Pharmacie, 1903:460-2.
- La piperacina en las diátesis úrica. Criterio Católico Ciencias Med, 1903;68:230-3.
- Tratamiento de la gota. Criterio Católico Ciencias Med, 1904;80:241-4.
- La responsabilidad en los impulsos irresistibles. Criterio Católico Ciencias Med, 1904;82:299-305.
- Valor de la urotropina en la antisepsia interna. Criterio Católico Ciencias Med, 1904;74:44-9.
- La anestesia local en Pediatría. Arch Obst Ped, 1904:17.
- Los iones. Criterio Católico Ciencias Med 1905 (87): 78-81
- Diagnóstico integral. Criterio Católico Ciencias Med, 1905;88:113-5.
- Tratamiento de la agripnia. Criterio Católico Ciencias Med, 1906;99:74-7.
- De la certificación de las defunciones. Criterio Católico Ciencias Med, 1907;109:1-8, 110:33-3, 111:65-74, 112:97-104, 116:238-45 i 117:266-73.
- Trastornos psíquicos post-infectivos. Rev. Frenopática Esp. 1909;7:240-2.
- Colección de Artículos sobre Medicina (1a Serie). Barcelona: La Industria, 1909.
- Contra el tabaco. Criterio Católico Ciencias Med, 1910;146:42-6.
- Tratamiento de la colecistitis. Criterio Católico Ciencias Med, 1910;150:172-5.
- Autofagia febril. Criterio Católico Ciencias Med, 1910;154:296-300.



Figura 2. Foto de casament del Dr. Carbonell.

Exposició temporal

ALBERT ISIDRO MD.PHD

Comissari

A partir del dia 22 de Novembre de 2025 i, coincidint amb el 5è aniversari de l'assignatura optativa **"Paleopatologia"** del Grau de Medicina de la UB, tindrà lloc una Exposició Temporal que amb el títol. **"Momificació i Malaltia"** es podrà veure durant mig any al voltant del Claustre del edifici històric de la Facultat de Medicina.

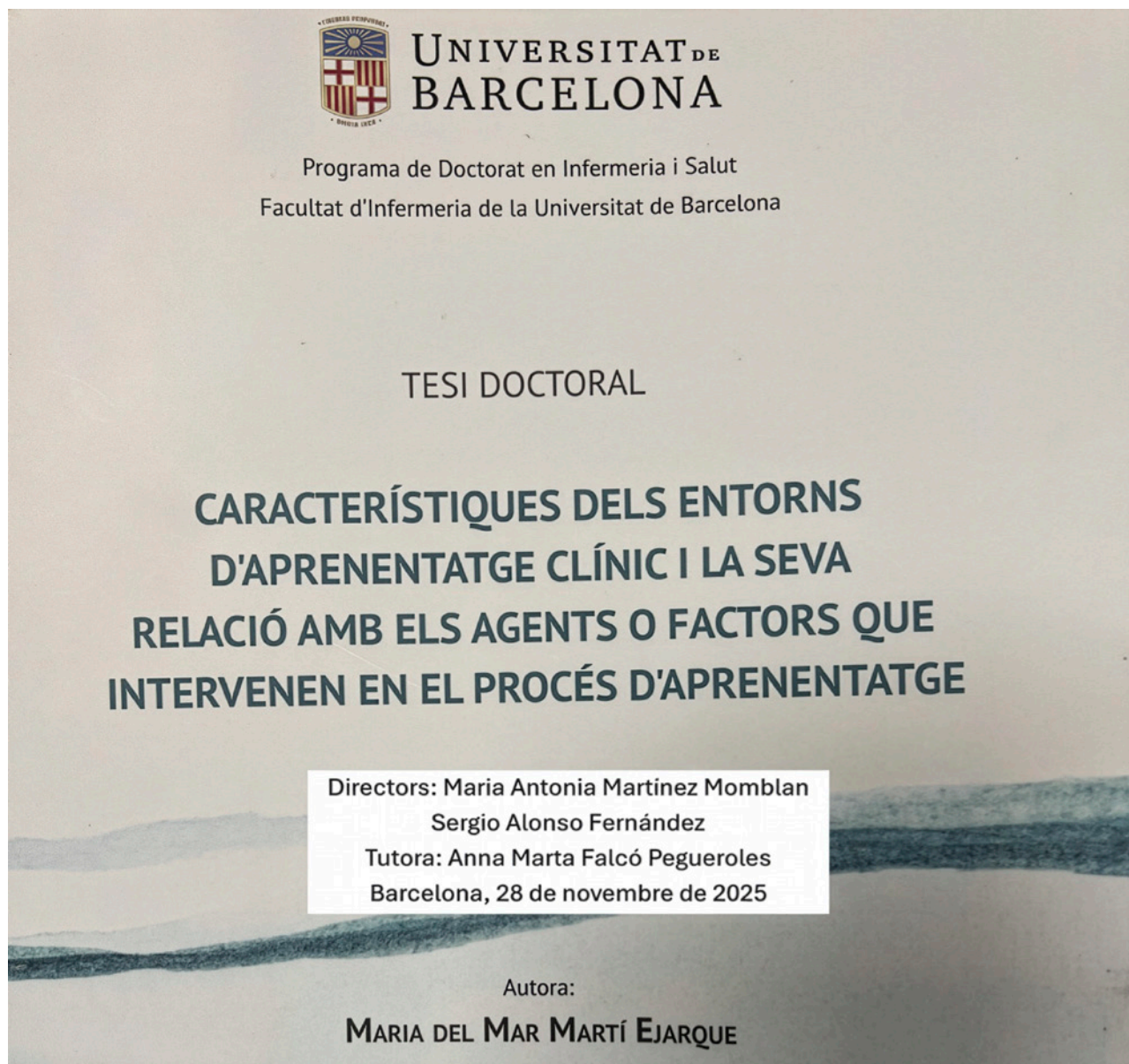
Aquesta exposició (itinerant) constarà de 8 plafons amb les següents temàtiques: història i tipus

de momificació; metodologia científica i estudi de les mòmies; patologia I: infeccions; patologia II: tumors; patologia III: degenerativa articular; patologia IV: traumatismes i violència; patologia V: altres malalties; exemple pràctic: la mòmia del Rei Pere II el Gran.

També s'exposaran en les 4 vitrines de passadís, llibres, restes tèxtils i altres objectes relacionats amb el món de les mòmies.

Lectura de Tesis de Mar Martí Ejarque

CAMPUS DE BELLVITGE, 28 DE NOVIEMBRE



L'ART DE CURAR

Incògnites, curiositats i relats sorprenents de la història de la medicina

MIQUEL BRUGUERA I CORTADA

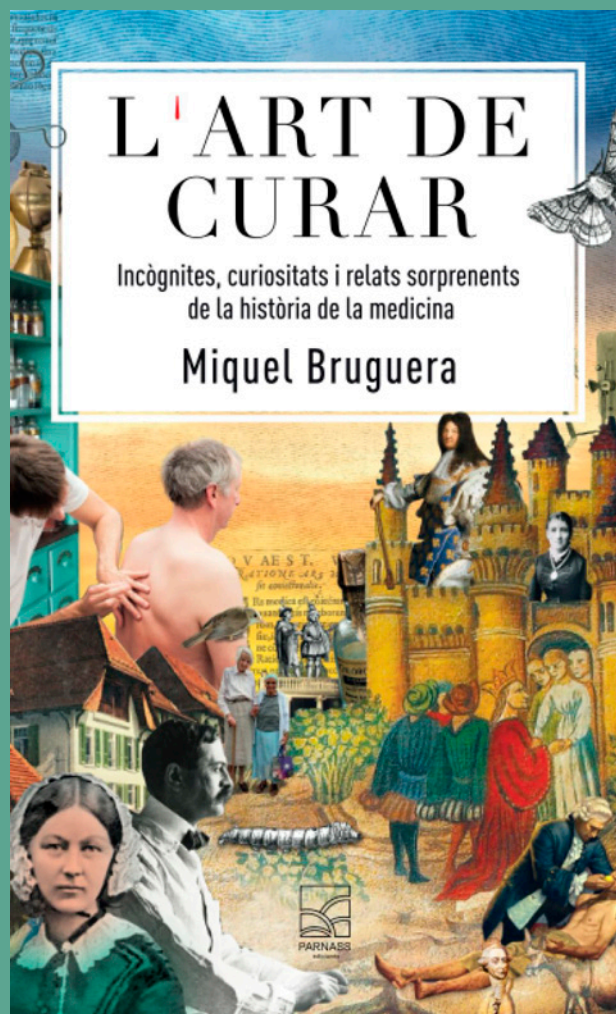
Edicions Parnass, desembre 2024

L'art de curar és un llibre d'història de la medicina atípic. En primer lloc, no explica tots els fets importants de la història de la nostra professió, sinó només una petita part. La part que està representada és la que hem escollit l'editora del llibre i jo, d'entre les vora mil entrades del blog que escric des de l'època de la COVID i que surt en el Blog de Miquel Bruguera (1) cada matí dels dies feiners. A més no és una història masculista, com és la que s'explica en els llibres d'història, on sembla que les dones no hi han tingut cap paper, sinó que aquí també hi figuren personatges femenins, metgesses, infermeres i altres dones dedicades a curar. Finalment, també es parla d'aspectes dolents d'homes cèlebres, com pot ser que a més de genis, fossin plagiaris, o misògins, o poc respectuosos amb la propietat intel·lectual d'altres, o que podien ser acusats de poca generositat amb les seves col·laboradores femenines.

He tractat d'explicar històries que fossin curioses, o entretingudes, o sorprenents, i que no necessitessin més de quatre pàgines per poder ser explicades d'una manera comprensible. El lector es trobarà amb un llibre amb cent capítols breus, que necessiten pocs minuts per ser llegits. El lector sempre tindrà temps de llegir-ne un, i segurament si li ha agradat en llegirà un altre o més d'un. Cada capítol és independent i pot transmetre una informació nova o complementar una informació que ja es tenia en part.

Un aspecte del llibre que he cuidat intencionadament és posar en evidència casos d'efecte Matilda que són evidents en la història de la medicina. Efecte Matilda és atribuir mèrits de dones a barons que treballen amb elles, el marit o el cap, habitualment. També és efecte Matilda que paguin menys o premiïn menys a dones del que es paga o premia a homes. Un fet flagrant, i alhora el màxim d'injustícia, és quan es concedeix el premi Nobel a un investigador, mentre que a la seva col·laboradora i coautora ni se la menciona en el lliurament del premi. Un exemple d'aquesta circumstància és el de Severo Ochoa i la seva coautora Marianne Grunberg-Manago.

Amb aquests comentaris no vull suggerir que hagi escrit una història iconoclasta, sinó que he posat l'accent en aspectes i fets que normalment no s'esmenten o no se'ls posa tant accent.



150º ANIVERSARI 1879-2029

L'Hospital i tu



El 16 de juliol de 1879, a les cinc de la tarda s'esdevingué l'acte solemne de la inauguració del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús. De manera que dintre de poc menys de quatre anys celebrarem el 150 aniversari de l'Hospital que ha passat per diferents ubicacions en el mateix recinte -Borrell, París, Viladomat, Londres- i diferents noms fins Hospital Universitari Sagrat Cor, actual.

150 anys al servei de la ciutat, de Catalunya, en una àmplia zona d'influència. Immensa quantitat de pacients, sanitaris, alumnes. Una guerra civil, durant la qual passa a anomenar-se Hospital Cardenal, un intent de cop d'estat a Madrid, mentre tenia lloc un curs de Medicina Interna, el primer cas de sida el 1984, l'atemptat terrorista del 2017, la pandèmia per Covid de 2020.

Un hospital proper, sense gaires barreres arquitectòniques, portes que s'obren al pas de qui s'hi acosta. Van apareixent compromisos per l'aniversari. El Col·legi de Metges de Barcelona declara el 2029, any Salvador Cardenal, un dels primers directors i figura cabdal de l'Hospital i de la Cirurgia del seu moment.

Prevista una modesta continuació del llibre Història de l'Hospital del Sagrat Cor, del Dr. Joan Agustí i Peypoch que acaba el 1980 i una exposició en algun lloc emblemàtic de la ciutat. L'Acadèmia de Ciències Mèdiques també ha garantit el seu concurs.

**Però manca la teva participació, pacient, professional, voluntari,
veí que de sempre ha vist aquest Hospital a l'Esquerra de l'Eixample.
Les teves imatges, els teus records, els teus comentaris.
El teu compromís de seguir treballant per a una societat més hospitalària.**

El 2029 l'Hospital Universitari del Sagrat Cor farà 150 anys.