Retos de la cooperación internacional

Jaime E. Ollé Goig
Asociación Catalana para el Control de la Tuberculosis en el Tercer Mundo (ACTMON).

Resumen

La financiación sanitaria es muy dispar entre los países. Aquellos con recursos deberían cooperar con aquellos cuyos medios económicos son más limitados. El autor pone como ejemplo los programas de prevención y tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que se ejecutan, especialmente, en África desde hace varios años, y refiere varios casos en los que considera que la cooperación debe brindar un apoyo financiero pero también ir acompañada de la ejecución de proyectos que involucren a las comunidades locales.

Palabras clave:
Cooperación. Desarrollo. Tercer mundo.

Challenges of international cooperation

Summary

Health financing shows great disparities among countries. Those with abundant resources must cooperate with those with limited finances. The author gives the example of the programs for the prevention and treatment of the human immune deficiency virus (HIV) and refers several cases in which he considers that this cooperation should include, not only financial assistance, but also the implementation of programs involving the local communities.

Key words:
Cooperation. Development. Third world.

El autor ha trabajado con las siguientes organizaciones en los países de pocos recursos: Organización Mundial de la Salud (Mali); *Hôpital Albert Schweitzer* (Haití); Unión Europea (Republica Dominicana); *German Relief Association*, DAHW (Bolivia, Uganda, Etiopía); Cooperación francesa (Djibuti).

Correspondencia: Jaime E. Ollé Goig
E-mail: olleuganda@gmail.com

Este era el título de una conferencia que impartí hace un año, dirigida a un grupo de pediatras de ánimo solidario y con intención de buscar un destino laboral en algún país subdesarrollado. Sobre este tema muy discutido, hay voces a favor y también voces en contra[1], pero lo que es un hecho es que en los últimos años, con motivo de la crisis económica experimentada, la ayuda al desarrollo ha disminuido de forma drástica. Sobre el terreno, se han eliminado muchos proyectos que ya estaban en marcha y en casa, muchas ONG han visto como sus fondos menguaban y sobreviven con dificultad[2,3]. Nuestro país, ya antes de estos recortes, no se caracterizaba por su generosidad con los países pobres[4].

Las condiciones de vida tienden a mejorar en las últimas décadas, pero hemos de tener presente que lo hacen a distintas velocidades según las áreas geográficas y sociedades en el mundo. A diferencia de épocas pasadas en que podíamos permanecer en la ignorancia, hoy en día, es del conocimiento de todos que hay personas que no comen por no poder comprar alimentos, de niños y adultos que fallecen por falta de atención sanitaria, de personas que pernoctan en la calle por ser incapaces de costearse una vivienda, de ciudadanos que viven en zonas en guerra permanente, y otros que ya empiezan a sufrir los efectos de los cambios del clima… Madame du Chatelet (*Discours sur le bonheur*) exclamó hace más de dos siglos *"que no era posible que hubiera personas nacidas para tener una vida desgraciada"*. La realidad nos demuestra a diario lo contrario: muchos sufren desde su nacimiento hasta el día en que fallecen, y su tránsito por la tierra no es mas que un cúmulo de insultos y penalidades sin fin, un calvario de los que sólo la muerte los libera. Ante esta situación es lógico que determinados individuos, grupos sociales, e incluso gobiernos, se sientan responsables, y con el deber de poner remedio a esta situación y, que de alguna forma, las personas y los países con medios abundantes colaboren con los que carecen de ellos para mejorar las condiciones en las que viven, y que puedan disfrutar de los beneficios y ventajas que gozamos los habitantes de los países ricos.

En el año 1990 había 1.900 millones de personas que vivían en una pobreza extrema[5]. El número se ha reducido pero en 2015 siguen habiendo 1.000 millones que sobreviven en la absoluta miseria. Un tercio de la humanidad es pobre y no tiene un empleo estable y a tiempo completo[6], y la falta de movilidad social que ello implica se traduce en un aumento de la desigualdad[7]. Hemos de tener en cuenta, también, que el crecimiento de la población es exponencial (en menos de dos siglos hemos multiplicado por más de seis la población), que cada año se añaden a nuestro planeta 75 millones de habitantes[8], y que la mayoría de los nuevos pobladores no viven en regiones desarrolladas. Este exceso acelerado de la población en la que se encuentran muchos países de escasos recursos es lo que algunos autores han denominado caer en la *trampa demográfica*[9,10]. Las diferencias entre ricos y pobres no hacen más que aumentar, y se puede calificar de verdadero escándalo la concentración de patrimonio en unas pocas manos[11]. Para alcanzar un nuevo equilibrio más equitativo los países del Sur deberán reducir su crecimiento demográfico y los países del Norte se verán obligados a disminuir el consumo desenfrenado de bienes, y transferir parte de ellos a los países del Sur[10].

Ante esta situación escandalosa (y lo que es muy importante: por todos conocida) es lógico, que por un impulso ético y solidario, u otras motivaciones, más o menos explícitas, queramos impulsar un cambio mediante la cooperación entre pobres y ricos. Sabemos ya que esta cooperación no puede ser una mera transferencia de recursos y de dinero de una región a otra. Es necesaria una distribución más equitativa de medios y conocimientos, pero es fundamental que exista la capacidad en el receptor para hacer buen uso de ellos[12] (piénsese en los 5.000 millones de dólares recibidos por Haití en los últimos cinco años en forma de ayuda al desarrollo, y en el 25% de su población que todavía vive en condiciones de extrema pobreza[13]). Sin esta capacidad, nuestros mejores deseos, junto con la transferencia de recursos promovida, se convertirán en un mero derroche y un desperdicio, cuando no en una fuente de conflictos y fricciones en las poblaciones "beneficiadas".

Si nos ceñimos ahora al sector salud hemos de destacar la reunión internacional, promovida por la Organización Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Alma Alta en 1978, y que fue el origen de una verdadera revolución en el enfoque a la atención sanitaria en el Tercer Mundo. En ella se hizo hincapié en los orígenes sociales de la enfermedad y se promovieron los cuidados de salud a un nivel más básico, en la misma comunidad. Es decir, prestar atención no únicamente al sufrimiento individual pero también al "sufrimiento social", origen, en parte, del primero[14]. No obstante, el tener en cuenta la raíz social de la enfermedad no debería excluir el tratar los efectos que esta produce[15]. Sabemos ya que la falta de medios es un factor determinante de la salud pero los cuidados que requiere, cuando esta se deteriora empobrecen más al enfermo. Se ha calculado que la necesidad de costear dichos cuidados hunde en la miseria anualmente a 150 millones de personas en el mundo[16,17].

Pensemos en la epidemia del sida, una infección de origen vírico (el virus de la inmunodeficiencia humana: VIH) que asola al mundo entero desde hace 35 años, y cuyo impacto ha sido más severo en los lugares con estructuras sanitarias deficientes y sin los medios para costear su tratamiento. Por mencionar

tan sólo unos países en los que trabajé durante años, este es el gasto anual en salud por habitante en dólares: Haití: 154; Mali: 162; Uganda: 347; Djibuti: 357; frente a España: 3.096[18]. ¿Cómo encarar una epidemia de estas proporciones y severidad ante tamañas desigualdades en el gasto sanitario? Desde 1981 se han infectado por el VIH 75 millones de personas y 36 de ellas han fallecido[19]. En la primera década de este siglo se han invertido en acciones relacionadas con el control del VIH 5.600 millones de dólares. El resultado de esta inversión ha sido que los avances en el tratamiento de esta epidemia, relativamente nueva, y uniformemente letal hasta pocos años, han sido mayores que los referidos al conjunto de tres patologías (tuberculosis, malaria y diarrea) propias de las regiones pobres desde tiempo inmemorial[20]. ¿Qué hubiera sido de los millones de personas infectadas sin la financiación internacional de los antirretrovirales, y que hoy están bajo tratamiento? Ello ha demostrado que el hecho de que muchas patologías sean un indicador de injusticia y de falta de equidad, no debe constituir ni una razón ni una excusa para no tratar a la persona enferma. El bosque (o la selva) no puede hacernos olvidar el árbol.

Vuelvo unos días a mi antiguo hospital ugandés, del que fui director médico cuatro años. Sigo recordando los buenos ratos allí pasados, el paisaje maravilloso, los innumerables pacientes atendidos y, también, todo hay que decirlo, más de un mal momento. Las frustraciones tenían su origen, en parte, en la falta de medios, pero esto yo ya lo había dado por sentado antes de empezar el trabajo[21]. Mi malestar estaba motivado por un problema más profundo, enraizado en el medio en que nos desenvolvíamos. Tres ejemplos vividos pueden constituir un buen ejemplo:

Visito las salas del hospital en las que pasé tantas horas. Un enfermo yace en una cama con la pierna cubierta. Me acompaña el médico encargado del servicio. Saco el apósito y descubro la lesión: una úlcera purulenta con aspecto tumoral. ¿Cuál es el diagnostico, pregunto a mi acompañante? Lo ignora pero piensa como yo que se trata de una lesión maligna, pero al no disponer de un servicio de anatomía patológica no la ha investigado. No es una razón para mantener la herida en este estado, le explico. Ahora limpiaremos la herida, mañana tomaré una muestra y cuando marche la llevaré para su examen histológico, sugiero amablemente. Estoy a punto de decirle que no tenemos un patólogo experto en la región pero sí que tenemos agua y jabón e, incluso, un desinfectante, y que no hay excusa para dejar una llaga en este estado sucio y maloliente durante días.

Pregunto por otro paciente y me explican que está internado en el hospital regional, en la ciudad de Jinja, cercana al origen del Nilo y bordeando al lago Victoria. Atravieso el espacioso campo donde se encuentra el hospital; algunos árboles nos protegen del sol que a estas horas es abrasador. Llego al servicio de cirugía y sorprendido veo a un hombre sentado en el suelo delante de la puerta. Mantiene la mano derecha frente a su cara que sangra abundantemente; tiene varios dedos destrozados, y puedo entrever que el ojo del mismo lado está gravemente dañado. Todo ello me hace pensar que ha recibido el impacto de una explosión. Me sorprende que el herido esté en el suelo y a pleno sol. Se acerca el cirujano jefe del servicio que se abre paso entre el enfermo y el dintel de la puerta; no pregunta, ni se detiene ni expresa sorpresa. Recuerdo encuentros y discusiones, no del todo amigables, que mantuvimos en el pasado, y opto por guardar silencio. Marcharé pronto y no es mi servicio: estoy seguro de que mi intervención no serviría ahora de mucho… ¿Cuánto tiempo permanecerá el paciente sangrando al sol?

Debo cruzar el pasillo donde aguardan los enfermos ante los quirófanos para ser operados. Echada sobre una camilla se encuentra una niña de corta edad. Tiene una mancha oscura en una pierna. Me acerco a ella y veo horrorizado que la negrura no es mas que un grupo de moscas pegadas con ahínco a una herida superficial; me explican que ha sufrido un accidente de tráfico y que está esperando entrar en un quirófano para que limpien la herida y hacer un injerto. ¿Y mientras espera (¡y ante un quirófano!) nadie puede cubrirla y ahuyentar las moscas? Pido al personal una talla, espanto a los insectos y cubro el tejido sanguinolento, suculento manjar de los ávidos dípteros.

Es indudable que la falta de medios nos atenaza con frecuencia en estos parajes (Figura 1) pero esta carestía va acompañada de una inhibición y pasividad crónicas que nos retrotrae al siglo XVIII (Adam Smith. *The wealth of nations: Laissez faire, laissez passer*…), que dificulta el progreso y que nuestra cooperación soli-

Figura 1. Una visita domiciliaria en el desierto de Danakil (Djibuti-Etiopía).

daria debería esforzarse en cambiar. Esta actitud, muy prevalente en estas latitudes, no debe sorprendernos cuando no hay leyes, o estas no se aplican, cuando la supervisión de nuestra práctica profesional es algo desconocido y las evaluaciones sistemáticas no se practican. Y tampoco podemos olvidar los condicionamientos sociales y religiosos que dificultan cualquier cambio, y que pueden ser numerosos y determinantes.

En Djibuti, un pequeño país en el África oriental, la práctica de la mutilación genital femenina está prohibida desde el año 1990, pero a pesar de ello, un estudio que llevamos a cabo demostró que más del 90% de las mujeres habían sido mutiladas[22].

En la región de Haití donde trabajé durante más de cinco años, existía la creencia de que el *tétanos neonatorum* era un episodio natural en el curso del parto; la sala de pediatría estaba ocupada, en buena parte, por pacientes de pocos días convulsionando y la mayoría fallecía[23]. Hoy, después de la educación de las comunidades y de la aplicación sistemática de la vacuna, esta infección letal ha desaparecido por completo de nuestro distrito. Tal como escribía Foucault, los problemas no existen a menos que los construyamos y los hagamos visibles. No puede haber solución para un problema que no esté presente y que no percibamos como tal[12].

En conclusión, la colaboración entre los países con muchos medios y los que no los tienen debe continuar e incrementarse, mediante la ayuda financiera y la ejecución de programas con objetivos claros, a corto y largo término, determinados, propulsados y ejecutados por los elementos locales, teniendo siempre en cuenta, para prevenirlos, los posibles efectos indeseados. Los profesionales de la salud hemos de constituirnos en agentes promotores de justicia, de equidad y de cambio social pero sin olvidar que es fundamental seguir aplicando las vacunas (además de otras acciones sanitarias), y que estamos obligados a generar los fondos necesarios para adquirirlas[24]. Quizás, así un día, las palabras de Madame du Chatelet se harán realidad.

Dedicatoria y agradecimiento

Agradezco la cooperación de mi esposa Tere durante más de 25 años y a ella dedico este artículo.

Bibliografía

1. Moyo *D. Dead aid.* London. Penguin Books, 2009.
2. La cooperación exterior, en quiebra. A. Cole. *El País.* 2 Julio 2012.
3. España redujo a la mitad su ayuda oficial al desarrollo en 2012. E. de Benito. *El País*. 4 Abril 2013.
4. España a la cola mundial en ayuda al desarrollo. A. Agudo. *El País.* 9 Abril 2014.
5. Sustainable equality a goal to aspire to. Editorial. *Lancet.* 2015; 385: 2547.
6. Cleland J. Population increase in the XXI century: cause for crisis or celebration? *Trop Med Int Health.* 1996;1:15-26.
7. Watkins K. Leaving no one behind: an agenda for equity. *Lancet.* 2014;384:2248-55.
8. Beaglehole R. Sustainable human development but how? *Lancet.* 2015;386:2015-35.
9. King M. Health is a sustainable state. *Lancet*. 1990;336:664-7.
10. King M. Demographic entrapment. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1993; suppl1:S23-8.
11. El 1% más rico tiene tanto patrimonio como todo el resto del mundo. I. Fariza. *El País.* 14 Octubre 2015.
12. Rebi D, Herrick C, Brown T. The politics of non-communicable diseases in the global South. Health & Place 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.09.001
13. Watts J. Haiti making good progress in health but challenges remain. *Lancet.* 2014;384:1413-4.
14. Gunaratnam Y. The time of our lives. *Lancet.* 2015;386:1937-8.
15. Angell M. Privilege and health. What is the connection? *N Eng J Med.* 1993;329:126-7.
16. Watkins K. Leaving no one behind. *Lancet*. 2014;384:2248-55.
17. Summers LH on behalf of 267 signataries. Economists' declaration on universal health coverage. *Lancet.* 2015;386:2112-3.
18. Global Burden of Disease Health Financing Collaborative Network. Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet*. 2017; 389:1981-2004.
19. Sotgiu G, Tiberi S, D'Ambrosio L. AIDS 2016: from aspiration to implementation. *Lancet*. 2016;387:2484-5.
20. Granich R, Williams B. HIV treatment: time to lean forward. *Lancet.* 2016;387:27.
21. Ollé Goig JE. Médico en los trópicos. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:472-7.
22. Martinelli M, Ollé-Goig JE. Female genital mutilation in Djibouti. *Afr Health Sci.* 2012;12:412-5.
23. Garnier MJ, Marshall FN, Davison KJ, Lepreau Jr. FJ. Tetanus in Haiti. *Lancet.* 1975;1:383-6.
24. Horton R. 13/11 The flames of war. *Lancet.* 2015;386:2041.