

Pioneros de la Salud Global

30

**años de historia
en el Hospital Clínic
de Barcelona**

**Pioneros
de la Salud
Global**

**30 años
de historia
en el Hospital
Clínic de
Barcelona**

ISGlobal

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

 **Universitat de Barcelona**

	Prólogo	P. 7
	Introducción	P. 9
1.	Los comienzos de la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Clínic	P. 15
2.	De Barcelona a Tanzania: el despegue de la investigación	P. 31
3.	El trabajo en Mozambique en los años noventa	P. 45
4.	La eclosión de la investigación en el CISM y la creación del CRESIB	P. 67
5.	El Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional, y el reto de la nueva inmigración	P. 85
6.	El Instituto de Salud Global de Barcelona, un centro que va más allá de la ciencia	P. 101
	Agradecimientos	P. 117

Prólogo

Josep Maria Piqué

Director general del Hospital Clínic de Barcelona

Pedro Luis Alonso

Jefe del Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional del Hospital Clínic de Barcelona

Catedrático de la Universidad de Barcelona

Para los que trabajamos en el día a día del Hospital Clínic de Barcelona, mirar hacia atrás y reflexionar sobre los retos que esta institución ha ido asumiendo a lo largo de los años es la mejor manera de garantizar que continuamos avanzando por el camino correcto. Las decisiones tomadas, por difíciles que hayan sido o por arriesgadas que suenen, han permitido que hoy seamos un hospital de referencia, profundamente anclado en la formación y la investigación con el objetivo de mejorar la atención clínica.

Una de las áreas por las que este hospital es reconocido en nuestro país y en el extranjero es la de medicina tropical y salud internacional.

Todavía hoy, más de cien años después de su creación, tenemos la obligación de recordar que el Hospital Clínic fue una institución creada para atender a las capas más desfavorecidas de la sociedad. A medida que la ciudad crecía, la prosperidad aumentaba y las patologías que se atendían en el Hospital eran las propias de los países más desarrollados, la inquietud por ofrecer nuevas propuestas en los límites del conocimiento nos acercó, en la década de los ochenta, a la realidad de unas enfermedades que afectaban principalmente a poblaciones entonces lejanas y que ahora, en cambio, son parte de nuestra cotidianidad.

Nuevas épocas, nuevos retos. España construía una democracia incipiente y empezaba a asomar al mundo con fuerza en el inicio de la globalización. No es casualidad que fuera por aquel entonces, en 1984, cuando se creó la Unidad de Medicina Tropical. Aunque ya había institutos y hospitales que funcionaban en otros países europeos, especialmente en aquellos que tenían mayor relación con las antiguas colonias, para el Hospital Clínic, la idea de elaborar conocimiento propio en torno

a los grandes retos de la salud global era una proyección lógica de su compromiso fundacional con los más vulnerables.

Lo que entonces parecía una apuesta exótica, un complemento marginal a las diferentes unidades y servicios clásicos del Hospital, se ha ido haciendo cada vez más presente. Esto no se debe solo al aumento de los viajeros y las migraciones. El éxito de estos treinta años de historia ha sido posible por la combinación de varios elementos. En primer lugar, la capacidad de ofrecer una atención médica de calidad a patologías extrañas en nuestro medio y, frecuentemente, complejas. En segundo lugar, el empeño de formar a nuevas generaciones de especialistas, tanto en el Hospital como en la Universidad de Barcelona. El nuestro es un hospital universitario comprometido con los más altos niveles académicos, y por eso se constituyó la primera cátedra de Salud Internacional en la Facultad de Medicina. En tercer lugar, el esfuerzo por encontrar nuevas respuestas a partir de la investigación, que dio pie a la creación del Centro de Investigación en Salud de Manhiça (CISM) en Mozambique y del Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB). Finalmente, este es un hospital que ha querido trasladar su visión, sus valores y su acción en busca de un impacto real allí donde los problemas son más agudos. Por eso, el trabajo se ha centrado no solo en nuestro entorno más próximo, sino también en otros países, sobre todo en Tanzania, Mozambique, Marruecos y Bolivia.

Las páginas de este libro reflejan el trayecto desde la primera Unidad que empezó a trabajar en enfermedades tropicales, hasta su transformación en el Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional y la reciente creación del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Esta institución es una respuesta del siglo XXI a los retos de la salud global. Hoy la formamos más de doscientas personas que trabajamos en diversos ámbitos, desde la investigación de las bases moleculares de las enfermedades y su distribución geográfica hasta el desarrollo de nuevos fármacos, vacunas y estrategias preventivas.

El objetivo es que todo ello se traduzca en mejoras reales en la asistencia clínica de los pacientes y en nuevas políticas de salud pública. Esta historia de éxito en tiempos de globalización nos hace renovar el compromiso de trabajar para reducir la enorme brecha por la que algunas enfermedades y muchas personas quedan todavía al margen de una respuesta médica adecuada y de calidad.

Introducción



Un enorme mapa del mundo colgado en la pared. Es lo primero que llama la atención al entrar en las consultas 63 y 64 del edificio del Hospital Clínic en la calle del Rosselló de Barcelona. Un mapa y un calendario son claves en cualquier consulta de Medicina Tropical. El día en que las visitamos para la redacción de este libro, recién entrado el verano del 2014, habían pasado por ellas veintidós pacientes, en su mayoría catalanes que habían regresado de algún viaje, uno de ellos con sospecha de malaria.

Tres décadas han transcurrido ya desde que el doctor Manuel Corachan empezó a atender a sus primeros pacientes en el Hospital Clínic. La razón de ser de este servicio hospitalario sigue latiendo tan fuerte como el primer día, pero en un contexto global muy distinto. Hoy, las enfermedades viajan a la velocidad de un avión y pueden emerger en un nuevo país en cuestión de horas. Problemas de salud que antes se consideraban predominantes en una región ahora también lo son en otras.

La *globalización* de las enfermedades se ve reflejada en la evolución de los términos que se usan para describir esta área médica. Treinta años atrás, se hablaba de *medicina tropical*, un término asociado a la época colonial europea que hoy en día se emplea poco, aunque a veces se mantiene en el contexto médico y en algunos nombres institucionales, como el del servicio del Hospital Clínic. Posteriormente, en los años noventa, se empezó a utilizar el término *salud internacional*, para ilustrar el hecho de que las enfermedades no conocen fronteras. Más recientemente, el término *salud global* es el que ha cobrado auge, tanto en el ámbito académico y de investigación científica, como en las políticas de cooperación internacional. En este libro se usan los tres, poniendo más énfasis en uno u otro según el momento histórico del que se hable.

Los próximos capítulos recogen lo más destacado de lo que ha ocurrido en este tiempo, treinta años de avances, en primer lugar, en la atención clínica en esta área. Lo que entonces era la *Unidad de Medicina Tropical* es ahora el *Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional*. Asimismo, las primeras actividades de consejo al viajero, realizadas a finales de los años ochenta, se han consolidado hoy en día en el *Servicio de Atención al Viajero Internacional (SAVI)*.

En cuanto a la investigación, en 1992 se creó la *Unidad de Epidemiología y Bioestadística* en el Hospital Clínic, y cuatro años más tarde, el *Centro de Investigación en Salud de Manhiça (CISM)* en Mozambique. Esto fue un punto de inflexión y lo que dio pie a la creación del *Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB)* en 2006. El salto más reciente en esta historia se efectuó en 2010 con la fundación del *Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal)*, del cual ahora forma parte el CRESIB.

Los ensayos de la vacuna para prevenir la malaria, en Mozambique, o la búsqueda de un mejor tratamiento del Chagas en pacientes crónicos, en Bolivia, son tan solo dos ejemplos del gran volumen de investigación que se ha hecho, y se sigue haciendo, a partir de Barcelona y en contacto con las zonas del planeta donde enfermedades como estas son endémicas. Los artículos científicos publicados a lo largo de estos años han posicionado al Hospital Clínic en el terreno de juego mundial, contribuyendo al avance médico y científico en el campo de la salud global. Por el trabajo realizado en África y Latinoamérica, el Hospital se ha convertido, además, en un socio estratégico de la *Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)*.

Paralelamente, la relación histórica entre el Hospital y las actividades de formación llevadas a cabo en la *Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona* ha seguido dando frutos.

Lo sucedido en todo este tiempo se debe en gran medida a la visión de las personas que han liderado esta historia. Destacan Manuel Corachan, fundador de la *Unidad de Medicina Tropical* (a cuyo equipo se unieron posteriormente los doctores Joaquim Gascon y Clara Menéndez), y el doctor Pedro Alonso, que inauguró la ya mencionada *Unidad de Epidemiología y Bioestadística*. Todos ellos han sido pioneros y poco convencionales. Con inquietudes similares tras haberse formado



El Hospital Clínic de Barcelona, situado en el barrio del Eixample, se fundó en 1906. © Hospital Clínic de Barcelona

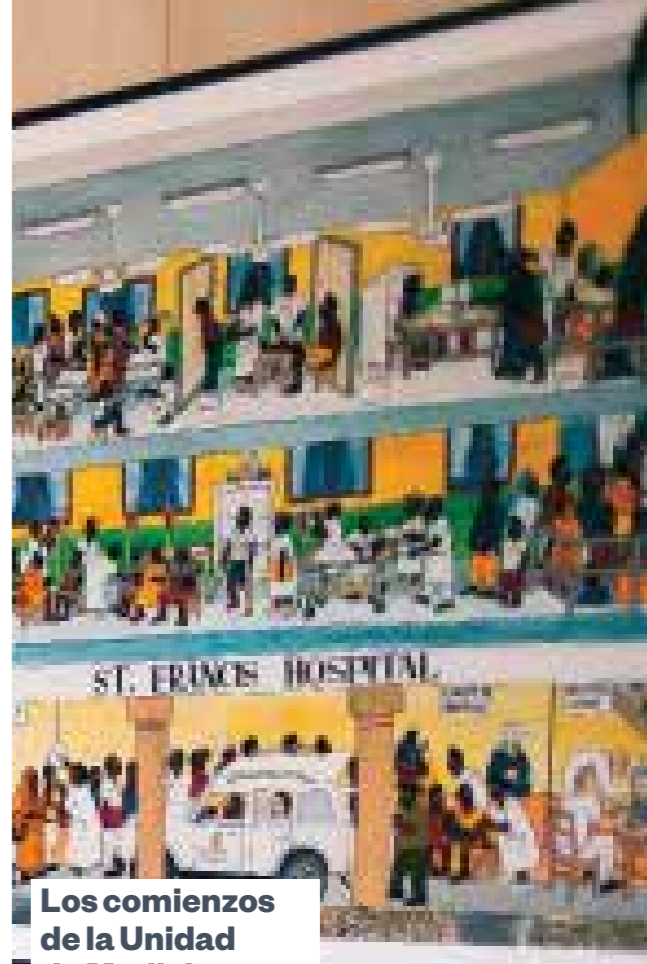
y trabajado en otros países, han ido construyendo a lo largo de este tiempo un equipo sólido de personas, hasta llegar a afianzar el actual *Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional* como un área innovadora y puntera. En el Hospital Clínic encontraron su sitio, tierra fértil donde establecer raíces, crecer y desarrollar sus ideas con el apoyo de aquellos que, como el doctor Joan Rodés, antiguo director general, supieron explorar el potencial de un área médica que por aquel entonces sonaba marginal.

Han sido muchas más las personas que con su dedicación, tesón y *expertise* se han sumado y han dejado huella, ocupando también roles protagonistas tanto en Barcelona como en otros continentes. Lo han hecho pasando visita en las consultas, o aportando infinitos granos de arena a los esfuerzos realizados para encontrar respuestas a los interrogantes que nacen de los pacientes y en los laboratorios.

El *leitmotiv* a lo largo de todo el trayecto ha sido la relación —indivisible— entre la asistencia clínica, la formación y la investigación. Los tres ejes del trabajo realizado en salud global en el Hospital Clínic y algo que se repite una y otra vez, en Barcelona y en todos los demás contextos.

Este libro nace del deseo de celebrar el camino recorrido y los logros conseguidos. Es un relato nunca escrito hasta ahora, y se ha elaborado a pesar del riesgo de simplificación y subjetividad implícito en cualquier intento de echar la vista atrás y escribir historia. No se ha querido hacer una recopilación de las actividades de estos años. La ambición ha sido otra. La de trazar un esbozo y recomponer los pasos de este camino, a través de los fragmentos de recuerdos y anécdotas de algunas de las personas que han recorrido sus diferentes tramos.

Por último, queremos incluir en esta introducción un agradecimiento a las más de cincuenta personas entrevistadas, que han ofrecido su tiempo para hacer memoria y compartir sus experiencias. Sin ellos, este libro no habría sido posible. Muchas todavía siguen vinculadas a este importante trabajo, ya sea en Barcelona o en el extranjero. Otras han emprendido nuevos caminos. Lo que une a la mayoría es que han transmitido un compromiso que casi conmueve, una pasión por su trabajo, por la medicina, por la investigación y la ciencia, por descubrir las respuestas a los principales problemas de la salud global, y, en definitiva, por hacer esta su manera de contribuir a lograr que el mundo sea un poquito mejor.



**Los comienzos
de la Unidad
de Medicina
Tropical del
Hospital Clínic**

En la doble página anterior, de izquierda a derecha: Clara Menéndez, Manuel Corachan, Pedro Alonso y Joaquim Gascon conversan acerca de sus recuerdos y experiencias de los últimos treinta años, durante la preparación de este libro.

Fotografías de las páginas 14-15, 30-31, 44-45, 66-67, 84-85 y 100-101
© Borja Ballbé

Los precedentes

Un punto de inflexión, un encuentro casual, un evento fortuito: con frecuencia las historias tienen su origen en un pequeño pero trascendental punto lejano en el tiempo, un momento o experiencia que actúa como catalizador de lo que está por venir. El interés de Manuel Corachan por desarrollar su profesión en la disciplina de la Medicina Tropical

despertó en su adolescencia, en los años cincuenta, durante varios viajes de verano que, animado por su abuela, realizó a Francia desde su Barcelona natal. Allí se hospedó con personas amigas de la familia y tuvo la oportunidad de conocer a varios médicos que habían vivido y trabajado en África, continente por aquel entonces desconocido para la mayoría de los españoles, excepto para los pocos que iban como misioneros o que vivían en la antigua colonia de Guinea Ecuatorial.

Aquellos encuentros dejaron una huella imborrable en él, desplegando todo un mundo ante sus ojos. “Al hablar con esos médicos me di cuenta”, relata desde la tranquilidad de su casa en Massanes, en la provincia de Girona, el ya jubilado Manuel Corachan, “de que la Medicina Tropical era una medicina académica como cualquier otra especialidad. De que incluso con pocos medios podía tener un impacto fantástico sobre la población. Y de que ya se hacían publicaciones en revistas de mucha credibilidad. Mientras que aquí, en España, de lo único que se oía hablar era del Domund”.¹

La disciplina de la Medicina Tropical, antes denominada *Medicina Colonial*, nace de la necesidad de las potencias europeas de proteger a sus soldados y demás personal enviado a las colonias en una época en que la malaria o paludismo, la fiebre amarilla, la enfermedad del sueño y otras enfermedades amenazaban los proyectos coloniales más que las propias guerras.² De ahí la famosa definición de África del escritor Rudyard Kipling como “la tumba del hombre blanco”.³ Cuanto más se expandían los territorios de las colonias, mayor era la necesidad de incrementar el personal militar y administrativo, cuya salud y bienestar estaban bajo responsabilidad de sus gobiernos. El inglés Patrick Manson, bautizado como *el padre de la medicina tropical*, escribió el primer libro de texto sobre enfermedades tropicales en 1898. El final del siglo XIX fue testigo de importantes descubrimientos, como la identificación de ciertos

1 La Jornada Mundial de las Misiones se conoce en España bajo el acrónimo DOMUND (de las palabras DOMingo MUNDial). Se celebra anualmente en diferentes países, con el fin de recaudar fondos para las obras misionales de la Iglesia católica.

2 Deborah J. 2012. Networks in tropical medicine: internationalism, colonialism, and the rise of a medical specialty, 1890-1930. Stanford University Press. P. 12.

3 Ídem, ib. P. 13.



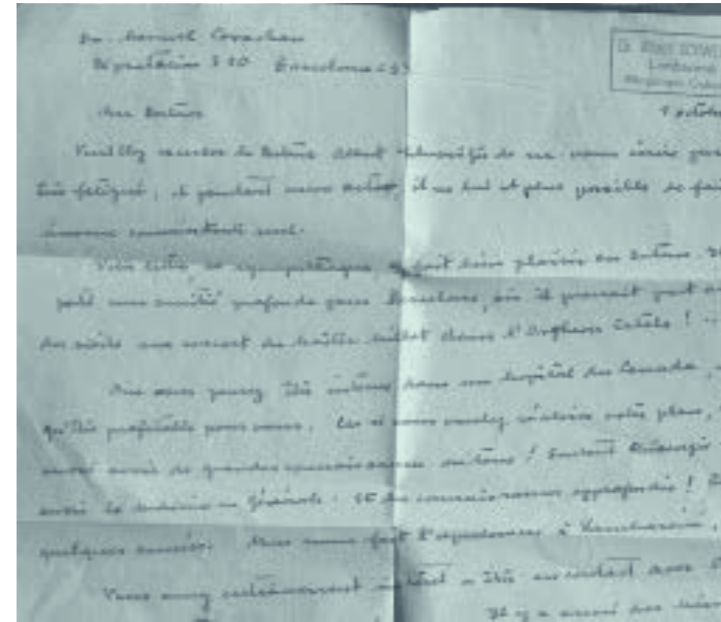
Manuel Corachan trabajó durante cinco años en el Hospital de Mwanza, en Tanzania.
© Archivo Manuel Corachan

microbios, parásitos y vectores que causan enfermedades como la tripanosomiasis y la malaria. Una creciente comunidad de expertos médicos europeos vio en la expansión colonial oportunidades de investigación que fomentarían el desarrollo de la nueva disciplina, con el microscopio entre sus principales herramientas.

Mientras el Reino Unido, Bélgica, Francia, Alemania y Portugal empezaban a crear escuelas y centros de tratamiento e investigación en Medicina Tropical, y a publicar revistas especializadas, España afrontaba la pérdida de sus últimas colonias insulares de América y Filipinas, con todo lo que ello supuso. Sin un territorio extenso para usar como campo de investigación, contando solo con Guinea Ecuatorial, la contribución de España a la disciplina de la Medicina Tropical a nivel internacional fue limitada en comparación con la de sus competidores europeos de la época. Además, se mantuvo fuera de las principales redes transnacionales que ya empezaban a establecerse entre médicos científicos de diferentes países. De las pocas revistas españolas que aparecieron, únicamente *Medicina de los Países Cálidos*, una publicación bimestral que nació en 1928 dirigida por Gustavo Pittaluga, tuvo un nivel científico semejante a las europeas del momento. Tan solo duró ocho años, hasta 1936.⁴

Italiano de origen, Pittaluga fue uno de los científicos más relevantes en España en el campo de la medicina tropical durante la primera mitad del siglo pasado. Realizó una serie de “Estudios sobre el paludismo en España” entre 1902 y 1903, y dirigió la “Expedición a las posesiones españolas del golfo de Guinea para el estudio de la enfermedad del sueño” en 1909. Fue nombrado catedrático de Parasitología y Patología Tropical de la Universidad de Madrid y realizó varios intentos, fracasados, de disponer de un instituto de Medicina Tropical en Málaga o Granada. En 1932, en una conferencia en la Academia de Medicina de Barcelona, Pittaluga planteó la creación de un instituto y una clínica de Medicina Tropical en las afueras de la ciudad condal, pero por falta de fondos económicos este propósito tampoco se llevó a cabo. Reconocido por su trayectoria internacional, fue nombrado responsable de organizar el III Congreso Internacional de Paludismo en Madrid, en octubre de 1936.⁵ Sin embargo, el estallido de la guerra civil española obligó a aplazar el proyecto, como tantos otros, y a Pittaluga a marcharse al exilio. El final de la guerra marcó el comienzo de cuarenta años de dictadura y de un parón en todos los sentidos, aislando a España todavía más de los avances que se hacían en el tratamiento, la formación y la investigación en Medicina Tropical en el resto de Europa.

⁴ Pérez Abadía C., Sabaté Caselles F. Revistas Españolas de Medicina Tropical, en Medicina, ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI), del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, coordinado por R. Campos, L. Montiel, R. Huertas. P. 462.
⁵ Ídem, ib. P. 461-3.



El doctor Schweitzer contestó desde Gabón, en 1963, a la carta que le había escrito Manuel Corachan.
© Archivo Manuel Corachan



Manuel Corachan todavía conserva la carta y el sobre con sello de Gabón.
© Archivo Manuel Corachan

jaba en Gabón. Le pedí consejo. Y este hombre, premio Nobel de la Paz, se dignó responder de su puño y letra a un estudiante de Medicina de Barcelona que decía que quería ir al trópico”. Todavía con cierto asombro conserva la carta, y el sobre, con sello de Gabón, escritos hace ya medio siglo. Manuel Corachan siguió aquellos consejos. Al acabar la carrera pasó dos años trabajando en un hospital rural suizo e hizo un curso de Medicina Tropical en Ámsterdam. Desde allí, se marchó a Ghana, a un hospital donde tuvo que hacer “de todo”. Tras una breve estancia en Barcelona, su segundo trabajo en África lo realizó a orillas del lago Victoria, donde, entre 1973 y el 1978, trabajó con Medicus Mundi Internacional en un hospital de la ciudad de Mwanza, en Tanzania. Su tercer y último puesto en el extranjero antes de regresar definitivamente a Barcelona fue en Papúa Nueva Guinea, donde trabajó como docente y médico en el hospital de la capital, Port Moresby.

A la vez que Manuel Corachan se formaba y trabajaba en Europa y en África, en Barcelona empezaron a suceder cambios importantes que ayudarían a que, años más tarde, encontrase una cierta apertura hacia su visión de establecer una Unidad de Medicina Tropical en el Hospital Clínic.

Ese fue el contexto de censura y aislamiento nacional en todos los ámbitos, incluido el científico, en el que Manuel Corachan viajó a Francia en sus veranos adolescentes y descubrió el mundo de la medicina tropical. 1963, relata, fue su último año de carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona: “Yo sabía que quería dedicarme a la Medicina Tropical y salir al extranjero. Pero aquí no había nadie que pudiera ayudarme, así que le escribí una carta al doctor Albert Schweitzer, médico misionero suizo, teólogo, que vivía y trabaja

El arranque de la cooperación internacional en salud en España

Un hecho significativo fue la fundación de Medicus Mundi en España. La organización se creó en Alemania, en 1963. Ese mismo año, en Barcelona, un médico llamado Salvador Cortadellas, interesado por la situación sanitaria en los países en desarrollo, había creado, junto con el ginecólogo Francisco Abel, una asociación médico-misional. Al descubrir la labor de Medicus Mundi, decidieron incorporar esta nueva asociación a la organización, y crearon así una rama española de la misma a finales de ese año. Sucesivamente, Medicus Mundi se fue expandiendo por diferentes provincias españolas y fue iniciando actividades que hoy se engloban en el concepto de *cooperación*.

Con la creación de Medicus Mundi en la segunda mitad de la década de los sesenta, empezó a haber cada vez más profesionales de la salud interesados en trabajar dando asistencia médica en países menos desarrollados, y se visibilizó la deficiencia notable que había en información y formación en la disciplina de la Medicina Tropical en España. “Empezamos a mandar a profesionales médicos, enfermeros”, explica el doctor Vicenç Cararach, otro médico del Hospital Clínic también muy implicado en el trabajo de Medicus Mundi. “Y veíamos que no estaban formados en las patologías tropicales. En la carrera de Medicina no se estudiaba, la Escuela Nacional de Salud Pública había hecho unos cursos sobre paludismo pero mucho más desde el punto de vista parasitológico, microbiológico, y no funcionaban en aquel momento. España tenía en Guinea Ecuatorial una colonia pequeñita donde había problemas de paludismo y otras enfermedades como la tripanosomiasis, pero no existían cursos para gente que quisiera trabajar en estos países, y Medicus Mundi no quería enviar a gente sin experiencia.”

Las primeras actividades de formación en Medicina Tropical

“Cuando fui secretario nacional y el doctor Salvador Cortadellas fue presidente de la organización”, continúa Vicenç Cararach, “empezamos a gestar la idea de iniciar la formación en Medicina Tropical. Yo era profesor y trabajaba aquí en el Hospital Clínic. Me fui a ver al doctor Agustín Pumarola, catedrático de Microbiología y Parasitología, al decano y al vicedecano de aquella época, para que nos autorizaran a hacer un curso de Medicina Tropical en la Universidad de Barcelona. Y así nació, en 1971, el primer curso de introducción a la Medicina Tropical, organizado por Medicus Mundi, en la Facultad de Medicina.” La cátedra de Microbiología mantuvo ese curso vivo durante muchos años; en particular, la catedrática María Teresa Jiménez de Anta y el doctor Jordi Mas le dieron todo su apoyo. Aquel curso fue el origen de lo que, cuarenta años más tarde, es hoy el Máster en Salud Global de la Universidad de Barcelona.

“Desde el principio, esta formación tenía un componente clínico importante”, explica Vicenç Cararach. “Manuel Corachan nos propuso un programa del curso que no solo incluía el conocimiento de las enfermedades tropicales desde el punto de vista microbiológico y epidemiológico, sino también aspectos clínicos del manejo de los enfermos. El primer curso, en 1971, lo montamos como pudimos, e invitamos a los catedráticos a dar la parte de su asignatura que correspondía a la Medicina Tropical. Eran clases muy teóricas. Enseguida pedimos ayuda a las escuelas europeas, en concreto a la de Amberes, y en cuanto pudimos, fuimos sustituyendo a los catedráticos por personas que habían trabajado en aquellos países y tenían experiencia.”

Manuel Corachan participaba como docente en estas actividades de formación siempre que su trabajo en Tanzania se lo permitía, y durante un tiempo fue el director del curso. Viendo lo que había sucedido en otros países europeos, Manuel preveía que en España, en un futuro próximo, ante los cambios políticos y la apertura creciente del país, el número de viajeros e inmigrantes, hasta entonces casi inexistente, ascendería. Y con ello, alertaba, las enfermedades importadas también aumentarían, generando la necesidad de tener un servicio sanitario especializado en Medicina Tropical.

Así se lo comunicó al Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya cuando, al finalizar su estancia en Tanzania, regresó a Barcelona en 1978. Pero hasta cinco años más tarde no se logró convencer a las autoridades de la necesidad de crear una unidad especializada en Medicina Tropical en el Hospital Clínic.

“Empezaba a haber cooperantes que volvían con enfermedades, que se iban a las escuelas de Medicina Tropical europeas cuando veían que no se lo resolvían aquí”, dice Vicenç Cararach. “Creíamos que era necesario tener una clínica de asistencia como parte de la preparación de los futuros cooperantes; que pudiesen ver a enfermos, no solo la teoría. En una ciudad como Barcelona y un país como España, había necesidad de tener una escuela y un departamento clínico hospitalario. Así fue como insistimos en ello. Yo fui, en nombre de Medicus Mundi y del Hospital Clínic, junto con el doctor Lluís Salleras, a ver al doctor Josep Laporte, el consejero de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, para proponerle crear la Unidad de Medicina Tropical.”

Finalmente, en junio de 1984, se sembró la semilla y Manuel Corachan fue contratado para poner en marcha la Unidad de Medicina Tropical, integrada en el Servicio de Enfermedades Infecciosas, en el Hospital Clínic.

La creación de la Unidad de Medicina Tropical

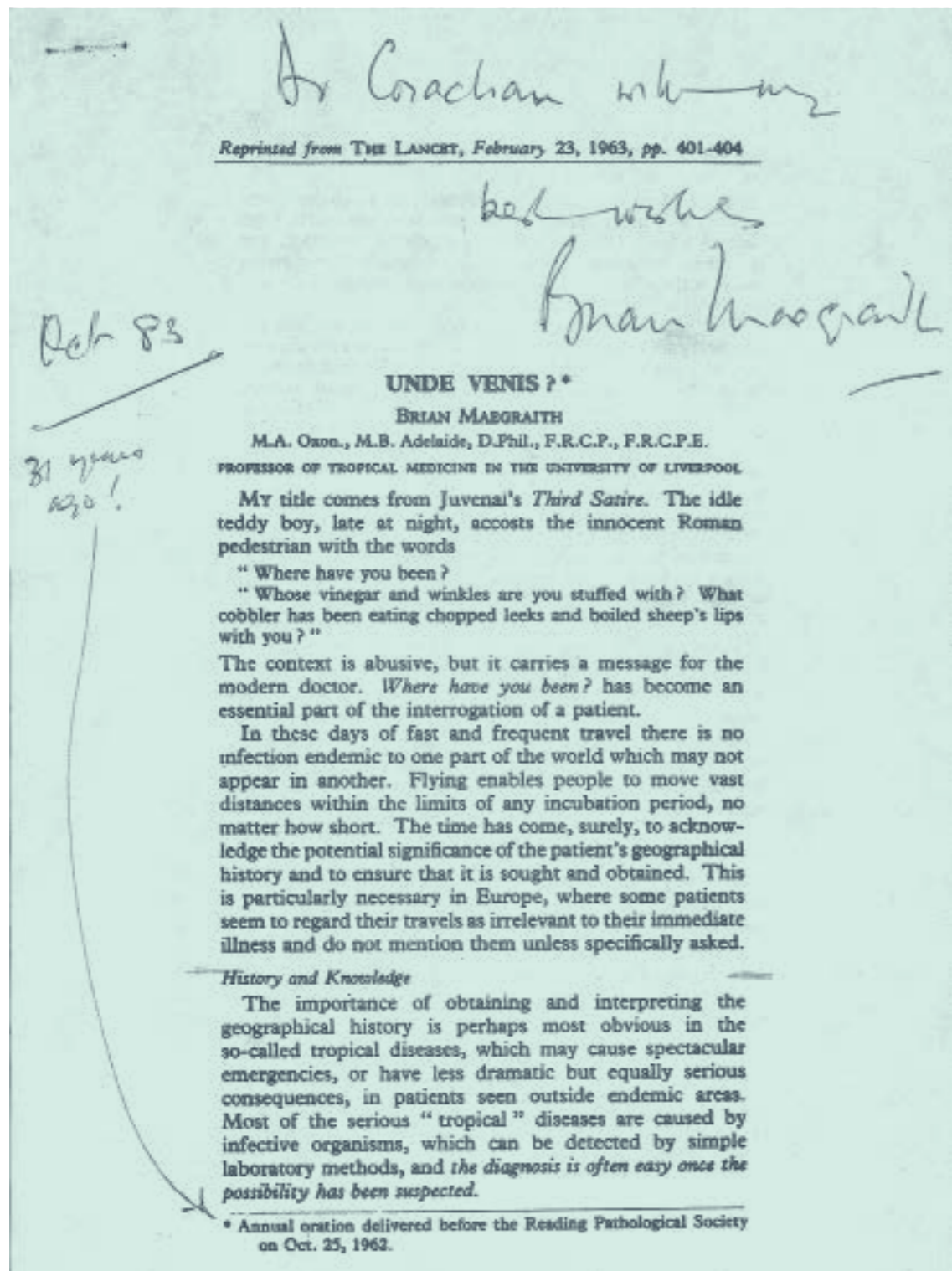
Sucede con frecuencia que los comienzos de una actividad pionera no son fáciles, y el caso de la Unidad de Medicina Tropical no fue una excepción. Al reflexionar acerca de las últimas tres décadas, Manuel remarca que el desafío más grande lo afrontó en aquellos primeros años. A pesar de contar con el apoyo de las autoridades del Hospital de aquel momento, se encontró con cierta resistencia entre compañeros que, por desconocimiento, mostraban cinismo ante la creación de la Unidad. Cuestionaban su utilidad: “¿Para qué? Si ‘eso’ ya lo hemos hecho siempre”. “Estas enfermedades hay que vivirlas, tratarlas, en el terreno”, dice Manuel. “Pero algunos no veían la relevancia de tener a una persona con aquella experiencia.”

Lo que más le costó a Manuel Corachan fue establecer ante la comunidad médica que la Medicina Tropical no era una medicina misionera, sino una disciplina de corte académico que utiliza métodos de diagnóstico y laboratorios como cualquier otra especialidad. “Muchos tenían la imagen de mi experiencia en África como el misionero rodeado de niños famélicos con moscas. Había mucho desconocimiento, y no podían ni soñar que el hospital de Tanzania donde trabajé tenía 600 camas, pedía radiografías, contaba con un laboratorio, hacía diagnósticos por imagen, tomaba decisiones... Pensaban que estaba ahí [en el Hospital Clínic] como misionero, casi que les trataba con un amuleto. Esta actitud duró hasta que empezaron a ver que aquello no solo era un tema ‘de inmigrantes’, o que yo iba de misionero, sino que muchos españoles enfermaban también, ¡algunos graves!”

La otra institución de la ciudad donde se trataban las enfermedades tropicales entonces era el antiguo Centro de Diagnóstico de Drassanes, a cargo del doctor José Luis Bada y que hoy en día es la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Drassanes.

Manuel Corachan comenzó con un puesto de adjunto que al año siguiente, en 1985, se transformó en el de jefe de Sección, cuando la Unidad pasó a ser una sección dentro del Servicio de Enfermedades Infecciosas. “Hasta que se creó la Unidad”, cuenta, “se veían lo que se creía que eran casos aislados. Mi primera sesión clínica en el Hospital para mí fue muy ilustrativa de lo que con la Unidad se estaba logrando. Primero cogí los doce casos de paludismo diagnosticados en los cinco años antes de empezar la Unidad, con una mortalidad altísima de cuatro o cinco casos. Luego presenté los sesenta casos que vi en el primer año y medio desde que empezó la Unidad, sin ninguna muerte. Habíamos tenido tres casos en cuidados intensivos, pero salvados. Esto fue bastante definitivo para demostrar que sí se necesitaba una atención especializada. Había otras muchas enfermedades que no se habían diagnosticado nunca antes de existir la Unidad, como la esquistosomiasis. Empecé a demostrar que había una serie de problemas que no eran la enfermedad sino síntomas de otra cosa, como una anemia o una insuficiencia cardíaca, que tiene de base una parasitosis intestinal. Con esto se enseñaba al personal de otros servicios y hospitales que esa patología estaba llegando aquí. Se empezó a visibilizar.”

“¿Dónde has estado?” se ha convertido en una pregunta esencial en el interrogatorio de un paciente. En estos tiempos de viajes tan rápidos y frecuentes no existe infección que sea endémica en una zona del mundo y que



La pregunta "Unde venis?" se convirtió en el mantra de Manuel Corachan.
© Archivo Manuel Corachan

no pueda aparecer en otra (...). Es esencial que el estudiante de medicina europeo sepa algo de las enfermedades que le puedan llegar desde fuera.⁶

Estas proféticas palabras del visionario Brian Maegraith ya habían aparecido en un artículo titulado "Unde venis?" ('¿De dónde vienes?'), publicado en la revista médica *The Lancet* en 1963. El que sería uno de los *padres* de la salud global le regaló una copia del artículo a Manuel Corachan en octubre de 1983, advirtiéndole de que España seguiría el mismo camino que otros países europeos. "Cuando tengas montada la clínica asistencial", le dijo Brian Maegraith, "no te olvides de los viajeros". Un consejo que se reveló realidad. El "Unde venis?" se convirtió en el mantra de Manuel.

Por aquel entonces, ya se habían instalado en Cataluña los primeros inmigrantes africanos, en el Maresme. En la Sección de Medicina Tropical del Hospital Clínic se empezó a ver a más viajeros, sobre todo a finales de los años ochenta, cuando se produjo un *boom* en el turismo internacional. Comenzaron a llegar a las consultas cada vez más pacientes que habían regresado de su viaje con enfermedades muchas veces evitables, viajeros que habían salido sin recibir ninguna información o consejo, como sí se hacía en otros centros europeos.

El servicio de consejo al viajero

A raíz de ver estos casos, Manuel Corachan realizó un estudio que le permitió evidenciar la necesidad de organizar un servicio de consejo al viajero. Con el permiso de varias agencias de viajes, un ayudante suyo fue a entrevistar a los viajeros en la zona de facturación del aeropuerto de Barcelona-El Prat.

Les preguntaron el país de destino y el tipo de prevención que habían llevado a cabo. El análisis de todos aquellos viajeros mostró que, a pesar de haber clínicas de vacunación, no existían clínicas de consejo al viajero como tal. "Comprobamos cómo muchas veces la gente no iba con las vacunas adecuadas, y que no se les aconsejaba", dice Manuel. "No se les informaba, por ejemplo, diciéndoles: 'Hay muchos problemas donde usted va que no tienen vacuna o tratamiento, pero que se evitan de esta o de aquella manera'. O bien: 'La profilaxis es mejor tomarla así o así', adaptándose a la historia clínica del paciente."

⁶ Maegraith B. Unde venis?, *The Lancet*, 23 de febrero de 1963.

Así fue como en 1989 se empezó a ofrecer un servicio de atención al viajero en el Hospital Clínic. A falta de recursos, dicho servicio se financiaba con un pequeño importe que se cobraba a los viajeros. Por aquel entonces ya había empezado a trabajar en la Sección de Medicina Tropical Joaquim Gascon, un médico que compartía con Manuel las mismas inquietudes por el trabajo en salud internacional, así como experiencias vitales similares en África. “Al principio”, recuerda Joaquim, “hacíamos el servicio de atención al viajero por las tardes, después de pasar consulta. Cuando empezó a gozar de popularidad, teníamos mucho trabajo y nos quedábamos hasta las siete o las ocho de la tarde. Se enteraban por el boca a boca y, como venía mucha gente y queríamos promocionarlo, no decíamos nunca que no. En aquel momento éramos el único servicio que daba consejos de verdad a los viajeros.”

“Fue una experiencia interesante”, continúa Joaquim. Al principio les daban citas individuales, pero cada vez había más gente, así que empezaron a atenderlos por grupos. “Éramos Manuel y yo solos. Fue divertida aquella época, uno que se iba a la India, otro a no sé dónde... Empezábamos por explicar lo que era común para todos. Y luego decíamos: ‘A ver, cosas especiales para los que vais a África, necesitáis tal cosa. Ahora los que vais a la India, tenéis que hacer esto otro’. Y mientras, los demás escuchaban, interesados en saber qué se aconsejaba a los viajeros con destinos diferentes, anotándolo mentalmente por si ellos mismos fueran a ese mismo país en un viaje futuro.”

Era evidente ya en aquel momento que se necesitaban más recursos para llevar a cabo semejante actividad. “Lo que recaudábamos de los viajeros”, dice Manuel, “era la única forma de que yo pudiera tener más personal. Ya no podía tener voluntarios gratuitos idealistas y entusiastas como hasta entonces”.

La enfermera Montse Morales trabajó con Manuel y Joaquim a finales de los años ochenta, cuando comenzaba el servicio de consejo al viajero. “La Medicina Tropical era tan desconocida en aquella época...”, recuerda. “Mucha gente con paludismo venía después de pasearse por no sé cuántos médicos. Les daban unas fiebres altísimas y nadie les encontraba nada, porque no había cultura y los médicos no tenían la preparación. Llegaban aquí, diciendo que se habían enterado de que ‘había venido un doctor muy importante [Manuel Corachan] que sabía mucho, había estado en África viviendo y tenía mucha experiencia’. O nos llegaban a través de urgencias. Recuerdo uno de los casos más curiosos que vi, el de un



La enfermera Teresa Mejías contribuyó mucho al desarrollo del servicio de consejo al viajero.
© Archivo ISGlobal

profesor catalán que se había ido de viaje de novios. Tuvo un parásito que estaba debajo de la piel y que le afectaba a una pierna. Una patología muy poco habitual, y sobre todo ¡muy vistosa!”

Entonces, la Sección de Medicina Tropical se encontraba en el antiguo edificio de consultas externas, conocido por el personal de la época como *el yayo*. “Estábamos en el sótano”, relata Montse, “sin luz natural, al final de un pasillo. Debajo de una escalera tenía yo un tugurio con una mesita y un carrito de curas donde hacía los análisis de sangre. A los que sospechaban que tenían esquistosomiasis, les hacían saltar por las escaleras, porque de esa forma los huevos del parásito se desprenden de la pared de la vejiga urinaria, y luego les hacían recoger un botecito de orina que se llevaba al laboratorio. Era el comienzo del *boom* del VIH/sida y la sala de espera estaba saturada de pacientes que esperaban incluso de pie, la cola llegaba hasta arriba de las escaleras, era un caos. Hacían cola todos juntos, los pacientes que venían por el VIH/sida, los de medicina tropical, los de tuberculosis...”

Posteriormente, el servicio de consejo al viajero pasó a ser coordinado por enfermería, con los médicos como asesores y consultores. Se formó a la enfermera Teresa Mejías para ser la responsable. Manuel recuerda cómo, con sus años de experiencia como enfermera en Psiquiatría, Teresa aportó mucho a la Sección de Medicina Tropical, y en particular dio un gran ímpetu al servicio de consejo al viajero.



Los integrantes de la Sección de Medicina Tropical a mediados de los noventa. De izquierda a derecha: Laura Schiaffi (una residente), Manuel Corachan, Encarna Caralt (administrativa), Teresa Mejías y Joaquim Gascon.
© Archivo Teresa Mejías

Así fueron los comienzos, pioneros en España, del trabajo en el campo de la medicina tropical en el Hospital Clínic de Barcelona. Cada vez los propios médicos del Hospital viajaban más, de vacaciones o como cooperantes, y consultaban a Manuel Corachan y Joaquim Gascon acerca del tratamiento preventivo que debían realizar, dándose a conocer dentro del Hospital el trabajo que llevaban a cabo.

Recordando los primeros años, Manuel dice: “Fueron muchos los jóvenes médicos que me ayudaron de forma desinteresada, solo por la motivación de aprender. Sin ellos no hubiese podido soportar la carga asistencial. Hasta los años noventa no se pudieron admitir oficialmente rotaciones de residentes del programa de Médico Interno Residente (MIR) de Medicina Interna y de Medicina Preventiva”.

Pero la asistencia no fue la única actividad de esta Sección. Como se ha dicho, a lo largo de esta historia que dura ya treinta años, el *leitmotiv* es que la asistencia, la formación y la investigación forman un triángulo indivisible. Cada una nutre a las otras. Por

consiguiente, a la vez que atendía pacientes, Manuel Corachan mantuvo sus relaciones internacionales y continuó con la docencia en la Universidad de Barcelona, y en Suiza, Italia y Tanzania. Junto con Joaquim Gascon también empezó varios trabajos de investigación, en concreto sobre la esquistosomiasis, los enteropatógenos y las llamadas *diarreas del viajero*. Los que se podían, dados los limitados recursos humanos y la capacidad de la Sección de Medicina Tropical. Aquello fue un pequeño preámbulo de lo que vendría después. Tal como se verá en los próximos capítulos, la investigación en temas de salud internacional creció de manera exponencial en la década de los noventa, con la creación de la Unidad de Epidemiología y Bioestadística y la llegada de Clara Menéndez y Pedro Alonso al Hospital Clínic.



**De Barcelona
a Tanzania:
el despegue de
la investigación**

Un encuentro crucial

Hay un antes y un después del otoño de 1988, cuando Manuel Corachan asistió a la Conferencia Internacional de Medicina Tropical y Malaria en Ámsterdam y conoció a Pedro Alonso, un joven epidemiólogo madrileño que por aquel entonces trabajaba para el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido

en Gambia. Ese encuentro resultaría ser providencial en el guion de esta historia de treinta años. No tardaron mucho en reconocer cómo Manuel, con su enfoque clínico, y Pedro, con su experiencia en investigación y epidemiología, se complementaban perfectamente.

Al poco tiempo, Manuel fue a visitar a Pedro a Gambia, donde este realizaba un importante estudio en el uso de mosquiteras impregnadas con insecticida como método preventivo de la malaria, junto con su mujer, Clara Menéndez, que trabajaba en temas de salud materno-infantil. Manuel recuerda cómo, al poco de conocerse, ambos dijeron: “Qué bueno sería que algún día pudiésemos hacer algo juntos”. No podían imaginar que el destino haría que, unos años más tarde, sus palabras se convirtieran en realidad: se encontrarían de nuevo en el Hospital Clínic de Barcelona y juntos desarrollarían el trabajo en salud internacional hasta un nivel muy alto que ha sido referente en España.

El Hospital Clínic y la importancia de la investigación

Desde hace años, el Hospital Clínic es reconocido por ser una institución innovadora y pionera en España, y su identidad se define en gran medida por la investigación. “Aquí era muy potente la investigación biomédica antes de 1936”, dice Joan Rodés, actual presidente del Instituto de Investigaciones Bio-

médicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS). “El investigador que tuvo más influencia fue August Pi i Sunyer, el primer médico que dio insulina a un paciente europeo. Pero con la guerra civil gran cantidad de investigadores se exiliaron en otros países. Muchos nunca regresarían. La guerra fue el desierto del intelecto.”



Desde el inicio, el proyecto del Hospital Clínic ha estado vinculado de forma inseparable a la Facultad de Medicina. Cuando se construyó, era uno de los grandes edificios de la Barcelona de la época.
© Hospital Clínic de Barcelona

En los años setenta se volvió a visibilizar la importancia de la investigación y de las relaciones internacionales. En el contexto histórico de las crecientes presiones políticas y sociales, y de las luchas estudiantiles por una mayor libertad, el Hospital sufrió un gran cambio en 1973. “Sabíamos que si haces investigación médica en el Hospital, seguro que mejora la asistencia, porque adquieres una visión crítica de la medicina y de tu actividad”, explica

Joan Rodés. Históricamente, la estructura del Hospital Clínic era de cátedras, cada una con su laboratorio, sus Rayos X... “Una locura, pero fruto de la historia.” Y continúa: “Siempre me acordaré de cómo unos cuantos nos reuníamos en el bar El Velódromo de la calle de Muntaner. Casi todos habíamos estudiado en París y dijimos: ‘Esto no puede ser’. Se organizó una huelga muy potente en 1971 y se creó un comité de delegados médicos. Se lograron grandes cambios en la estructura organizativa, igualarla a la de los países europeos avanzados de la época. Se crearon los diferentes departamentos, un laboratorio y un centro de Rayos X para todos. A partir de ahí es cuando renace el concepto de investigación. Nos movimos todos los que habíamos estado fuera para ser contratados como médicos científicos y, bueno, así se hizo el gran cambio en el Hospital”.



A partir de los años setenta, la investigación y un alto nivel asistencial convirtieron al hospital en un referente nacional.
© Hospital Clínic de Barcelona

Joan Rodés. “Era importantísimo que la gente saliese. Ver una medicina distinta, una medicina científica, una medicina crítica. Conocer lo que es realmente la investigación de nivel”.

Un ejemplo del peso que iba cobrando la investigación y de la importancia de mantener relaciones internacionales fue la creación del *año sabático*. A partir de 1979, cada año, cuatro médicos salen para hacer investigación en un centro extranjero y luego regresan al Hospital Clínic. Joan Rodés fue uno de los promotores de esta iniciati-

La creación de la Unidad de Epidemiología y Bioestadística

La investigación en el Hospital Clínic fue impulsada todavía más a raíz de la implantación de la Ley Estatal de Ensayos Clínicos en 1988. A partir de la nueva ley se creó la Fundación Clínic para la Investigación Biomédica, con el fin de gestionar todos los proyectos de investigación y su financiación. Un par de años más

tarde, el Instituto de Salud Carlos III, el principal organismo público de investigación que financia, gestiona y ejecuta la investigación biomédica en España, hizo requisito el tener una Unidad de Epidemiología para poder acceder a la financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). Eso dio un nuevo impulso a la investigación; de ahí que el Hospital Clínic crease la Unidad de Epidemiología y Bioestadística en 1992. Literalmente, una unidad: solo había una plaza.

Por aquel entonces, Pedro Alonso y Clara Menéndez ya estaban de regreso en Madrid después de varios años de trabajo en Gambia. Pedro se presentó al puesto en la Unidad de Epidemiología, a la vez que la casualidad jugó sus cartas y Clara fue contratada para una plaza en la Sección de Medicina Tropical, dirigida por Manuel Corachan.

“Escogí a Pedro en el proceso de selección porque tenía un concepto científico”, dice Joan Rodés, en aquella época director general del Hospital Clínic, recordando los comienzos de la Unidad de Epidemiología y Bioestadística. “Yo buscaba potenciar la figura del médico científico, y no había muchos en España.”

Así fue como Pedro y Clara llegaron al Hospital Clínic y la idea de trabajar junto a Manuel Corachan empezó a cristalizar.

Clara recuerda de esta manera su incorporación a la Sección de Medicina Tropical: “Me encontré a dos personas [Manuel y Joaquim] que estaban haciendo un enorme esfuerzo, mucho trabajo. Ya estaba creciendo el número de viajeros y el trabajo clínico iba en aumento. Se ponía un gran empeño en ser reconocidos en el Hospital y como concepto en la medicina de Barcelona y Cataluña”.

Desde el principio, a pesar de estar en dos servicios separados, la Sección de Medicina Tropical y la Unidad de Epidemiología trabajaron como un equipo. El objetivo de la nueva Unidad de Epide-



Joan Rodés (a la derecha, junto a Pedro Alonso) ha sido uno de los impulsores de la investigación en el Hospital Clínic.
© Hospital Clínic de Barcelona

miología era dar apoyo a los diferentes proyectos de investigación que se realizaban en el Hospital y, además, desarrollar una línea de investigación propia, en el área de salud internacional. “Al principio pensé que me venía por un par de años”, cuenta Pedro. Veintidós años más tarde, sigue aquí, con un proyecto entre manos de una extensión impensable en aquel entonces.

A lo largo de todos estos años, “el papel de Joan Rodés ha sido muy importante”, subraya Pedro. “Y explica mucho de por qué este hospital está en primera línea mundial. Deja hacer, no trata de ‘micro-controlar’. A diferencia de gran parte de la tradición española, él crea espacios para que la gente pueda desarrollarse. Eso es una enorme ventaja con respecto a las estructuras científicas clásicas en este país.” Como la historia ha demostrado, la actitud de Joan Rodés, retomada por los sucesivos directores del Hospital Clínic, Raimon Belenes y Josep M. Piqué, ha sido abono indispensable para las semillas plantadas en la Sección de Medicina Tropical y la Unidad de Epidemiología.

El trabajo realizado en Tanzania

Así pues, Pedro comenzó su nuevo trabajo en el Hospital Clínic de forma parecida a los inicios de Manuel Corachan: “Tan solo tenía un cubículo”, recuerda. Y como él, ni empezó de cero ni llegó con las manos vacías. Al contrario, vino con toda una mochila llena de experiencias después del estudio de las mosquiteras en Gambia, ya publicado en *The Lancet*, y con la posibilidad de hacer el ensayo de una vacuna contra la malaria.

Precisamente, poco antes de que obtuviera la plaza en el Hospital Clínic, había surgido la necesidad de hacer una evaluación independiente de la candidata a vacuna de la malaria SPf66, financiada por la Organización Mundial de la Salud. Ante semejante oportunidad, Pedro no dudó en empezar a buscar posibles lugares donde realizarla.

“Hablando un día con Manuel Corachan, él mencionó que su equipo había empezado un estudio de la esquistosomiasis en Santo Tomé, y pensamos en la posibilidad de hacerlo allí”, cuenta Pedro. Viajaron juntos, pero encontraron que no se daban las condiciones indicadas para llevar a cabo el ensayo. Entonces,

Pedro buscó una alternativa. Le propuso al doctor Marcel Tanner, del Instituto Suizo de Medicina Tropical y Salud Pública, la posibilidad de realizarlo en el Centro de Investigación de Ifakara, en Tanzania. Años antes, Pedro y Marcel habían sido compañeros de clase en el Máster de Salud Pública en Países en Desarrollo de la Escuela de Medicina Tropical e Higiene de Londres.



Pedro Alonso vacuna a un niño durante el ensayo de la vacuna de la malaria SPf66, en Tanzania.
© Archivo Pedro Alonso

Ifakara, un pequeño pueblo en el centro-sur de Tanzania, era, y sigue siendo, un foco de excelencia en formación, investigación y asistencia clínica. Allí se concentran tres institutos de gran relevancia: el ahora denominado Instituto de Salud de Ifakara, entonces llamado Centro de Investigación y Desarrollo en Salud de Ifakara, el Hospital St. Francis de Referencia del Distrito y el Centro de Formación en Salud Internacional de Tanzania.

“Recuerdo muy bien la conversación”, dice Marcel, actual director del Instituto Suizo de Medicina Tropical y Salud Pública. “En aquellos años no había teléfonos móviles como ahora. Yo estaba en el aeropuerto, hablando con Pedro desde una cabina de teléfono, y me dijo: ‘Vosotros, en el Centro de Ifakara, ¿estaríais interesados en hacer un ensayo de la vacuna de la malaria con nosotros?’.” Aquel fue el comienzo de una larga colaboración entre el Hospital Clínic y dicho

Instituto. A excepción de algunos estudios como el de esquistosomiasis, ya puestos en marcha por la Sección de Medicina Tropical en Santo Tomé y en Mali, era la primera vez que desde el Hospital Clínic se iban a cruzar fronteras para establecer proyectos de investigación propios y de tales dimensiones en un contexto como el de Tanzania.

“Aquel momento”, recalca Marcel Tanner, “nos llevó a desarrollar toda una serie de colaboraciones donde unimos nuestros conocimientos y experiencia, además de nuestros contactos en África. Así fue como trabajamos entre las dos instituciones y crecimos y crecimos. Apostamos por hacer estudios de intervención relevantes que tuviesen un impacto en la salud de la población.”

El Hospital Clínic y el Instituto Suizo de Medicina Tropical y Salud Pública realizaron conjuntamente varios ensayos, liderados por Pedro Alonso, de la vacuna de la malaria SPf66, creada por el inmunólogo colombiano Manuel Patarroyo.



En Ifakara, de izquierda a derecha: Pedro Alonso, Camilo Acosta, David Schellenberg, Fidel Font, Rosmarie Hirt, el hijo de David, Claudia Galindo con su hija en brazos y Beatriz Font Hirt.
© Archivo Pedro Alonso

“A las tres semanas de llegar a Barcelona en 1992”, recuerda Pedro Alonso, “yo ya estaba viajando a Tanzania”. A medida que la propuesta de Ifakara iba tomando forma, la Unidad de Epidemiología dejó de ser una unidad literal. Clara Menéndez se unió a ella en 1994. Ese mismo año, el médico Fidel Font y la enfermera Rosmarie Hirt fueron los primeros contratados por la Unidad para trabajar en Ifakara, entre otras cosas para

preparar la base del ensayo de la vacuna. Los siguieron los médicos Camilo Acosta, Claudia Galindo y David Schellenberg, quienes fueron contratados para trabajar en el mismo ensayo. Un año más tarde, se unieron al equipo de Barcelona los estadísticos Llorenç Quintó y John Aponte.

En aquella época, la comunicación entre Barcelona e Ifakara era muy diferente a hoy en día, cuando mandar un *e-mail*, usar el Skype o llamar por móvil a cualquier lugar del mundo, por muy remoto que sea, se hace sin apenas pensarlo. “Entonces no existía el correo electrónico y teníamos que escribir faxes”, recuerda Pedro. “Pero en Tanzania todavía no había fax, y el télex, que se había utilizado antiguamente en el Hospital Clínic para la notificación de trasplantes, se había eliminado. Con lo cual, para comunicarme con Tanzania desde Barcelona debía bajar al puerto, ir a la oficina de Correos, el único sitio donde quedaba un télex, y jenviarlo desde allí! Luego ya conseguimos un programa para la instalación de un télex en el Hospital Clínic.”

Aunque solo hace veinte años, pero como si de otro mundo se tratara, Llorenç Quintó recuerda cómo se comunicaba con Pedro y Clara cuando estos estaban en Tanzania. “Un día determinado a la semana, a una hora determinada, cuando sabíamos que el satélite estaba en línea. Contando las palabras, eso sí, porque se pagaba por palabras”, relata.

Ese fue el contexto en el que se realizó el primer ensayo de la vacuna de la malaria, llamado KIVAC, en niños de uno a cinco años de edad, que duró dos años. “Tuvo resultados esperanzadores que llevaron a hacer un segundo ensayo, llamado INFANVAC, con lactantes”, explica John Aponte, el estadístico responsable de hacer los análisis de estos ensayos. “Pero esa vez, a partir de los resultados se llegó a la conclusión de que en aquella formulación la vacuna no era eficaz como herramienta de salud pública en la prevención de la malaria.”

“Los ensayos de la vacuna fueron la puerta de entrada a las otras muchas cosas que luego hicimos en Ifakara”, dice Pedro Alonso. Muy pronto comenzaron otros estudios paralelos, como el llamado IRONMAL, liderado por Clara Menéndez y en el que trabajaron Rosmarie Hirt y John Aponte. “Ha sido uno de los estudios más importantes que hemos realizado en veinte años. De hecho, se sigue citando hoy en día”, dice Clara. “El IRONMAL fue muy novedoso y relevante por dos razones”, explica Pedro. “Una es que dio visibilidad a la importancia de la malaria en bebés menores de un año, en una época en la que muchos todavía pensaban que la malaria en bebés de esa edad no era un problema. La otra es que la anemia es una de las principales causas de muerte en niños africanos, y desde hace años se arrastra una polémica sobre si la administración de hierro en zonas endémicas de malaria es o no segura. Este fue el primer estudio realizado que permitía ver, de todas las anemias que había en bebés menores de un año, cuántas eran debidas a la malaria, cuántas eran por déficit de hierro y si la administración de hierro era o no segura en esos bebés.”

Los resultados, publicados en la revista *The Lancet*, reflejaron que los suplementos profilácticos de hierro a esas edades y en las dosis del estudio eran seguros.

Con todo eso, poco a poco, la Unidad de Epidemiología se fue consolidando. “Teníamos una producción científica creciente muy importante, en la revista *The Lancet* y en otras parecidas, que muy pocos servicios del Hospital Clínic tenían en ese momento”, dice

Clara Menéndez. “Es una razón por la que se mantuvo el trabajo de la Unidad de Epidemiología y se permitió su crecimiento. Por la producción científica, que iba unida a la atracción de nuevos proyectos y de financiación. Cuantas más publicaciones, más atractivo eres. Esa es tu foto, lo que puedes demostrar que sabes hacer.” Como en el caso de Pedro, el bagaje profesional que Clara traía de Gambia le fue muy útil a la hora de llevar a cabo nuevos estudios en Tanzania.

El IRONMAL fue seguido por otro estudio, de Tratamiento Preventivo Intermitente en Niños (IPTi por sus siglas en inglés). También liderado por Clara Menéndez, evaluó la administración de profilaxis de manera intermitente como método preventivo de la malaria. Este estudio también fue muy relevante. Mostró que administrando un medicamento contra la malaria llamado *sulfadoxina-pirimetamina* (SP) al mismo tiempo que se aplicaban las vacunas de rutina de la infancia, los niños tenían menos malaria y anemia durante el primer año de vida, sin que ello afectara a la forma en que se adquiere la inmunidad natural contra la malaria. Esto es importante porque al utilizarse el programa ya establecido para la vacunación de los niños, los costes de distribución del tratamiento disminuyen de forma considerable, y al ser el SP un medicamento de precio bajo, el coste total de la intervención también lo es.

Como los ensayos de la vacuna, este estudio tuvo una gran repercusión y, como se verá más adelante, fue el precursor de varios estudios más de IPTi en Tanzania y otros países, y fue incluido como una de las herramientas de control de la malaria aprobadas por la Organización Mundial de la Salud.

El personal del Hospital Clínic estuvo trabajando o colaborando activamente en el Centro de Investigación de Ifakara hasta principios de la década del 2000. Aunque el grueso de la actividad fue la investigación, la formación y la asistencia clínica también fueron dos grandes prioridades. Como es recurrente en esta historia, desde su inicio hasta hoy, estos son los tres grandes pilares del trabajo en salud internacional realizado, ya sea en Barcelona o en otro contexto como el de Ifakara.

Más allá de ser campo fértil para el trabajo de investigación, Ifakara presentó oportunidades para el Hospital Clínic en más de un sentido. Una muy importante fue la ocasión de colaborar con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desa-

rollo (AECID) a través de varios proyectos de cooperación que financió la Agencia. Fue el prólogo de una larga relación entre la AECID y el Hospital Clínic, que luego llevaría a una colaboración mucho mayor en Mozambique, Marruecos y Bolivia.

El trabajo en Ifakara también fue una oportunidad para que el personal de diferentes servicios del Hospital Clínic pudiera consolidar su colaboración en temas de salud internacional, como si de un único equipo se tratase, a pesar de estar estructuralmente separados en diferentes servicios en Barcelona. Aparte de los integrantes de la Sección de Medicina Tropical y la Unidad de Epidemiología, que se desplazaron regularmente a Ifakara o vivían en dicho pueblo, varios profesionales de otros servicios también tuvieron la oportunidad de viajar a Ifakara y participar en la colaboración, el aprendizaje y el intercambio de conocimientos que se generaban allí.

El doctor Jordi Vila, actual jefe del Servicio de Microbiología, todavía recuerda cómo, a principios de los noventa, él y Joaquim Gascon obtuvieron financiación de la AECID para estudiar la etiología de la diarrea en niños menores de cinco años en el Centro de Investigación de Ifakara. Además de hacer el estudio, dice Jordi, “se formó a profesionales y se montó un pequeño laboratorio de microbiología”.

Asimismo, Manuel Corachan y otros compañeros también fueron a Ifakara varias veces. Entre otras actividades, impartieron formación a los técnicos sanitarios, desarrollaron guías de tratamiento para mejorar la atención en el Hospital del Distrito y formaron al personal médico en el uso de ultrasonidos y en la interpretación de imágenes de radiología pulmonar. Esto último “supuso un gran avance en el servicio de diagnóstico por imagen en el Hospital del Distrito, y fue posible sobre todo gracias a la implicación de Manuel”, recuerda David Schellenberg, ahora catedrático de la Escuela de Medicina Tropical e Higiene de Londres.

Como observa David, en Ifakara en esencia “hubo una confluencia crítica entre las aptitudes asistenciales y de investigación de Manuel, Pedro y Clara. Entre su *expertise* clínico por un lado, atendiendo a los pacientes y entendiendo de primera mano cuáles eran realmente los problemas de salud más serios en aquella zona, y por otro las competencias que tenían en investigación y en el diseño de estudios para abordar algunas de las preguntas e incertidumbres que se presentaban”.

Lo que se construyó y se logró en Ifakara fue sin duda de gran inspiración para el grupo del Hospital Clínic. Una de las grandes brechas en salud internacional ha sido, y sigue siendo, la ausencia de centros en África para investigar y abordar los problemas de salud del continente. A diferencia de otros centros de investigación en África que continuaron siendo apéndices de los institutos europeos que los crearon, el de Ifakara finalmente se convirtió en un centro independiente, con estatus de fundación, registrado en Tanzania y gestionado por tanzanos. “La experiencia de Ifakara fue clave para nosotros”, dice Pedro Alonso. “Aportamos mucho pero también aprendimos mucho.” Y, como añade Joaquim Gascon, les sirvió para *visualizar* un modelo de trabajo que se podría repetir en otro lugar en el futuro. Una visión que se materializaría poco tiempo después, en Mozambique, como se descubrirá en el próximo capítulo.



Un gran cartel da la bienvenida al Instituto de Salud de Ifakara.
© David Davies



**El trabajo
en Mozambique
en los años
noventa**

La apuesta por Mozambique

El trabajo en Ifakara fue, en efecto, la génesis de lo que sucedería poco después en otro lugar no muy lejano. En 1994, en pleno crecimiento de la cooperación española e inspirándose en los proyectos que ya financiaba en Ifakara, la AECID apostó por la creación de un centro de investigación en un contexto africano, y animó al grupo del Hospital Clínic de Barcelona a llevarla a cabo. Tras varias propuestas se decidió por Mozambique, país lusófono y prioritario para la cooperación española, y donde en aquella época comenzaba un proceso de reconstrucción tras una intensa guerra civil.

Pedro Alonso, Clara Menéndez y su familia pasaban la vida a caballo entre Barcelona e Ifakara. Pedro recuerda: “Mozambique era uno de los países más pobres del mundo, estaba lejos y nosotros estábamos lejos”. “Y sobre todo, ¡éramos pocos!”, enfatiza. La Unidad de Epidemiología y Bioestadística se encontraba aún en unos despachos pequeños en un lugar perdido del Hospital Clínic. Crear un centro de investigación en un país africano suponía embarcarse en un proyecto de gran envergadura. Un paso valiente, dado los limitados recursos con los que contaba la Unidad y el gran volumen de trabajo ya generado en Tanzania. La prioridad de Manuel Corachan y Joaquim Gascon era consolidar el trabajo clínico y el servicio de atención al viajero. Mientras tanto, “todo el peso científico de la Unidad de Epidemiología recaía sobre Clara, John Aponte y yo”, dice Pedro. “Teníamos los ensayos de la vacuna en Tanzania, más los otros estudios de malaria y anemia, y al mismo tiempo nos proponían montar una infraestructura nueva en otro país... Mirado retrospectivamente, ¡era una locura!”

A pesar de ello, decidieron *tirarse a la piscina* e ir a Mozambique a investigar las posibilidades que ofrecía. En 1994 Joaquim Gascon viajó allí junto con el director de Medicus Mundi para conocer el país y buscar un sitio donde establecer un centro de investigación. En colaboración con el Ministerio de Salud mozambiqueño, visitaron varios lugares, en busca de una zona rural y sin una gran afluencia de ONG. Manhiça, un pueblo a 80 km al norte de Maputo, la capital del país, fue uno de los lugares que visitaron, pero esta opción fue inicialmente descartada porque en aquel momento ya había presencia de Médicos Sin Fronteras.

Se valoraron entonces las posibilidades en Montepuez, una zona rural al norte del país y vacía de organizaciones internacionales, y donde había grandes necesidades asistenciales. Al final, también esta zona se descartó como opción para montar un centro de investigación. La dificultad que habría supuesto el tema logístico en un sitio tan remoto hizo que no fuera factible. A pesar de eso, el viaje a Montepuez no fue en vano. Poco después, Medicus Mundi comenzó allí un proyecto asistencial (el inicio de la actual actividad financiada por la AECID en dicha provincia) y Manuel Corachan empezó un estudio de esquistosomiasis.

Al año siguiente, en 1995, Pedro viajó a Mozambique en un segundo intento de encontrar un lugar adecuado donde establecer un centro de investigación. “Buscábamos zonas rurales donde hubiese una unidad de salud. Que estuviesen próximas al aeropuerto, a un máximo de 150 km de Maputo, para aprovechar la ventaja de estar cerca de Sudáfrica, como país proveedor.” Entre otros sitios, visitó de nuevo Manhiça, donde Médicos Sin Fronteras ya había acabado sus proyectos. Finalmente, se decidió que ese sería el lugar idóneo.

Una mezcla entre el Alentejo portugués y un típico poblado africano, Manhiça es un pequeño pueblo a los bordes de la principal, y por mucho tiempo, única, carretera que une el norte y sur de Mozambique. Por aquel entonces, el país acababa de salir de un periodo de casi tres décadas de guerra...

La situación política en Mozambique

Portugal, el más pobre de los países coloniales, había hecho poco por invertir en el desarrollo económico de sus colonias y mucho por explotarlas. En Mozambique marginó a la población africana del sistema educativo, administrativo y empresarial, imponiendo fuertes restricciones en la obtención de empleo, la educación y la gestión de negocios propios, entre otras cosas.⁷

Tras diez años de conflicto por la independencia, el Frente de Liberación de Mozambique (FRELIMO) asumió el poder en 1975. Entonces, gran parte de la población portuguesa lo abandonó todo de la noche a la mañana y huyó de regreso a Europa, dejando atrás el legado de una historia de explotación, causando

grandes estragos económicos y desestabilizando las pocas estructuras que existían.

Lo que sucedió casi inmediatamente después solo puede entenderse dentro del contexto geopolítico mundial del momento. En pocas palabras y simplificando muchísimo, Mozambique se convirtió en punto estratégico y campo de juego para los dos grandes bloques de la guerra fría. Durante dieciséis años, se libró un conflicto —manipulado y financiado desde el exterior— entre el gobierno del FRELIMO, apoyado por el bloque soviético, y la fuerza guerrillera Resistencia Nacional Mozambiqueña (RENAMO), creada y apoyada por Zimbabue y luego Sudáfrica.

Con el final de los años ochenta llegó la caída del muro de Berlín, el fin de la guerra fría, el del *apartheid* en Sudáfrica y, con todo ello, la paz a países como Mozambique. La guerra civil terminó en 1992, con una lista de cifras que no dejan de ser más que una aproximación a las reales y de tal magnitud que cuesta casi concebirlas.



Maputo tiene actualmente algo más de un millón de habitantes y es un crisol de culturas. Las dominantes son la bantú y la portuguesa, pero también tiene influencias de las culturas árabe, china e india.
© Hansueli Krapf

Un millón de mozambiqueños perdieron la vida y una tercera parte de la población fue desplazada. La mitad de las escuelas de primaria y otro tanto de los puestos de salud fueron destruidos o cerrados.⁸ Un gran número de niños dejaron de serlo y se convirtieron en soldados. Y no olvidemos las infames minas antipersonales, que fueron plantadas a lo largo y ancho del país, y que al explotar causaron amputaciones a un número incontable de víctimas hasta bien terminada la guerra.

Las infraestructuras nacionales y el tejido social quedaron hechos añicos, y la desconfianza general impregnó todos los ámbitos, desde lo personal hasta lo público.

⁸ Ídem, ib.

⁷ Hanlon J. “How the cold war shaped Mozambique today”. Artículo presentado en la conferencia Legacies of conflict, decolonisation and cold war, de la London School of Economics IDEAS/IPRI, realizada en Lisboa el 28-29 de mayo de 2010.

El pueblo de Manhiça

Ese era el telón de fondo del escenario al que llegó Pedro Alonso en aquella visita a Manhiça hace casi veinte años. “El pueblo eran unas pocas calles anchas con casas coloniales, medio abandonadas o derruidas, y casas de caña que hoy en día forman la mayor parte del pueblo y que se llamaban ‘barrios de los desplazados’, por los que vivían ahí durante la guerra”, recuerda Pedro. Hacía apenas un instante que había terminado el conflicto armado, aún se veían vallas a los lados de la carretera con señales de peligro. “Los cascos azules de Nueva Zelanda todavía estaban desminando la zona”, añade.



Desde las afueras del pueblo de Manhiça se ve la extensión del valle del río Komati (Inkomati en portugués). © Archivo ISGlobal

Manhiça se encuentra en una pequeña elevación desde donde se ve el verde paisaje de la depresión del río Komati (Inkomati en portugués), cuyas orillas fueron lugar de escondite durante la guerra civil y en el presente albergan una enorme plantación de caña de azúcar. A veces, llueve ceniza sobre el pueblo al soplar el viento durante la época de la quema de caña. A lo lejos, al otro lado de la depresión del río, las dunas ocultan el océano Índico.

Aunque sigue teniendo la misma estructura de calles anchas y algunas casas coloniales, el pueblo, cuentan los vecinos del lugar, ha crecido y cambiado mucho en estos veinte años. Antes, “no había nada”, dicen. Hoy, con una mayor población, presume de un nuevo supermercado de gran superficie, algunas calles asfaltadas, tiendas, gasolineras, varios cajeros automáticos con largas colas de clientes, y algún que otro hotel y restaurante más.

A unos pocos minutos de la carretera principal, por una de las calles de antiguas casas coloniales donde los perros deambulan en busca de algo de comida, se llega al Hospital de Manhiça. Justo enfrente, al otro lado de una calle adornada con enormes acacias, se encuentra lo que es hoy el Centro de Investigación en Salud de Manhiça (CISM).

El Centro de Investigación en Salud de Manhiça

“Cuando empezamos, esto era un descampado con unos pocos edificios abandonados construidos por la agencia de cooperación suiza para impartir formación”, recuerda Pedro Alonso, en referencia al recinto que ahora alberga el CISM. Al otro lado de la calle, entonces un arenal sin asfaltar, “el hospital estaba prácticamente vacío. Era oscuro, faltaban bombillas, no había camas y cuando las había no tenían colchón. Existía la capacidad de hacer cirugía, pero no había cirujano”.



Así era en los años noventa la calle donde hoy en día está el CISM. © Archivo Pedro Alonso

Sobre todo, y como si de un edificio fantasma se tratara, lo que más llamaba la atención era la ausencia casi total de pacientes. Había un único médico para todo el distrito de Manhiça, pero la mayor parte del tiempo no estaba allí. Como en muchos otros centros sanitarios de Mozambique, y al igual que en otros países vecinos con escasísimos recursos humanos en los servicios de salud, el hospital dependía de los técnicos sanitarios. En muchos distritos de Mozambique, unidades administrativas de hasta 150.000 personas o más no tenían ni un solo médico para atender a la población.

“Al principio, en 1995, la dirección del distrito nos dio una casita donde vivir y nos dejó una salita en el edificio de administración del hospital, donde pusimos un par de ordenadores. Ahí estuvimos los primeros dos años, antes de pasar a construir lo que es hoy el CISM”, cuenta Pedro Alonso.

Aparte de dos carteles enunciándolo, poco más delata desde fuera lo que hay al otro lado de las paredes blancas que rodean el CISM hoy en día. Nadie diría que detrás de la puerta de entrada se encuentra uno de los centros de investigación más prestigiosos de África. Cuesta imaginarlo sin verlo, pero entrar en el CISM es como adentrarse en otro mundo. No por la apariencia externa de su jardín bien cuidado, o las *payotas* (cabañas), o los edificios bajos rojiblancos, que por su tamaño y diseño no presentan una imagen fuera de contexto, sino por lo que ahí dentro se lleva a cabo, por lo que se concentra en ese relativamente pequeño espacio: una tecnología de alto nivel y expertos con la capacidad de utilizarla.

Adentrarse en el CISM es meterse en un universo de microscopios, láminas, neveras, congeladores, ordenadores y demás aparatos. Laboratorios de parasitología, hematología, inmunología y microbiología molecular, sala de neveras y congeladores, centros de datos y de demografía, varias oficinas, una sala de investigadores, una *payota* que sirve de comedor y otra que hace de espacio abierto de reuniones, además de varias habitaciones para alojar a las visitas... Las entrañas del CISM realmente impresionan y ofrecen un tremendo contraste con el mundo exterior de calles de arena rojiza, y con las estadísticas que persisten en clasificar a Mozambique entre las naciones más pobres del mundo.

Los laboratorios del CISM cuentan con tecnología de última generación.
© Andalu Vila San Juan



A través de las ventanas de los laboratorios se ve a los técnicos con batas blancas trabajar con precisión usando tecnología de última generación. Está a la orden del día el hacer cultivos y buscar respuestas en la sangre para entender quién está protegido de la malaria y quién no, describir las respuestas celulares al VIH o analizar el serotipo de neumococo causante de una neumonía, por mencionar solo algunas ac-



En el CISM se llevan a cabo una media de veinticinco estudios a la vez.
© Olivia Blanchard

años atrás, tanto desde Maputo como a miles de kilómetros, en el Hospital Clínic de Barcelona.

El camino por el que se ha transitado desde entonces hasta ahora ha sido uno de evolución continua y saltos galopantes. El objetivo, siempre claro y siempre el mismo desde el comienzo: establecer un centro de investigación para contribuir a dar respuesta a las principales enfermedades que afectan a la población. El enfoque primero estuvo en la realización de estudios epidemiológicos descriptivos y posteriormente en el desarrollo de nuevas herramientas de prevención, diagnóstico y/o tratamiento.

“No queríamos ser investigadores ‘paracaidistas’ como hacen muchos grupos europeos y americanos, que llegan a un hospital, cogen muestras, y se van a los EE. UU. o a Europa a analizarlas. Aun cuando sale mucho más caro hacerlo en Manhíça, ya que mantener el equipo al día y certificado cuesta unos 100.000 \$ al año”, cuenta Pedro Alonso, “lo crucial es eso, hacerlo en el terreno. Literalmente, poder cruzar la calle desde donde está el problema y usar la tecnología más avanzada del mundo para tratar de comprender mejor ese problema”. La malaria, la principal causa de enfermedad en Mozambique, ha sido el buque insignia del CISM hasta ahora. El VIH/sida, la tuberculosis, las enfermedades respiratorias y las diarreas son también muy frecuentes en el país, y por ello son asimismo prioritarias para la investigación del CISM.

“Y en nuestra visión de un centro de investigación”, continúa Pedro, “una responsabilidad con la población es dar asistencia médica. No puedes hacer investigación sin dar asistencia médica, y no puedes dar asistencia médica sin reforzar la capacitación del capital humano. Eso sí que lo teníamos clarísimo desde el primer día. La formación y la asistencia son inseparables de la investigación.”

La asistencia clínica en el Hospital de Manhiça

En consecuencia, una de las prioridades desde el comienzo fue la de dar apoyo al Hospital de Manhiça. Junto con dos personas más, la doctora Montse Soriano fue la primera médica contratada desde Barcelona en 1996 para ir a vivir y trabajar en Manhiça. Empezó a trabajar en el hospital a la par que dos médicos

mozambiqueños. Ahora instalada en Berlín, hace memoria de aquellos años. “Recuerdo muy bien mi primer día”, cuenta. “Las consultas externas estaban vacías y solo había algunos adultos pacientes crónicos, enfermos de tuberculosis y, por la apariencia, probablemente también de VIH/sida, que se estaban muriendo. La sala para niños era muy pequeña y solo había unos poquitos niños. Apenas había personal, y reclutamos a varios enfermeros. Un hospital de estas características en Mozambique tenía tan solo un enfermero, y con suerte.”

Montse Soriano camina hacia las casas de paja en Manhiça en 1997. Aunque todavía se ven construcciones de paja y caña, el pueblo “ha cambiado mucho”, dicen los vecinos del lugar.
© Archivo Montse Soriano



Eran varias las razones por las que la gente no llegaba al hospital. Que no hubiera necesidad, definitivamente no era una de ellas. Era común que la gente fuera a los curanderos tradicionales, a Maputo, o que retrasaran acudir al médico hasta que no fuera ya muy urgente. Además, cuando llegaban, con frecuencia se encontraban que no había personal, o medicamentos, o recursos, lo que generaba una mayor desconfianza en los servicios de salud.



La técnica sanitaria Magdalena Ripinga explora a un niño con malaria en el edificio de Internamiento de Corta Duración, en el Hospital de Manhiça.
© Olivia Blanchard

“En la comunidad todavía había mucha desconfianza”, recuerda Montse. “Hacía poco tiempo que había terminado la guerra y Manhiça era una zona minada. Había gente que se había refugiado en Maputo y en aquella época regresaban al pueblo. A veces llegaban personas al hospital que habían sufrido agresiones graves. Una vez, vino uno con un machetazo en la cabeza, con todo al descubierto. Había mucha violencia, si alguien había robado algo del vecino, iban y lo apaleaban. En una de esas guardias en que habíamos visto a alguien traumatizado, un enfermero ya mayor del hospital me dijo: ‘Doctora, no se olvide de que hace poco nos estábamos matando unos a otros, hemos cometido atrocidades, y todo eso está en la gente’.”

Poco a poco, empezaron a llegar cada vez más pacientes. En un plazo relativamente corto, aquello pasó de ser un hospital fantasma a uno donde se atendía a una media de 125 niños al día.

El nombre de Magdalena Ripinga es otro de los que resuenan por los pasillos del Hospital de Manhiça, y es que esta mujer es toda una *institución*. Es una de las técnicas sanitarias más veteranas del lugar, y fue una de las primeras contratadas por el CISM: lleva ahí diecisiete años. Actualmente trabaja en el edificio de Internamiento



El Hospital de Manhica ha evolucionado mucho a lo largo de los últimos veinte años.
© Olivia Blanchard

de Corta Duración, donde se estabiliza a los niños antes de decidir si necesitan ser hospitalizados o pueden regresar a casa. Sobre cuáles son las enfermedades más típicas que ve, dice: “Depende de la época. En verano, hay mucha diarrea, gastroenteritis y malaria, que baja en invierno, cuando se dan más infecciones respiratorias y neumonías”.

“El hospital ha cambiado mucho. Cuando yo llegué en 1997, solo había un centro de socorro y unas pequeñas estructuras. Los adultos y los niños eran atendidos en el mismo sitio”, cuenta, mientras se prepara para atender a un pequeño de quince meses de edad que tiene diarrea a causa de la malaria, y a quien empezaron a dar tratamiento en otro centro cuatro días antes pero no mejora. “A este niño le vamos a internar porque vive muy lejos y por el camino puede empeorar”, explica después de explorarlo. “Aquí la mortalidad en los niños ha bajado mucho. Ahora la gente, como esta mamá, tienen más conocimientos sobre las enfermedades y la prevención, y llegan antes.”

Una unidad de pediatría, más habitaciones para los ingresados, consultas, lavabos, un bloque quirúrgico, una maternidad... Son algunas de las nuevas estructuras que se han ido construyendo o rehabilitando poco a poco a lo largo del camino, gracias a la financiación de la AECID, gestionada a través del CISM, y a la de la Unión Europea, administrada por el Ministerio de Salud mozambiqueño. “Cuando das una cierta atención y calidad, la gente hace uso de los servicios”, explica Pedro Alonso. Hoy en día el nuevo pabellón, con la zona de espera de las consultas externas, está atiborrado de personas esperando a ser atendidos, una imagen insólita en el pasado.

Las plataformas de demografía, geografía y morbilidad

A la vez que se reactivaba el Hospital de Manhica, la otra gran prioridad nada más comenzar en 1996 fue la de hacer un censo de la población. Con frecuencia, la gente nace y muere en África sin haber existido jamás en ningún registro. “Hoy censan a la población y a lo mejor diez años más tarde lo vuelven a hacer. Si naces después de un censo y mueres antes del siguiente, nunca eres registrado. ¡Qué mayor indignidad que no haber existido nunca en el mundo!”, exclama Pedro.

“En el caso de Mozambique”, explica Ariel Nhacolo, demógrafo del CISM, “con la guerra civil, estuvimos diecisiete años sin hacer un censo, y antes de la independencia, el censo solo abarcaba a la población blanca europea.”

“Pero si quieres investigar y hacer un seguimiento preciso de una población, tener un censo es muy importante”, continúa Pedro. “Para ello seguimos tres pasos. Primero, definimos un área geográfica de estudio. Segundo, tuvimos que censar a todo el que vive ahí, es decir, registramos toda inmigración, emigración, nacimiento y muerte que tiene lugar dentro de la zona de estudio. Es lo que llamamos nuestra *plataforma demográfica*. Tercero, registramos qué patologías tiene la población, lo que llamamos la *plataforma de morbilidad*. La intersección de estos tres elementos, el censo demográfico y la vigilancia de morbilidad en un área geográfica definida, es una herramienta de investigación muy poderosa. El nuestro fue el primer censo poblacional con estas características que se hizo en Mozambique.”

Un centro de datos fue uno de los primeros espacios que se construyó en el CISM.
© Archivo Llorenç Quintó



Desde el comienzo, el equipo del CISM trabajó con los líderes comunitarios para mapear los barrios de la zona de estudio. Se contrató a un gran volumen de personal para salir a la comunidad y, una a una, enumerar las puertas de cada casa y censar a los individuos que vivían en ellas. “La zona de estudio de Manhica se ha ido ampliando con el paso del

tiempo”, explica Pedro. “Al principio, lo que ahora llamamos zona antigua de estudios era de 35.000 personas y tenía un área de unos 500 km². Hace poco estábamos en 94.000 personas, y ahora ya vamos a cubrir todo el distrito y alcanzaremos las 150.000 personas.”

Hoy en día, si se quiere hacer, por ejemplo, un estudio con niños en una franja de edad determinada en un área específica del distrito, prácticamente tocando una tecla se puede obtener de la base de datos quién vive dónde y su edad. Pero esto no sería posible si no fuera por el trabajo que realiza un enorme equipo de personas para mantener la información actualizada. Los trabajadores de campo que enumeran las casas, los que hacen las entrevistas para recoger la información demográfica, y los supervisores.

Además, los líderes comunitarios mantienen a los demógrafos informados semanalmente de cualquier nacimiento, muerte, embarazo y migración que pueda ocurrir en el tiempo, entre una y otra visita del personal del CISM al barrio. Y diariamente se recoge información clínica de cada uno de los seis centros de salud de la zona de estudio (incluido el Hospital de Manhica). “Al final del día,



Cada día los trabajadores de la Unidad de Demografía del CISM, como Albino Chilaula, salen a la comunidad para actualizar la información demográfica.
© **Olivia Blanchard**

en cada centro de salud sabemos cuántos niños estaban enfermos, el diagnóstico de cada uno y el resultado, si fue internado, si regresó a casa o si fue derivado a Maputo. Al final del mes vemos la distribución de las enfermedades en Manhica, una perspectiva que usamos para poder hacer programas de investigación”, dice Charfudin Sacoor,

responsable de la Unidad de Demografía del CISM. Se puede saber, por ejemplo, cuáles son las zonas que tienen más episodios de malaria y dónde se concentran las infecciones. O, al registrar a todas las embarazadas, se puede hacer un seguimiento de las muertes neonatales en la zona, algo impensable en prácticamente cualquier otro lugar del continente.

La importancia de tener esta información demográfica y clínica actualizada es de una relevancia indescriptible para todo el programa de investigación del CISM. Como dice Charfudin, la Unidad de Demografía es “la alfombra roja de las grandes pasarelas por donde pasan todos los proyectos de investigación”.

La construcción de los primeros laboratorios del CISM

Transcurrido el primer año de trabajo, llegó el momento de empezar a montar el Centro de Investigación propiamente dicho, con el primer laboratorio, en 1997. Hubo que construir toda una estructura de investigación partiendo de cero, contratar y formar a nuevo personal, y comprar materiales de laboratorio.



El CISM ha ido creciendo progresivamente, según las necesidades de los estudios de investigación.
© **Archivo ISGlobal**

se empezaron a reconvertir algunos de los espacios. Dos salas se transformaron en oficina y centro de datos, y lo que en algún momento habría servido como aula de formación se convirtió en el primer minilaboratorio del CISM.

En el año 1997 se transformó una sala en el primer laboratorio del CISM.
© **Archivo Llorenç Quintó**

“Cuando empezábamos en Manhica”, recuerda el estadístico Llorenç Quintó, “conseguir el material no era como ahora, que tenemos un departamento de compras. Antes había que comprarlo en



Barcelona. Conseguir las cajas, que no era tan fácil. Ir al almacén del Hospital Clínic y preguntar si tenían alguna caja, de tal o cual medida. Les decíamos: ‘Pues me la guardáis, que la necesito para mañana’. Luego montábamos las cajas, las pesábamos, las medíamos, las llenábamos, hacíamos el paquete y, al final, lo enviábamos. Todo esto, igual lo hacía el estadístico, que la secretaria... Los pocos que estábamos en Barcelona.”



El CISM se inauguró oficialmente con la visita de la reina Sofía (en la foto, junto a Montse Soriano) en 1998.
© Archivo Montse Soriano

En 1998, cuando S. M. la Reina Doña Sofía fue a inaugurar oficialmente el CISM, ya había laboratorio y, en un nuevo pabellón, una sala de investigadores, biblioteca y centro de datos. Desde entonces, la instalación de laboratorios y la adquisición de nuevos aparatos han ido creciendo progresivamente según las necesidades del programa de investigación. Siempre que era

posible se han aprovechado los edificios existentes, y se han construido otros nuevos cuando era necesario. “A medida que el Centro se iba quedando pequeño, lo íbamos ampliando. ¡Así que hemos estado casi siempre en obras!”, dice Pedro Alonso.

La capacitación y la formación del personal

Un laboratorio o un hospital pueden tener la tecnología más avanzada del mundo, pero si no hay investigadores o personal de salud capacitados para usarlos, se convierten en espacios obsoletos. Desde la capacitación más básica de un nuevo microscopista hasta los estudios de doctorado, la formación técnica

y de investigadores han sido un pilar del trabajo del CISM.

El Programa de Formación de Investigadores está en marcha desde los inicios. Sigue el concepto de *creación y fortalecimiento de capacidades*, e intenta contrarrestar las secuelas negativas del fenómeno migratorio conocido como *fuga de cerebros*. Los investigadores empiezan trabajando en proyectos del CISM y entran en un programa que mediante una beca les forma a nivel de máster y doctorado. Es común que pasen una parte de su tiempo en los laboratorios de investigación de Barcelona, y siempre se ocupan de temas de salud prioritarios en Mozambique. Una vez finalizado el programa, vuelven a trabajar a su país, en el CISM, en las instituciones sanitarias o en la Universidad de Mozambique. De hecho, el Hospital Clínic y la Universidad de Barcelona son dos grandes socios académicos de Mozambique; en ellos se han formado muchos de los investigadores mozambiqueños, y es donde más títulos de doctor les han sido otorgados.



El técnico de laboratorio Crisóstomo Messías (a la izquierda) comenta la preparación de un nuevo estudio con Hélder Bulo, el responsable de los laboratorios del CISM.
© Olívia Blanchard

Como dice el estadístico Llorenç Quintó, “podríamos haber ido para hacer un estudio y una vez terminado el estudio haberlo publicado y aquí se acaba la historia. Pero la visión que tenemos nosotros de cooperación a través de la formación es muy importante. Ultrapasa los límites de la investigación”.

Cabe resaltar que el intercambio de conocimientos y la formación no han sido unidireccionales. “Muchas veces, cuando contabilizamos a la gente formada en Manhíça, cometemos el error de contar solo a los mozambiqueños”, dice el doctor Eusébio Macete, director del CISM. Por el contrario, los programas de formación han beneficiado tanto a profesionales de Mozambique como de Barcelona y de otras partes del mundo. “La formación de médicos españoles que hacen parte de la residencia o del doctorado en Manhíça, o la presencia de estadísticos que hacemos análisis de investigación allí, han sido constantes”, dice Llorenç.

En suma, durante la segunda mitad de la década de los noventa se asentaron los cimientos del CISM. Los esfuerzos se concentraron en la implantación del censo y el sistema de vigilancia demográfica y de morbilidad, y en la construcción de los primeros laboratorios. Se establecieron relaciones sólidas con la comunidad y se hicieron los primeros estudios epidemiológicos. La rehabilitación del hospital, la asistencia clínica y la contratación y formación de personal también fueron actividades cruciales. Se inició la formación de investigadores a través de programas de máster y doctorado. Desde el comienzo, los tres ejes, asistencia, formación e investigación, estuvieron presentes.

Mientras se hacía todo esto en Manhica y continuaban los estudios y demás actividades en Ifakara, el trabajo asistencial en Barcelona también siguió evolucionando. El número de pacientes que llegaba a la Sección de Medicina Tropical aumentaba cada vez más, y se consolidó el servicio de consejo al viajero internacional.

A finales de los noventa Manuel Corachan fue elegido presidente de la Asociación Europea de Escuelas de Medicina Tropical (Trop-MedEurop), en la cual el Hospital Clínic había sido admitido a finales de los ochenta. En 1998, el mismo año en que la S. M. la Reina Doña Sofía viajó a Mozambique para inaugurar oficialmente el CISM, en España se creó la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEM-TSI), impulsada por el Hospital Clínic y con Manuel Corachan como primer presidente.

Del África subsahariana al Magreb: el proyecto de Marruecos

Como si todo esto fuera poco, en el último suspiro del siglo pasado sucedió otra cosa más que resultó ser un nuevo hito en la relación entre el Hospital Clínic y la AECID. El escenario lo puso Marruecos, donde, en el contexto de los acuerdos de cooperación bilaterales, el Hospital Clínic asumió la responsabilidad de rehabilitar y poner en marcha la Maternidad del Hospital Español de Tetuán.

La frontera entre Marruecos y España (y por ende, entre África y Europa) concentra las mayores desigualdades en desarrollo humano entre dos países a escala mundial; los 12 km de separación del estrecho de Gibraltar simbolizan las enormes brechas que hay en cuanto a ingresos, salud o educación y las inequidades globales.⁹



En Marruecos, los principales desafíos en el área de la salud materno-infantil y reproductiva son la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, y la reducción de las desigualdades en el acceso y la utilización de los servicios de salud reproductiva, ocasionadas por las marcadas diferencias socioeconómicas y entre el medio urbano y el rural. La mortalidad neonatal, que representa el 66% de la mortalidad infantil, se debe sobre todo a una atención inadecuada durante el parto o el postparto.

La Maternidad del Hospital Español de Tetuán se convirtió en un centro de referencia, y también se creó un servicio de ambulancias.
© Susana Oñoro

En el marco del programa “Maternidad sin riesgo”, entre 1999 y el 2011 la Maternidad del Hospital Español de Tetuán se convirtió en un centro de atención materna y neonatal de referencia a nivel nacional, atendiendo 20.000 partos y 15.000 consultas prenatales e introduciendo prácticas novedosas para el conjunto del sistema nacional de salud. También se construyeron y rehabilitaron casas de parto, y se puso en marcha un servicio de ambulancias para urgencias obstétricas y neonatales. Este programa nacional

⁹ PNUD, Informe de Desarrollo Humano 2011.



Miles de mujeres marroquíes han asistido a consultas prenatales gracias al programa "Maternidad sin riesgo."
© Susana Oñoro

ha contribuido a que la tasa de mortalidad materna en Marruecos se redujese de 300 casos por cada 100.000 nacidos vivos en el año 1990 a 100 casos por cada 100.000 nacidos vivos en el 2010.

Además de las actividades asistenciales, y como parte del apoyo ofrecido a la Delegación Provincial de Salud de Tetuán, se realizaron varios estudios sobre las causas de la mortalidad materna e infantil, la cobertura del programa ampliado de vacunación y las barreras de acceso a los servicios de salud materna.

La historia del proyecto de Marruecos continuó en la primera década del siglo XXI. A partir del 2009, también allí se puso el foco de atención en la investigación biomédica en temas de relevancia para el sistema nacional de salud. A pesar de los importantes progresos en salud infantil, las infecciones respiratorias agudas y las diarreas siguen siendo algunas de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años. Como en los otros contextos, la evidencia científica es crucial para contribuir al fortalecimiento de las políticas y los programas de salud.

En consecuencia, en coordinación con el Ministerio de Salud de Marruecos y el Centro Hospitalario Universitario Ibn Sina de Rabat, se puso en marcha el primer laboratorio dedicado a la investigación biomédica del sistema hospitalario en Marruecos. Dicho laboratorio "está específicamente destinado a hacer investigación y dar apoyo a los estudios que equipos marroquíes y del Hospital

Clínic hacen conjuntamente", dice Enric Grau, responsable del proyecto de Marruecos del 2002 al 2012. En los últimos años, un equipo de investigadores de Rabat y Barcelona han desarrollado estudios sobre enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños menores de cinco años, epidemiología y etiología de la meningitis en niños menores de quince años, y epidemiología y factores de riesgo de la transmisión de infecciones madre-hijo, entre otros temas.

Las actividades de formación han sido un componente esencial de la cooperación bilateral para desarrollar las capacidades y las estructuras locales, tanto en el ámbito clínico como en el de investigación. En colaboración con el Instituto Nacional de Administración Sanitaria, ligado al Ministerio de Salud de Marruecos, se diseñó y se puso en marcha un Diploma en Epidemiología y Bioestadística. Asimismo, en colaboración con la Universidad de Fez y la Fundación Lalla Salma, se desarrolló la primera plataforma de formación *e-learning* en el país, sobre detección precoz del cáncer de cérvix. Recientemente, la colaboración con la Universidad Mohamed V - Souissi ha permitido la creación del Diploma en Reanimación Neonatal y del Diploma en Cuidados Obstétricos y Neonatales de Urgencia.

Además, inspirándose en el modelo del Centro de Investigación en Salud de Manhiça, se ha implementado el programa "Research Fellowships" (de becas de investigación), una oportunidad para el desarrollo de las capacidades y la carrera profesional de los jóvenes investigadores mediante la realización de másteres y doctorados entre universidades europeas y marroquíes. Una vez más, destaca la confluencia de la asistencia, la formación y la investigación como ejes de trabajo.

Todas estas actividades no habrían sido posibles sin la dedicación de numerosos investigadores y profesionales de la salud y de otras disciplinas, principalmente de Marruecos y España; ni sin el apoyo de la AECID y la Obra Social de la Fundación "la Caixa".

En la década del 2000, también siguió adelante el trabajo que se llevaba a cabo en Barcelona y Mozambique, como se verá en el próximo capítulo. La investigación despegó definitivamente. En cierta manera, los años noventa fueron el entrante del plato fuerte que vendría después. Apenas sonaron las campanadas del nuevo milenio, se abrió un nuevo e importantísimo capítulo en esta historia de treinta años.



**La eclosión de
la investigación
en el CISM
y la creación
del CRESIB**

Un nuevo avance en el ámbito de la salud internacional

El principio del siglo XXI fue explosivo. El trabajo de investigación en temas de salud internacional creció eponencialmente y en muy poco tiempo. El motivo, una confluencia de factores. El principal de ellos fue la eclosión de la investigación en el CISM, en Mozambique, debido al inicio casi simultáneo de dos estudios de gran envergadura: los ensayos de la vacuna de la malaria de GlaxoSmithKline (GSK) y un nuevo estudio de IPTi. El impacto se notó no solo en el CISM —que pasó de tener 60 empleados a más de 250—, sino también a miles de kilómetros, en el Hospital Clínic de Barcelona, donde los recursos y el personal dedicados a la investigación en temas de salud internacional se incrementaron notablemente.

Y todo esto no sucedió en un vacío; el contexto global del momento fue propicio para este crecimiento en investigación. Al comienzo de la década del 2000 se fijaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con metas ambiciosas en áreas en las que la Sección de Medicina Tropical ya venía trabajando: la malaria y la mortalidad materna e infantil. La creación de la Fundación Bill y Melinda Gates, entre otras iniciativas filantrópicas que surgieron en la época, contribuyó a poner las prioridades de salud internacional en la agenda política mundial y a lograr un mayor reconocimiento del papel de la innovación y de la investigación como herramientas de desarrollo.

Los ensayos de la vacuna de la malaria que hicieron historia

Los estudios más sonados de la historia del CISM hasta ahora han sido sin duda los ensayos de la vacuna RTS,S, de la farmacéutica GSK, liderados por Pedro Alonso. Todo empezó en el año 2000, cuando la Fundación Bill y Melinda Gates asumió el reto de financiar el desarrollo de esta vacuna y eligió al CISM para llevar a cabo los estudios de fase II en niños de uno a cinco años de edad. En el 2001 se realizó un estudio piloto con 60 niños, seguido por otro más grande con 2.000 niños, llamado MAL 026. A raíz de



Los primeros ensayos de la vacuna RTS,S de la farmacéutica GSK comenzaron en Manhiça en el 2001.
© Fundación Bill y Melinda Gates

El artículo con los primeros resultados del estudio de la vacuna fue recogido en la recopilación Vintage papers from The Lancet como uno de los cien mejores publicados en la historia de esta revista.
© Archivo Pedro Alonso



ellos, el CISM creció en todos los sentidos. Se contrató y formó a nuevo personal, se reforzó el trabajo de campo y se mejoró la Unidad de Demografía, así como los laboratorios de microbiología y parasitología.

El pediatra Quique Bassat, que con una vocación temprana por la medicina tropical ya había

visitado Manhiça como estudiante de Medicina, fue al CISM en el 2003 para ayudar en la documentación de eventos adversos y seguridad en uno de los ensayos, el MAL 026. Ahora está viviendo de nuevo en Manhiça y recuerda a propósito de aquel ensayo: “Tardamos un mes en vacunar a todos los niños, y luego había que darles una dosis más al cabo de un mes y otra al cabo de dos. Fueron los meses más intensos de mi vida profesional, trabajando junto con el equipo de vacunación, de siete de la mañana a once de la noche todos los días. Hicimos un estudio gigante. Nunca he visto una cosa tan compleja para los medios que teníamos en aquel momento. Ese fue el primer gran estudio que se hizo de la vacuna y

el que permitió dar el pistoletazo de salida a los otros muchos estudios que llegaron después.”

Los primeros resultados de los ensayos tuvieron una repercusión mediática internacional masiva, fueron portada en los principales periódicos del mundo y se publicaron en la revista *The Lancet* en el 2004. Demostraban que la vacuna de GSK daba una protección ante la malaria del 30%, umbral establecido como mínimo para que una vacuna sea una herramienta útil para la salud pública. Este hito científico contribuyó de forma clave a la consolidación de los proyectos de Barcelona y del CISM. A lo largo de más de ca-



Los primeros resultados de los ensayos de la vacuna RTS,S fueron portada en The New York Times.
© Archivo Pedro Alonso

torce años, el CISM ha trabajado de forma continuada en estudios que han resultado centrales en el desarrollo clínico de esta candidata a vacuna. Son ejemplos las primeras investigaciones sobre inmunidad en niños y recién nacidos. O, posteriormente, el primer ensayo de fase III, que abre la puerta a un posible registro de la que sería la primera generación de vacunas contra la malaria de la historia.

El estudio de Tratamiento Preventivo Intermitente en Niños

El otro gran estudio, que comenzó casi a la vez que se iniciaron los ensayos de la vacuna que acabamos de mencionar, fue el de Tratamiento Preventivo Intermitente en Niños (IPTi por sus siglas en inglés), liderado por Clara Menéndez. Tras el éxito del estudio de IPTi realizado en Tanzania, citado en el segundo capítulo, en el 2002 se consiguió financiación de la Fundación BBVA y de la Fundación Gates para crear un consorcio, coordinado desde Barcelona, y para realizar un nuevo estudio de IPTi en varios centros de investigación, incluido el CISM.



El estadístico John Aponte (a la izquierda) ha trabajado con Clara Menéndez y Pedro Alonso durante casi veinte años. Fue una de las primeras personas contratadas por la Unidad de Epidemiología del Hospital Clínic. ©Archivo ISGlobal

Los ensayos clínicos de la vacuna de la malaria y el estudio de IPTi eran los primeros estudios de intervención que se hacían en el CISM. Gonzalo Vicente fue a Manhiça en el 2002 como administrador del Centro, con el desafío de gestionar el inicio de ambos estudios. “El reto era conseguir que el Centro multiplicase casi por cuatro sus recursos y operaciones, con todas las complicaciones logísticas asociadas a una zona rural en África: identificación y contratación de personal, construcción de laboratorios e instalaciones y su mantenimiento, etc.”



Inácio Mandomando (responsable de laboratorio en aquel momento) y Carlota Dobaño se preparan para enseñar el laboratorio de inmunología, recién construido, a Bill y Melinda Gates en su visita al CISM en el 2003. ©Archivo ISGlobal

El impacto del estudio de IPTi también fue enorme porque, además de que acabó siendo aprobado por la Organización Mundial de la Salud como parte de las herramientas en la lucha contra la malaria, ofreció la oportunidad de fortalecer la capacidad del CISM todavía más y en consecuencia también la del Hospital Clínic, con la construcción de laboratorios de inmunología en ambos sitios.

Carlota Dobaño, farmacéutica de formación y con un postdoctorado en inmunología, empezó a trabajar en la Unidad de Epidemiología y Bioestadística del Hospital Clínic a finales del 2002. Fue responsable de la parte de inmunología del estudio de IPTi y de la construcción de los laboratorios necesarios para ello. Recuerda cómo durante sus primeros dos años estuvo haciendo más de arquitecta y logista que de investigadora. Hasta ese momento, en el CISM solo existían los laboratorios de parasitología y microbiología. Con los fondos destinados al estudio de IPTi, se pudo construir un laboratorio de inmunología y comprar aparatos de biología molecular, con el fin de hacer un análisis más sofisticado y ver, por ejemplo, cómo crece un parásito, o si responde o no a un tratamiento.

Un laboratorio de inmunología permite, entre otras cosas, analizar si las muestras tienen anticuerpos, es decir, si las células responden. Lograr hacer esto fue un punto de inflexión importante, porque a partir de entonces se pudo llevar la investigación un paso más allá, y estudiar los mecanismos subyacentes de que funcione o no una vacuna, o el efecto que puede tener un fármaco en la inmunidad de una persona. “El estudio de IPTi dio pie a todos los estudios inmunológicos y de biología molecular que se han hecho hasta ahora”, dice Carlota Dobaño. Todavía se acuerda de la odisea que supuso llevar a Manhiça un citómetro de flujo, la herramienta estrella del trabajo en inmunología celular. “Allí, si tienes un problema, no tienes al técnico al lado que viene y te lo resuelve, como aquí en Barcelona. Te tienes que ir a Sudáfrica”, dice.

El crecimiento de las infraestructuras en el Hospital Clínic

En aquel entonces, la Unidad de Epidemiología del Hospital Clínic, liderada por Pedro Alonso, todavía era, tan solo, una sala con cuatro despachos al final de un pasillo en el edificio de consultas externas. La Unidad no tenía laboratorios propios, y cuando había necesidad de hacer algo puntual desde Barcelona, había que pedir ayuda a otros servicios afines, como había hecho el investigador Alfredo Mayor durante su doctorado unos años antes, cuando tuvo que pedir prestada una poyata al laboratorio de microbiología.

Los ensayos de la vacuna RTS,S y el estudio de IPTi en Manhiça cambiaron eso. En paralelo a las obras de construcción del nuevo laboratorio de inmunología en el CISM, “en Barcelona comenzaron las reuniones para buscar un sitio donde poner un minilaboratorio al menos, porque enseguida íbamos a enviar muestras del estudio a Barcelona y necesitábamos empezar a hacer investigación aquí”, relata Carlota Dobaño. “Al final nos dejaron una sala, y ese fue nuestro primer laboratorio en el Hospital Clínic. Las dos primeras personas a las que contraté para trabajar en él fueron Laura Puyol y Elisa Serra.”

En el mundo de la investigación científica, los estudios son como una carta de presentación. Si se desarrollan bien y generan publicaciones en revistas científicas de primera línea, con algo de suerte atraen nuevos proyectos y más fondos, y así sucesivamente.

“Manhiça nutrió a Barcelona y viceversa”, dice Alfredo Mayor. “Es una sinergia absoluta. El trabajo que se hacía en el CISM servía para que el equipo de aquí siguiera creciendo, porque se podían hacer estudios más complejos, inmunológicos, moleculares, etc. Y al mismo tiempo, la investigación que íbamos haciendo aquí en el Hospital Clínic permitía que el CISM también fuera creciendo.”

El número de estudios fue aumentando y el espacio en el Hospital Clínic enseguida se hizo de nuevo pequeño para las necesidades de la Unidad de Epidemiología y lo que entonces era el Área seis (el área de investigación en salud internacional) del IDIBAPS. Se fue contratando a más personal de laboratorio. Así lo explica Carlota Dobaño: “Conseguimos otro cuartito donde hacer los cultivos de parásitos, de células, y pronto nos dieron una pequeña sala. Fuimos metiendo el pie aquí y allá. Luego pasamos a una más grande. Aunque seguía siendo un único espacio y donde ya se hacía investigación de malaria, VIH, enteropatógenos, enfermedades respiratorias...”.

Pero no solo fueron los laboratorios los que quedaron pequeños ante semejante crecimiento. También lo hicieron los sistemas administrativos. Aunque, en número de personal del Hospital, las personas que trabajaban en salud internacional eran relativamente pocas, el volumen de financiación de los proyectos representaba una parte desproporcionada en la Fundación Clínic. Con la gestión simultánea de proyectos en Tanzania, Marruecos y Mozambique, llegó un momento en que las estructuras administrativas de la Fundación ya no eran las adecuadas.

“Las necesidades económicas, logísticas y organizativas de estos proyectos son tan diferentes, que la estructura no servía, no estaba diseñada para este tipo de investigación”, dice Enric Grau. La Fundación Clínic estaba preparada para gestionar los fondos FIS de los proyectos de investigación biomédica en el marco de un hospital universitario como el Hospital Clínic. Pero estas otras actividades presentaban una casuística muy diferente, con sus múltiples financiadores y fondos en diferentes divisas, los viajes al extranjero, la gestión del personal internacional, etc.

Por consiguiente, en el 2002 se creó la Oficina de Cooperación Internacional (OCI), una nueva estructura dentro de la Fundación Clínic, para la gestión económica de todos los proyectos de cooperación.

La creación de la Fundación Manhiça

En paralelo a la creación de la OCI en Barcelona, y ante la necesidad de garantizar la sostenibilidad del CISM a largo plazo, en el 2002 también se empezó a diseñar el marco conceptual de la Fundación Manhiça. Fue una de las responsabilidades de Gonzalo Vicente. “Todo un reto”, dice él, en una época en la que existían muy pocas fundaciones en Mozambique. Desde que se creó el CISM en 1996, la idea siempre había sido la de crear una fundación con personalidad jurídica propia y que el Centro fuera gestionado por mozambiqueños.

Tras varios años de planificación, en el 2008 se creó la Fundación Manhiça, con el Hospital Clínic en su patronato. Ese mismo año, la Fundación Príncipe de Asturias le otorgó al CISM el Premio de Cooperación Internacional, en reconocimiento a la labor realizada por el Centro en la investigación biomédica, la asistencia clínica y la formación.

Eusébio Macete, director del CISM, fue en su día estudiante de doctorado del Programa de Formación de Investigadores. ©Archivo ISGlobal



“Es de gran beneficio para Mozambique tener un centro como el CISM”, dice Eusébio Macete. “El funcionamiento del CISM es diferente al modelo clásico de cooperación. Uno de los desafíos principales de estos años ha sido precisamente el de convencer a los políticos para que vean la investigación y la generación de conocimiento como un nuevo modelo de cooperación. Otro reto ha sido el proceso mediante el cual el CISM ha pasado de ser un proyecto de cooperación a una institución nacional con una autonomía de gestión y decisión. Esto nos llevó varios años. Y un tercer gran desafío ha sido crear la masa crítica científica. La ciencia no son los aparatos. Son las mentes. La capacidad

humana. Eso requiere tiempo, una inversión y un compromiso a largo plazo. En ese sentido, se ha llegado a donde se ha llegado gracias a la coherencia y el compromiso de la cooperación española, de la Universidad de Barcelona y del Hospital Clínic”.

El Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional

En el Hospital Clínic también se vivieron otros cambios estructurales importantes. En el 2001, la Sección de Medicina Tropical salió del Servicio de Enfermedades Infecciosas y, junto con la Unidad de Epidemiología, se incorporó a la Unidad de Evaluación, Apoyo y Prevención (UASP por sus siglas en catalán). Unos años más tarde, en el 2006, la Sección de Medicina Tropical y la Unidad de Epidemiología salieron de la UASP y se fusionaron en un mismo Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional.

La creación de dicho servicio, un hito en esta historia de treinta años, fue impulsada en gran medida por el doctor Antoni Trilla, director de la UASP, por Manuel Corachan y por Pedro Alonso. Fue el primer servicio hospitalario como tal en España, y representó un paso adelante en el intento de concentrar las actividades asistenciales y la investigación en salud internacional dentro del Hospital Clínic. Pedro se convirtió en jefe de dicho Servicio y Joaquim Gascon en jefe de la Sección de Medicina Tropical (Manuel se había jubilado en el 2004).

En línea con un interés por visibilizar este trabajo en salud internacional también en el mundo académico, en esa misma época la Universidad de Barcelona le concedió a Pedro Alonso una plaza de catedrático en la Facultad de Medicina.

La creación del CRESIB

A la vez que la investigación crecía en el CISM, se diseñaba la estructura de la Fundación Manhiça y se creaba el Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional en el Hospital Clínic, el otro gran titular del momento fue la decisión de la Generalitat de Catalunya de priorizar la investigación en salud internacional. En el 2006, en el marco de su programa de creación de centros CERCA (centros de investigación especializados en diferentes temáticas), se creó el Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB por sus siglas en catalán), que tenía entidad jurídica propia y al Hospital Clínic, la Universidad de Barcelona y los departamentos de la Generalitat con competencias en sanidad e investigación en su patronato. La investigación, que hasta entonces se había desarrollado bajo el paraguas del IDIBAPS - Fundación Clínic, pasó a hacerse con el nombre del CRESIB.

Nacido de la voluntad política, de una oportunidad histórica y de un momento único, el CRESIB marcó un punto de inflexión en esta historia de treinta años, al dar un gran impulso y una mayor visibilidad a la investigación en salud internacional en Barcelona. No existía una iniciativa como esta en ninguna otra parte de España ni el sur de Europa, y dicho Centro fue el precursor del Instituto de Salud Global de Barcelona, creado en el 2010.

“La investigación hace que aumente la calidad asistencial y es el motor de generación de nuevos ingresos”, afirma la doctora Marina Geli, consejera de Salud durante los gobiernos de Pasqual Maragall y de José Montilla e impulsora de la creación del CRESIB. La apuesta de la Generalitat de Catalunya por poner el foco de atención en la investigación en temas de salud internacional se hizo en un contexto en el que el mundo —y las enfermedades— estaba cada vez más globalizado. El caso de la gripe aviar ponía de manifiesto la necesidad de los sistemas de salud de generar conocimientos y estar preparados para afrontar enfermedades hasta entonces desconocidas dentro de las propias fronteras, o el posible resurgimiento de otras que hacía años que se habían erradicado.

Eran tiempos de grandes cambios sociales y demográficos en España, que impactaron en el sistema de salud. Desde 1998, la inmigración había crecido muchísimo. Solo en Cataluña, la población aumentó en un millón de personas entre 1998 y el 2008.

“Nos cambió el mundo”, dice Marina Geli. “No teníamos suficientes pediatras. Tuvimos que contratar a mediadores y traductores. Se debió gestionar un aumento de demanda extraordinario, sobre todo en pediatría. Tuvimos que formar a los profesionales, no solo en cómo diagnosticar enfermedades hasta entonces poco prevalentes, sino también en aspectos culturales e idiomáticos.”

La Generalitat de Catalunya implantó un Plan Director de Inmigración para afrontar el impacto de la inmigración en el sistema de salud, y un Plan Director de Investigación, que surgió de la necesidad de replantearse cómo se hacía la investigación en el sistema sanitario. Ambas iniciativas dieron pie a la creación del CRESIB.

La doctora Núria Casamitjana es profesora de la Universidad de Barcelona y una de las grandes impulsoras, durante la última década, de la docencia y la investigación en temas de salud internacional, primero como vicerrectora de la Universidad de Barcelona y luego como directora técnica del CRESIB, del 2006 al 2011. La nueva institución “permitió ponerlo todo bajo un mismo techo. Y ser más coherentes. Fue como ordenar dentro de casa”, describe. Aquello facilitó una mayor coordinación entre las actividades que hasta ese momento se hacían de una manera un tanto dispersa. Por un lado, las actividades de investigación, que hasta entonces se realizaban dentro de un área del IDIBAPS, en el marco de la Fundación Clínic. Y, por otro lado, las de formación, que dependían del Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, dentro de la Universidad de Barcelona.

El CRESIB era una entidad jurídica, con su patronato, su misión y su visión propia. Desde que se creó, el trabajo de investigación creció de manera significativa. Los investigadores pudieron presentar proyectos a nuevas convocatorias, atraer más fondos e incorporar nuevos investigadores a sus grupos. Manteniendo como columna vertebral la malaria, se abrieron otras líneas de investigación, como enfermedades respiratorias agudas, diarreas, tuberculosis y VIH/sida.



En junio del 2006 se celebró el primer retreat científico del CRESIB para reflexionar y discutir juntos sobre las líneas de investigación de la institución.
© Archivo ISGlobal

Otra consecuencia de la creación del CRESIB fue que se iniciaron un mayor número de estudios multicéntricos y en contextos más allá del africano. “La ampliación de la investigación a la malaria por *Plasmodium vivax* fue uno de los primeros resultados que tuvo la creación del CRESIB”, explica Núria Casamitjana. “Hasta entonces la investigación del grupo estaba muy enfocada en la malaria por *Plasmodium falciparum*. Se incorporaron en aquel momento Hernando del Portillo, investigador especializado en biología molecular de malaria, e Ivo Mueller, epidemiólogo de malaria en Papúa Nueva Guinea. Y se inició un proyecto financiado por la Fundación CELLEX. Todo ello permitió hacer estudios multicéntricos sobre la malaria por *Plasmodium vivax* en Brasil, la India, Guatemala, Colombia y Papúa Nueva Guinea.”

También se abrió el campo de investigación a otras disciplinas, como las ciencias sociales y la economía de la salud, con la incorporación de profesionales como el antropólogo Robert Pool, que ahora está en la Universidad de Ámsterdam, la socióloga Maria Roura, que estudia la viabilidad de la realización de pruebas de VIH/sida en contextos epidemiológicos diferentes, y la eco-



Tras la consolidación del CRESIB, Marina Geli y Joan Rodés (ambos a la derecha de Pedro Alonso) visitaron el CISM. El apoyo de la Generalitat de Catalunya ha sido esencial para impulsar la investigación en temas de salud internacional en España y Mozambique.
© Hospital Clínic de Barcelona

nomista Elisa Sicuri, que actualmente estudia la relación coste-beneficio de nuevos fármacos y vacunas. Asimismo, se incorporó al CRESIB el epidemiólogo Ned Hayes, del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de los EE. UU., especializado en enfermedades arbovirales como el dengue, y que tuvo una gran contribución en el desarrollo del nuevo Máster en Salud Global, del cual fue codirector, y el curso sobre enfermedades arbovirales.

“La estrategia”, explica Pedro Alonso, “era la concentración y la racionalización de toda la actividad en salud internacional, con la ambición de avanzar en la creación de una institución estable y de vanguardia dedicada a la salud de las poblaciones más desfavorecidas. Que estuviera anclada en el Hospital Clínic y la Universidad de Barcelona como *alma mater*, y que potenciara la asistencia, la investigación y la formación”.

En definitiva, la creación del CRESIB permitió aumentar y fortalecer las capacidades de Barcelona en todos los sentidos. En financiación, en personal y también en metros cuadrados. Hoy en día, sus investigadores ocupan casi una planta completa del Centro Esther Koplowitz (CEK), edificio de la Fundación Clínic dedicado a la investigación biomédica, y una planta del edificio de la calle del Rosselló, 132. Nada que ver con el primer pequeño laboratorio que tenía la Unidad de Epidemiología hace apenas diez años.



Actualmente, los laboratorios del CRESIB ocupan prácticamente una planta entera del edificio CEK, al lado del Hospital Clínic de Barcelona.
© Pau Fabregat

Pero el impacto y la calidad de un centro como este no se miden solo en número de laboratorios, cantidad de personal o volumen de publicaciones científicas.

La creación del CRESIB también revertió en el área de formación. Tras ser acreditado como centro de investigación del programa de doctorado de Medicina de la Universidad de Barcelona, el Centro empezó a liderar la línea de salud internacional de dicho programa. Con ello, el “CRESIB ganó en prestigio”, dice Núria Casamitjana, “y poder hacer el doctorado en un centro



Alfons Jiménez, técnico superior de laboratorio, mira por el microscopio una extensión de sangre infectada por Plasmodium falciparum, para cuantificar la presencia de parásitos.
© Pau Fabregat

De izquierda a derecha: Llorenç Quintó, John Aponte, Santi Pérez-Hoyos, Sergi Sanz y Edgar Ayala, en una discusión sobre metodologías estadísticas para el análisis de un estudio del CRESIB.
© Pau Fabregat



como este, reconocido internacionalmente, supuso un valor añadido para los estudiantes”. De hecho, hubo un aumento cuantitativo en el número de estudiantes de doctorado.

Hay un flujo continuo de personas que se forman entre Barcelona y Mozambique. “Gran parte de los doctorados del CRESIB se han hecho aquí en Manhiça o con temas de aquí”, dice Eusébio Macete.

Estos años de crecimiento en Manhiça y Barcelona se pueden describir como un tren que avanzaba a toda velocidad mientras se iban colocando las vías y sumando más vagones. Los cambios y acontecimientos descritos en este capítulo fueron de gran relevancia, pero no los únicos de aquel momento. A la vez que en el CISM se vivía la eclosión de la investigación y en Barcelona se gestaba la idea del CRESIB, se abría un importante capítulo en la historia de la sanidad pública española y la de las consultas del Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional del Hospital Clínic. Como se relata en las próximas páginas, España se convertía en país transmisor de una enfermedad tropical: el Chagas.



**El Servicio
de Medicina
Tropical y Salud
Internacional,
y el reto
de la nueva
inmigración**

El Chagas, una enfermedad rescatada del silencio

En apenas un abrir y cerrar de ojos, España, con el efecto llamada de su crecimiento y la oferta de trabajo (gran parte de ella en la economía sumergida), se convirtió en el mayor receptor de población inmigrante de toda Europa. En el año 2000, los extranjeros sumaban un 2,3% de la población empadronada. Siete años más tarde, aumentaron al 9,9% del total.¹⁰

Como ya se ha mencionado en el capítulo anterior, en el contexto de la creación del CRESIB, el rápido aumento de la inmigración tuvo un gran impacto en la demanda de servicios sanitarios, sobre todo de pediatría. Asimismo, las consultas de la Sección de Medicina Tropical del Hospital Clínic también fueron reflejo de estos cambios demográficos. Donde antes se veían pacientes procedentes principalmente del África subsahariana, sobre todo con malaria, parásitos intestinales y esquistosomiasis, empezaron a llegar muchos otros de Latinoamérica. Un alto porcentaje de ellos, con una enfermedad hasta entonces desconocida en España: la enfermedad de Chagas (o tripanosomiasis americana).

Desde finales de los noventa hasta el 2003, llegaron a España más de dos millones de personas procedentes de Latinoamérica. Joaquim Gascon cuenta cómo en las consultas empezaron a atender a pacientes bolivianos con ciertas patologías que le llamaron la atención.

Sabiendo que el Chagas es endémico en ese país, su equipo se empezó a preguntar si los síntomas digestivos y cardiovasculares que se manifestaban en dichos pacientes podrían estar asociados a la enfermedad. Algunas personas incluso llegaban expresando abiertamente su preocupación por el Chagas. En Bolivia es una enfermedad asociada a la muerte. “Nadie en toda España conocía bien la enfermedad, y como el ‘boom’ inmigratorio era tan reciente, no se habían visto casos”, dice José Muñoz, uno de los médicos que atiende en el Servicio. “Ni en atención primaria ni en ningún sitio se les daba una solución, y algunos acababan rebotados en nuestro servicio.”

“Al mismo tiempo nos alertaron, desde el Banco de Sangre del Hospital Clínic, de que estaban recibiendo a latinoamericanos que qui-

¹⁰ Morera Montes J., Alonso Babarro A., Huerga Aramburu H. 2009. Manual de atención al inmigrante. ERGON. P. 351.

zás tenían Chagas”, cuenta Joaquim. “Quisimos ver si eran casos aislados o si realmente estábamos ante un problema de salud pública.” A raíz de este interrogante se hizo un análisis descriptivo del perfil de los pacientes y de la enfermedad, y se iniciaron tres grandes estudios: uno en el Banco de Sangre de Cataluña, otro en las maternidades del Hospital Sant Joan de Déu y del Hospital Clínic, y un tercero en las consultas del Hospital Clínic y del Centro de Atención Primaria Drassanes, los dos centros más importantes de Barcelona en el tratamiento de patologías importadas.

Los resultados de los estudios realizados apuntaron que los pacientes que llegaban con Chagas al Hospital Clínic, lejos de ser casos aislados, solo representaban la punta del iceberg. El 27% de las madres bolivianas y el 10% de los donantes de sangre de origen boliviano tenían Chagas.

Estos estudios fueron de gran trascendencia y tuvieron un fuerte impacto en las políticas de salud pública. En el 2005 se modificó la ley nacional de transfusiones de sangre, haciendo obligatoria la prueba del Chagas para todos los donantes procedentes de Latinoamérica. Cinco años más tarde se estableció un protocolo de control de la transmisión vertical en Cataluña, para diagnosticar el Chagas en las madres embarazadas y así poder hacer el tratamiento y seguimiento de sus hijos.

“Es la primera vez que en España, un país no endémico de esta enfermedad, se ha tenido que actuar creando programas de control ‘aquí’, para evitar contagios ‘aquí’ de una de las llamadas enfermedades tropicales”, dice Joaquim Gascon. Se presentaba un cambio de paradigma que requería un cambio de enfoque. “No es que antes aquí no se hiciese nada sobre este tema, ¡es que ni se pensaba en el Chagas!”, añade.

Fue el comienzo de un importantísimo trabajo sobre el Chagas en España y luego en Bolivia, liderado por el Hospital Clínic y que ha continuado hasta el día de hoy. “Fuimos los primeros en describir la enfermedad”, dice José Muñoz, “y hemos adquirido un *know-how*. Entre la lengua común, los vínculos históricos y culturales y la cantidad de inmigración que ha recibido España, hemos tenido la oportunidad de ser referentes en Europa.”

El Chagas, endémico en Latinoamérica, está ahora presente en lugares como los EE. UU., Australia, Japón o Europa debido a los movimientos migratorios. Aun así, continúa siendo una de las



Cochabamba es la tercera ciudad más grande de Bolivia y el primer lugar donde el Hospital Clínic inició en el 2009 un proyecto piloto para atender a pacientes de Chagas.
© Juan Millás

enfermedades más *olvidadas*, porque afecta principalmente a las personas con menor poder adquisitivo de América Latina. Tampoco ha sido de interés para las grandes farmacéuticas a la hora de invertir en la búsqueda de nuevos tratamientos. Los únicos existentes, el nifurtimox y el benznidazol, desarrollados en los años sesenta a partir de la investigación veterinaria, requieren un largo periodo de administración y pueden tener serios efectos adversos.

En las consultas del Hospital Clínic llegó un momento en que se establecieron hasta dos días semanales de atención exclusivamente para pacientes de Chagas. Esto fue necesario por el volumen de personas, pero también por las dificultades que tenían para asistir a las consultas, ya que muchos trabajan, literalmente, de sol a sol. La inmigración latinoamericana, y en este caso la boliviana, ha sido sobre todo femenina, y eso se refleja en el perfil de los pacientes de Chagas que llegan a las consultas. La inmensa mayoría de dichas mujeres son trabajadoras de la limpieza en casas particulares o en empresas. A veces se hacen el tratamiento a escondidas de sus jefes, pero los efectos secundarios, como la aparición de granos por toda la piel o los dolores de las articulaciones, pueden ser tan intensos —en ocasiones requieren la hospitalización—, que se encuentran con que no pueden trabajar, y han llegado a ser despedidas por ello.



Elizabeth Posadas informa a una paciente de Chagas en la consulta del Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional del Hospital Clínic.
© Archivo ISGlobal

En su país, la enfermedad es muy común. Sin embargo, “hay todavía desconocimiento entre los pacientes que llegan aquí a la consulta, bien porque tienen miedo a informarse, bien porque sus recursos no se lo han permitido. En muchos sitios de Bolivia hay que pagar para hacerse la prueba de diagnóstico”, explica Elizabeth Posadas, la antropóloga que ha trabajado en el Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional, con pacientes de Chagas, desde el 2007.

Hablar de diagnóstico, para muchos, todavía acarrea imágenes desagradables de lo que antiguamente se hacía en Bolivia. Se ponían las propias vinchucas (los insectos que transmiten el parásito) sobre la piel del paciente para que le picaran y posteriormente se analizaban las heces de la vinchuca para ver si la persona tenía Chagas. Y, a pesar de que un 60% de las personas con Chagas no desarrollan nunca la enfermedad, a menudo los pacientes tienen miedo de saber su diagnóstico, angustiados por el recuerdo de familiares o amigos que han muerto a causa de ella. “Les intentamos explicar que el contexto condiciona mucho la enfermedad y que aquí es diferente”, dice Elizabeth. “Lo primero que les hacemos es un electrocardiograma o una placa de tórax, para ver si el corazón está o no afectado.”



El Chagas se transmite a través de las heces de la vinchuca, el insecto vector de la enfermedad.
© Juan Millás

De Barcelona a Bolivia

Pero el equipo de Joaquim Gascon no se limitó a hacer estudios y a tratar pacientes en Barcelona. Al comprobar que la mayoría de las personas con la enfermedad procedían de Bolivia, Joaquim estableció contacto con el doctor Faustino Torrico, catedrático y, hasta el 2007, responsable de diagnóstico y tratamiento en el Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia. Hasta entonces, todas las acciones en aquel país se habían concentrado en el control del vector y el tratamiento de recién nacidos y mujeres embarazadas, pero había un agujero negro en el tratamiento de adultos, a quienes con suerte se les confirmaba el diagnóstico, pero rara vez se les trataba. De ahí surgió la idea de montar un proyecto piloto en Bolivia.

En el 2008, se diseñó un proyecto de atención financiado por la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo (ACCD), basado en los protocolos del Hospital Clínic y los del grupo de Faustino Torrico en Cochabamba, en Bolivia. La doctora María Jesús Pinazo fue la responsable de ponerlo en marcha. “Empezamos a atender a gente en agosto de 2009. Los pacientes se sentían bien tratados, ya solo por el hecho de tener atención, de que el médico responsable estuviese pendiente de lo que les pasaba y de que no les abandonaran cuando empezaba el tratamiento.”

De izquierda a derecha: María Jesús Pinazo, Faustino Torrico, Joaquim Gascon, Lluís Basteiro (en ese momento delegado de la ACCD en Bolivia) y Jimmy Pinto (médico, responsable del Centro de la Plataforma Cercado-Cochabamba), durante la inauguración de la Plataforma en julio del 2009. © Archivo ISGlobal



Dado el éxito de este proyecto, ese mismo año la AECID concedió una subvención para un nuevo convenio entre los dos países, de cuatro años de duración. Se creó la Plataforma de Atención Integral a los Pacientes con Enfermedad de Chagas, y se amplió el programa de atención del proyecto piloto a otros seis centros en los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija. Actualmente, se combinan la asistencia, la formación de profesionales de la salud y la investigación. Una vez más, los tres ejes



En Bolivia hay una gran demanda de servicios de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas. © Andalu Vila San Juan

de acción que tanto definen esta historia de treinta años de trabajo en salud internacional.

El hecho de que los protocolos de atención de ambos países sean compartidos ha facilitado mucho el trabajo transnacional. Los pacientes atendidos en un país pueden tener seguimiento en el otro en caso de viajar o trasladarse allí. Y los familiares de los pacientes que llegan al Hospital Clínic de Barcelona pueden ser derivados a los seis centros sanitarios que forman parte del Programa en Bolivia y viceversa. “Es como mudarse de casa y mantener los mismos muebles”, dice María Jesús Pinazo.

Además, “tener una plataforma de centros con atención protocolizada y una buena base de datos permite generar investigaciones de calidad y de alto impacto”, continúa María Jesús. La puesta en marcha de la Plataforma ha supuesto un nuevo modelo de atención sanitaria y de integración entre asistencia e investigación en Bolivia. Constituye un referente para toda la región.

Para el personal del Hospital Clínic, poder ir al país de origen y entender mejor el contexto de la enfermedad y a aquellos que la padecen ha sido muy importante. Les ha permitido mejorar la respuesta asistencial en España, donde viven entre 50.000 y 70.000 personas con Chagas. “Tú puedes tratar a una persona sentado detrás de un escritorio, pero si no vienes [a Bolivia] y lo ves, no entiendes cuál es la enfermedad, la realidad, y por qué están en esa situación. Contextualizar es importantísimo”, afirma María Jesús.

En el momento en el que se hace la entrevista para este libro, María Jesús está llegando al final de sus cuatro años en Bolivia. El convenio llega también a su fin, y se acaba de firmar uno nuevo por cuatro años más. Como anticipación a su regreso a Barcelona y su vuelta a las consultas del Hospital Clínic, reflexiona acerca de lo que se ha conseguido hasta ahora a través de la Plataforma. “Para mí, el logro principal ha sido sacar a la enfermedad del silencio. Ya no hablamos de una enfermedad olvidada de personas olvidadas. El Chagas existe y se está investigando acerca de él.”

Todavía queda mucho por hacer: las prioridades son la investigación sobre métodos diagnósticos eficaces, la búsqueda de nuevas moléculas antiparasitarias más efectivas y de más fácil administración, y la determinación de biomarcadores.

En España, queda pendiente crear una estrategia estatal y un programa de control de la transmisión vertical. A día de hoy, el control vertical del Chagas solo se hace en cuatro comunidades autónomas.

En Europa, “con la excepción del Reino Unido, la mayoría de los países que han atraído inmigración latinoamericana en las últimas dos décadas no han desarrollado un programa específico de atención al Chagas. Por ello, la experiencia de Cataluña es considerada por la propia Organización Mundial de la Salud una referencia muy significativa para el resto del continente”, dice Antoni Plasència, que del 2004 al 2011 fue director general de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya y actualmente es el director técnico del CRESIB.

El Hospital Clínic, Centro de Referencia en Patología Importada

En estos quince años se ha tratado a mil pacientes de Chagas en el Hospital Clínic. Sin duda, la emergencia de Chagas en España ha tenido un gran impacto, tanto en las consultas del Hospital como en cuanto a salud pública. No obstante, cabe destacar que a pesar de que, porcentualmente, el Chagas ha representado un gran volumen de los casos visitados en el Servicio en los últimos años, los mayores retos clínicos que se plantean en las consultas hoy en día no los presenta esta enfermedad. Son otras, como la malaria y las esquistosomiasis complicadas, así como la encefalitis

japonesa, las que pueden quitar el sueño a los médicos que atienden en el Servicio. A veces se enfrentan a patologías difíciles de diagnosticar, como, por ejemplo, pacientes que llevan días y días con fiebre sin una causa aparente, y que requieren exploraciones complementarias no usuales. Al ser este un servicio hospitalario, con frecuencia es la última parada, el último escalón, al que llegan pacientes con las más raras patologías. Suele haber una gran cantidad de trabajo detrás de un solo diagnóstico.

En el mes de junio del 2014, el Servicio fue reconocido como Servicio de Referencia Estatal por el Sistema Nacional de Salud.

“Cuando eres centro de referencia como lo es este”, dice José Muñoz, “tienes que estudiar enfermedades que no vas a ver nunca. Esto es algo que discutimos mucho con los residentes, que preguntan: ‘Si no lo voy a ver nunca, ¿para qué lo voy a estudiar?’”. Como el tema de la infección por el virus del Ébola. Hasta ahora no hemos visto casos, pero se ha montado un protocolo en el que hemos colaborado como servicio para establecer qué tendríamos que hacer si, por ejemplo, llegase un paciente con la fiebre hemorrágica del Ébola de Sierra Leona. Enfermedades que a veces no ves nunca te pueden dar mucho trabajo, porque tienes que estar informado y preparado.”

No sorprende que para cualquier médico que quiera trabajar en el Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional sea requisito indispensable el conocer de primera mano los contextos de los que vienen muchas de las patologías que luego ven en la consulta. “La enfermedad es importante, pero todo aquello que la rodea muchas veces lo es igual o más”, dice José Muñoz. “A nosotros, el haber vivido y trabajado en África o en Latinoamérica nos ayuda mucho a entender el contexto de las enfermedades cuando los pacientes te las explican... Cuando llega alguien con esquistosomiasis y te cuenta que ha vivido en una parte de Senegal o de Costa de Marfil que tú conoces, donde hay un río en el que sabes que se bañan desde pequeños y las mujeres van a lavar, y se infectan, y lo ves ahora, con esquistosomiasis... Esa memoria histórica que puedas tener para recrear la situación hacia atrás es bonita para el médico, y muy útil para dar una mejor asistencia.”

“Los médicos de este servicio entienden, o comparten, esa inquietud por saber... esa cosita que uno tiene dentro, el deseo de conocer otros lugares y culturas”, dice Mercè Bosch, una bióloga catalana de cuarenta y ocho años que fue paciente del Servicio en el 2013, al regresar de un viaje a Costa Rica. Se le llenan los ojos de

lágrimas cuando habla de lo que significa para ella viajar, uno de los *motores* de su vida. Destaca lo importante que fue el trato humano y la empatía del personal del Servicio, la tranquilidad que le supieron transmitir, y la comprensión de sus ganas de salir y conocer mundo. “Es muy importante en el trato con el paciente que el médico te tranquilice y no te ponga en tela de juicio por querer viajar a determinados lugares o hacer ciertas cosas. Otros preguntarían: ‘¿Cómo has hecho eso?!, ¿qué has hecho?!. Ellos [en el Servicio] saben con lo que están trabajando”, añade.

Para la doctora Antonia Calvo, este servicio es como “una ventana que se abre a otro mundo”. Por todas las historias que hay detrás de cada paciente. Los pacientes inmigrantes que comparten en la intimidad de la consulta sus historias de vida, la que dejaron allá y la que tienen aquí. O las aventuras y anécdotas de los viajeros, que a veces hasta llegan directos del aeropuerto.

Entre este grupo, siempre se ha visto mucha malaria, así como la diarrea del viajero, que constituye un 25-30% de la razón de consulta. También se ven enfermedades digestivas a causa de la giardia y la salmonela, y muchas enfermedades de la piel. Además de infecciones de orina y neumonías, y todo un conjunto de fiebres que no son malaria, sino síntomas de dengue, fiebre tifoidea o esquistosomiasis aguda, por ejemplo.

Fiebre y diarreas fue lo que tuvo Joan Prósper al regresar de un viaje a la India en las navidades del 2013, y el motivo de su primera consulta al Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional en enero del 2014. Acostumbrados él y su mujer, Laia Montoliu, a viajar por todos los rincones del mundo, este último viaje no lo olvidarán con facilidad. “Por donde vivimos en Barcelona me corresponde ir a otro hospital, pero siempre hemos sabido que en el Hospital Clínic hay un servicio de referencia en Medicina Tropical. En cuanto me sentí enfermo después del viaje, me fui directo allá, ni me lo pensé”, cuenta Joan. Le diagnosticaron y trataron una ameba, y a Laia, una giardia. Unos días más tarde, Joan volvió a tener fiebre y acudió de nuevo al Hospital Clínic. Esa vez estuvo ingresado una semana con una hepatitis E, otro *souvenir* del viaje a la India.

“Te da mucha seguridad”, añade Laia, “saber que tenemos este servicio en Barcelona”. Y le sorprende que no exista en otros lugares. “Yo recuerdo una anécdota de cuando estuve en un congreso en Ghana en el 2008. Unos compañeros de Oklahoma y de Melbour-

ne hablaban, un poco preocupados, de la malaria y otras enfermedades. Yo les dije que estuviesen tranquilos, que si les pasaba algo durante el viaje, al regresar a casa fuesen al servicio de Medicina Tropical de su ciudad, como el que tenemos aquí. Pero una de las compañeras me miró y dijo: ‘Laia, que Oklahoma no es Barcelona’. Allí no debía de existir un servicio como este.”

Tan importante como la atención al paciente después del viaje son las actividades que realiza el Servicio de Atención al Viajero Internacional (SAVI), creado en el 2008 y que supone una consolidación de las actividades que comenzaron Manuel Corachan y Joaquim Gascon veinte años antes. Cada año, una media de 15.000 personas acuden a este servicio para recibir información y recomendaciones, así como la administración de las vacunas necesarias antes de viajar. Cuando hace falta, para la atención médica después del viaje los pacientes acuden directamente a las consultas del Servicio de Salud Internacional y Medicina Tropical, donde anualmente tienen una media de 1.200 primeras visitas.

“Turistas ha habido siempre”, dice la doctora Azucena Bardají, actual responsable del SAVI, “pero ahora hay menos cooperantes y sobre todo muchos menos misioneros que antes”. La actual crisis económica en España ha dado como resultado un cambio muy notable en el perfil del grupo de los viajeros que pasan por este servicio para recibir información y ponerse vacunas. En los últimos cinco o seis años, ha habido un considerable aumento del número de personas que viajan por trabajo. Antes, eran casos aislados. Ahora, no sorprende ver a muchos que van y vienen por motivos laborales a países mucho más allá de las fronteras europeas. Hay trabajadores, como los del sector de la construcción, que se han quedado sin trabajo en España y lo encuentran en el continente africano.

Otro cambio reciente que observa José Muñoz es que hay algunas enfermedades, sobre todo las que se pueden prevenir, que se ven algo menos en las consultas. En parte, esto es debido a que los riesgos en los viajes están disminuyendo comparado con años atrás. La industria del turismo ha crecido y se ha globalizado tanto que ahora es hasta difícil encontrar lugares totalmente recónditos o donde no se venda agua embotellada, por ejemplo. Pero también tiene que ver con que cada vez está calando más en la sociedad la idea de que prevenir es mejor que curar. “Antes veíamos mucha esquistosomiasis, pero parece que las tareas de prevención que realizan servicios como el SAVI van haciendo efecto y la gente se cuida un poco más”, comenta.

El trabajo en colaboración con otros servicios y centros

Desde siempre, el Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional ha trabajado estrechamente con profesionales de otros servicios del Hospital y de centros de salud, así como en redes y plataformas a nivel nacional e internacional.

Jordi Vila dice que su servicio (el de Microbiología) y el de Medicina Tropical son “hermanos”. La relación es histórica, “intensa y provechosa desde el inicio”. Recuerda que el primer contacto que tuvo con ellos fue en los años ochenta, debido a unas técnicas diagnósticas muy específicas del ámbito de la medicina tropical. En aquel entonces, el Servicio de Microbiología no contaba con ellas: “Sirven para detectar microorganismos que no son autóctonos de España, como la *Escherichia coli* enterotoxigénica, causante de la diarrea del viajero”. A raíz de las conversaciones con Manuel Corachan y Joaquim Gascon, el Servicio de Microbiología montó dichas técnicas para ver si las diarreas que tenían los pacientes eran causadas por esta bacteria.

Actualmente, desde el Servicio de Microbiología se sigue dando un apoyo importante en el diagnóstico de las enfermedades importadas, como el Chagas o la malaria, así como el dengue o el virus del chikunguña, por ejemplo. “Son metodologías que no todos los laboratorios de microbiología de España tienen, pero que nosotros hemos tenido que poner en marcha porque lo requiere el Servicio de Medicina Tropical”, dice Jordi Vila. “Es indispensable tener un servicio de este tipo en un hospital como el nuestro”, añade.

Antonia Calvo se considera una persona con suerte, al poder trabajar en el campo de la medicina tropical en un hospital con la infraestructura técnica necesaria, así como personal, en diferentes servicios, ya muy *acostumbrado* a ver patologías importadas. Hay cosas que valora mucho: “Poder realizar pruebas diagnósticas muy complejas, o tener acceso en la farmacia del Hospital a medicamentos extranjeros, difíciles o imposibles de conseguir en otros hospitales”.

Una institución con la que se trabaja estrechamente desde hace tiempo es el Hospital Sant Joan de Déu. Victoria Fumadó es una pediatra que estudió Medicina Tropical en la Universidad de Barcelona y trabajó con Clara Menéndez en el estudio IRONMAL en Tanzania. A finales de los años noventa, una vez que la pediatría

clínica ya no se hacía en el Hospital Clínic, Victoria fue la responsable de poner en marcha una unidad especializada en Medicina Tropical para niños en Sant Joan de Déu, con el Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional del Hospital Clínic como referente.

A nivel comunitario, en el 2011 se creó un grupo de trabajo con varios médicos de familia de la ciudad para establecer protocolos de atención y derivación entre los centros de atención primaria y el Hospital Clínic.

A nivel nacional, como ya se ha mencionado anteriormente, desde el Servicio se impulsó a finales de los años noventa la creación de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI), con Manuel Corachan como primer presidente. También se ha colaborado mucho con la Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales (RICET). Y, a nivel europeo, el Servicio mantiene una larga relación de colaboración con la Red Europea de Medicina Tropical y Salud del Viajero (TropNet) desde sus inicios.



El Instituto de Salud Global de Barcelona, un centro que va más allá de la ciencia

La creación de ISGlobal

En el edificio de enfrente de las consultas de Medicina Tropical, al otro lado de la calle del Rosselló, esquina Casanova, se encuentra el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Su creación en el 2010 ha sido el salto más reciente que se ha dado en esta larga historia que cumple ahora treinta años. Repartidas en cinco plantas del edificio, aquí se concentran las oficinas de la OCI, el CRESIB, el área de formación y el laboratorio de ideas. Todas, actualmente, bajo un mismo paraguas, el de ISGlobal.

Una palabra que está en boca de todos los que aquí trabajan es *traslación*, y es que este concepto es el principal motor que hay tras la creación de la nueva institución. La investigación, la asistencia médica y la formación siguen siendo los elementos clave, pero con ISGlobal se añade un ingrediente más a este trabajo, el de la incidencia política y las estrategias para pasar de la evidencia científica a la acción.

Esta inclusión responde al hecho de que la labor de un científico muchas veces termina cuando se publica su artículo, pero una publicación por sí sola no necesariamente tiene un impacto en cuanto a políticas públicas o modelos de acción. Es entonces cuando empieza el trabajo de los profesionales del laboratorio de ideas, para llevar la evidencia científica un paso más allá y traducir la ciencia en cambios de modelos de acción o en cambios de políticas, a través de la incidencia.

Barcelona es hoy un referente internacional en biomedicina.
© Andalu Vila San Juan



La creación de ISGlobal ha tenido lugar en el contexto de la Barcelona actual, una ciudad que ha sufrido una gran transformación en estas tres décadas. La ciudad condal no solo se ha convertido en un destino favorito para los miles de turistas que llegan cada año atraídos por la *marca Barcelona*, sino que se ha consolidado también como referente mundial en biomedicina. Se han mejorado los hospitales, han



La infanta Cristina e Isidre Fainé visitaron el CISM en el 2008.
© Fundación “la Caixa”

crecido los centros de investigación, y han surgido expertos líderes a nivel mundial en cardiología, oncología, VIH/sida y malaria, entre otros. Ya sea en el tratamiento de enfermedades crónicas o infecciosas, para muchos Barcelona es una ciudad que mantiene la capacidad de generar conocimiento e innovar, y donde se concentra un potencial científico que con el apoyo institucional adecuado es capaz de grandes avances.

En la página siguiente, de izquierda a derecha: Marina Geli, Pedro Alonso, Javier Solana, Isidre Fainé, Dídac Ramírez, José Montilla y la infanta Cristina el día que se constituyó ISGlobal.
© Fundación “la Caixa”

La Fundación “la Caixa” es una de las instituciones que ha dado un mayor empuje a la consolidación de un *hub* en salud global en Barcelona. Su relación de colaboración con el Hospital Clínic empezó en el 2002, cuando la institución comenzó a financiar proyectos en Mozambique y en Marruecos. En varias ocasiones, S. A. R. la Infanta Doña Cristina visitó el CISM como directora del Área de Cooperación Internacional de la Fundación, y en el 2008 lo hizo acompañada de Isidre Fainé, presidente de “la Caixa”, y Jaume Lanaspa, actual director general de la Obra Social de la Fundación “la Caixa”. En dicho viaje se empezó a fraguar la idea de crear un nuevo instituto, sobre las bases de los más de veinticinco años de trabajo conjunto del Hospital Clínic y la Universidad de Barcelona. S. A. R. la Infanta Doña Cristina fue un motor importante en el desarrollo de este nuevo concepto y su implantación. Actualmente, la Fundación “la Caixa” es uno de los principales impulsores de ISGlobal, junto con el Gobierno de España y la Generalitat de Catalunya.



Las cuatro ‘iniciativas’: los pilares de ISGlobal

Investigación, formación, incidencia y asistencia técnica son los cuatro pilares del trabajo de ISGlobal. Y cada uno está presente en las llamadas *iniciativas*, cuatro áreas transversales en las que la institución tiene un posicionamiento estratégico o un liderazgo internacional. Los nombres de dichas iniciativas son: Eliminación de la Malaria, Chagas, Salud Materna, Infantil y Reproductiva, y Resistencias a Antibióticos. Los investigadores son principalmente del CRE-SIB, pero Clara Menéndez nos explica: “Hay muchos médicos de diferentes departamentos del Hospital, como, por ejemplo, el de Anatomía Patológica, o el de Microbiología, que trabajan en colaboración con nuestros proyectos de investigación”.

El buque insignia sigue siendo la malaria. En línea con el objetivo internacional de la erradicación de dicha enfermedad, la Iniciativa para la Eliminación de la Malaria, liderada por el director de ISGlobal, Pedro Alonso, trabaja con este fin en las áreas de investigación, cooperación técnica, formación e incidencia. ISGlobal es a su vez la sede de la Alianza Científica para la Erradicación de la

Llorenç Quintó, Joaquim Gascon, Pedro Alonso y Jordi Vila son algunas de las personas que han trabajado en temas de salud global en el Hospital Clínic durante más de veinte años. © Pau Fabregat



Malaria (MESA por sus siglas en inglés), un proyecto ambicioso financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, lanzado en el 2012.

Al igual que en las otras iniciativas, en la de Chagas, dirigida por Joaquim Gascon, se llevan a cabo actividades de investigación, como ensayos clínicos de nuevos fármacos para pacientes crónicos, la asistencia técnica a través de la plataforma de Chagas en Bolivia, la incidencia y la formación. Además, se mantiene una estrecha colaboración con instituciones académicas y redes internacionales, y desde Barcelona se han impulsado la red iberoamericana Nuevas Herramientas para el Diagnóstico y la Evaluación del Paciente con Enfermedad de Chagas (NHEPACHA), coordinada por Joaquim Gascon, y, más recientemente, la coalición internacional con las principales organizaciones que promueven el tratamiento de esta enfermedad.

La malaria en el embarazo, las causas de mortalidad materna y el cáncer de cuello uterino son las tres áreas de estudio principales de la Iniciativa de Salud Materna, Infantil y Reproductiva, encabezada por Clara Menéndez. Al igual que desde las otras iniciativas, desde esta también se participa en redes internacionales, como el Grupo de Trabajo contra la Malaria en el Embarazo, de la iniciativa Roll Back Malaria (RBM), de la Organización Mundial de la Salud.

Por último, el abuso de antibióticos en humanos y en el ámbito veterinario, disparado en las últimas décadas, es el principal contribuyente a la creciente resistencia bacteriana a los fármacos, y es el tema de trabajo de la cuarta iniciativa de ISGlobal, liderada por Jordi Vila. Su grupo sigue dos líneas fundamentales de investigación: una es el estudio de cómo adquieren las bacterias resistencia a los antibióticos, para intentar buscar alternativas; la otra, en parte asumiendo el papel que debería asumir la industria farmacéutica, es el desarrollo de nuevos productos antimicrobianos.

El Centro de Formación y Educación en Salud Global

El área de formación se ha ampliado con la creación del Centro de Formación y Educación en Salud Global. Su directora, Núria Casamitjana, reflexiona acerca de la creación de ISGlobal: “Necesitábamos un vestido más grande y adaptable que nos diese más flexibilidad. En el CRESIB hacíamos muchas cosas, en las áreas de formación, cooperación técnica e incidencia, que eran difíciles de gestionar con las herramientas que teníamos en un centro de investigación como tal”.

El Centro que Núria dirige se ha visto notablemente fortalecido con la creación de la nueva institución. Antes, estaba concentrado en programas de doctorado para formar a investigadores del CRESIB; ahora, se ha ampliado el perfil estudiantil y la oferta de formación al predoctorado y al postdoctorado, con numerosos programas y cursos nuevos.

Todo eso se ha hecho “respondiendo a las necesidades y demandas de un mundo que está en constante cambio”, dice Núria. Ejemplo de ello es el nuevo Máster en Salud Global, perteneciente a la Universidad de Barcelona y dirigido por ISGlobal. Se imparte desde el 2013, y su nombre y sus contenidos reflejan los cambios que se han vivido en el campo de la medicina tropical, así como la evolución de la formación en dicha materia.

El antiguo Diploma de Postgrado de Medicina Tropical, luego llamado Máster en Medicina Tropical, y más tarde Máster en Medicina Tropical y Salud Internacional, estaba dirigido específicamente al personal de las ciencias de la salud, con un enfoque muy *clínico-tropicalista*. En cambio, el nuevo Máster en Salud Global está orientado a personas que desean trabajar en el campo de la sanidad con un enfoque global, en organizaciones que son agentes de salud destacados en el mundo actual (por ejemplo, las ONG y las agencias de cooperación al desarrollo, los ministerios, los departamentos o las agencias de salud, los organismos internacionales bilaterales o multilaterales, las fundaciones, las alianzas público-privadas, las consultoras, etc.), y que no necesariamente tienen una formación previa en medicina e investigación.



Pedro Alonso junto a Dyann Wirth y Marcel Tanner en mayo del 2013, cuando se celebró en Barcelona la segunda edición del curso “La ciencia de la erradicación: malaria”. Este programa formativo es organizado anualmente por ISGlobal en colaboración con la Escuela de Salud Pública de Harvard y el Instituto Suizo de Medicina Tropical y Salud Pública.
© Gloria Solsona

Dicho Máster cubre la necesidad de formar a las personas en temas del campo de la salud global que van más allá de la clínica y la investigación. Por ejemplo, cómo funcionan los sistemas y las políticas sanitarias, cómo se financia un servicio médico, o cuáles son los determinantes políticos, culturales, sociales y económicos de la salud. Mientras tanto, la formación en investigación dirigida a los profesionales de las ciencias de la salud y disciplinas relacionadas la sigue ofreciendo el Máster en Investigación Clínica en su especialidad de Salud Internacional, también de la Universidad de Barcelona y que coordina ISGlobal.

Un elemento clave en el desarrollo de los nuevos programas formativos de ISGlobal es la colaboración con centros de investigación, universidades y otras entidades que trabajan en el mundo de la salud global. Asimismo, son de destacar, como ya se ha mencionado en los capítulos anteriores, los programas de creación y refuerzo de capacidades académicas y de investigación en países como Mozambique, Marruecos y Bolivia, principalmente con el apoyo de la AECID y la Fundación Obra Social “la Caixa”.

El Departamento de Políticas y Desarrollo Internacional

La comunicación, el análisis y la incidencia son cruciales para llegar a conseguir un impacto político en temas de salud global. Por eso se ha creado el Departamento de Políticas y Desarrollo Internacional, que aúna y fortalece dichas actividades y les da una mayor visibilidad.

“La mayoría de los grupos de investigación no tienen un laboratorio de ideas o un equipo de comunicación. Esto es único de aquí”, dice Clara Menéndez.

La primera agenda de incidencia que ha establecido el Departamento es la de asesorar y presionar para mejorar la calidad de la ayuda en España, con el objetivo de convertirla en una estrategia prioritaria de las relaciones exteriores, independientemente del partido que gobierne. Asimismo, se ha impulsado una agenda global en la que la equidad en cuanto a la salud es el eje vertebral del cual parten las cuatro iniciativas mencionadas.

“El concepto de cooperación está cambiando enormemente”, dice Rafael Vilasanjuan, director del Departamento. “Hoy hablamos más de intercambio de conocimiento que de transferencia de recursos entre países de renta baja y alta. La inequidad entre países tiende a reducirse, pero aumenta en el interior de cada uno de ellos. La nueva agenda de salud global tiene que afrontar este reto.”

El objetivo de ISGlobal es consolidarse como centro dinamizador del debate académico y político, local e internacionalmente. Llegar a ser pionero, no solo en las cuatro iniciativas, sino en cuanto a cómo hacer frente a los grandes problemas de salud en el mundo actual. Un mundo en el que las enfermedades se han globalizado, los países se van pareciendo más a nivel epidemiológico, la geografía de la pobreza está cambiando y el concepto de *salud global* es cada vez más amplio. Por consiguiente, el gran reto de ISGlobal es expandir su agenda de trabajo más allá de las enfermedades tropicales importadas, e incluir las enfermedades crónicas. La integración en ISGlobal del Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (CREAL por sus siglas en catalán), con sus expertos en enfermedades crónicas derivadas del medio ambiente, está actualmente en curso y constituye un gran paso estratégico en esa dirección.

Antoni Plasència, desde el CRESIB, reflexiona acerca de la interrelación entre la investigación y la incidencia política. “Aunque se trata de procesos y actividades muy distintos,” dice, “el diálogo entre investigadores, politólogos y comunicadores es sumamente enriquecedor”. “Y permite ampliar la influencia de ISGlobal sobre las políticas de salud y las agendas de investigación”, añade.

Los desafíos actuales y futuros

La ambición es grande, y los desafíos a los que se enfrenta la organización no son pequeños. Uno muy importante es el económico. En la presente crisis económica, la competición con otros centros de investigación por los fondos de financiación es cada vez mayor, y los fondos estatales, cada más escasos. Actualmente, la financiación de ISGlobal depende en gran parte de fondos competitivos y, la financiación estructural es mucho menor a la ideal para una institución de estas características.

Además de la implicación que tiene esto en la sostenibilidad de la financiación, afecta a la captación y la retención de talento. La diversificación de fondos de financiación y la capacidad de generar nuevos fondos estructurales serán sin duda prioritarias en los próximos años.

Otro reto es posicionarse como centro de referencia en formación, a nivel internacional, y aumentar el número de estudiantes. En estos momentos, en España las ONG están reduciendo personal y los programas de postgrado están bajando en número de alumnos en todos los sectores. Así pues, “no podemos vivir del mercado nacional”, dice Núria Casamitjana. Las cifras hablan por sí solas. Para el Máster en Salud Global del próximo año académico se ha aceptado a veintisiete estudiantes, entre los cuales solo hay un español. Tener capacidad para conseguir fondos y dar becas, sobre todo a los estudiantes de los países de renta media y baja, es asimismo otro de los objetivos del futuro inmediato.

Un tercer gran desafío tiene que ver con el llamado *techo de cristal*, algo lamentablemente todavía muy característico de todos los sectores y en este caso también del mundo de la investigación. “En general, hay muy pocas mujeres en los puestos con poder de

decisión, los que establecen las prioridades de investigación, si se debe investigar esto o aquello”, dice Clara Menéndez. En su área de trabajo, la malaria y el embarazo, ella es una de las pocas mujeres en los niveles más altos, y la única en el consorcio global de mujeres y embarazo en el cual participa. Actualmente, en ISGlobal, hay una desproporción entre hombres y mujeres a nivel *senior*: la mayoría de los investigadores en los cargos más altos, los directivos y los miembros del patronato son hombres, mientras que el grueso de los investigadores y de los profesionales con cargos administrativos y técnicos son mujeres.

Encontrar la forma de cambiar esta foto no será fácil, pero ya se están dando pasos para conseguirlo. María José Merino, responsable de Recursos Humanos de ISGlobal, explica que se acaba de lanzar el Plan de Género y Gestión de la Diversidad, como parte del Plan Estratégico de ISGlobal 2014-2016: “Se ha comenzado el proceso de hacer un diagnóstico para ver dónde estamos, que será seguido de una propuesta de mejora, y un plan de acción”.

Un compromiso sin fronteras con la salud de las personas

En el verano de 2014, el momento en que se redactan estas últimas líneas, ya se han cumplido treinta años desde que empezó esta aventura, pero apenas hace cuatro de la creación de ISGlobal.

Desde la séptima planta del edificio donde están ubicadas varias de las oficinas de ISGlobal, hay unas magníficas vistas del Hospital Clínic y de la impresionante entrada a la Facultad de Medicina. La imagen aporta un recuerdo constante del vínculo, pasado y presente, con las dos grandes instituciones que dieron origen a ISGlobal y a esta historia.

En este nexo crítico e histórico de la academia y la medicina, en un espacio en el que apenas se reconoce dónde acaban las aulas y empiezan las consultas, se plantaron en los años setenta y ochenta las semillas del primer curso de formación y la primera clínica de Medicina Tropical. Semillas de un árbol que ha dado unos frutos que pocos en aquel entonces podían haber soñado. El Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional está ya consolidado en el Hospital Clínic. ISGlobal juega en la primera división mundial. El Máster en Salud Global de la Universidad de Barcelona es uno



El vínculo histórico entre la Universidad de Barcelona y el Hospital Clínic ha sido clave en el desarrollo de esta historia de treinta años de trabajo en salud internacional.
© Hospital Clínic de Barcelona

de los primeros con esta denominación y se está convirtiendo en un máster de referencia en el sur de Europa.

La relación indivisible entre la asistencia clínica, la formación y la investigación, hilo conductor de este relato de comienzo a fin, sigue siendo sólida. La incidencia, clave para llevar la ciencia un paso más allá y trasladar su impacto a la agenda política, es el ingrediente estrella añadido en estos últimos años con la creación de ISGlobal.

Como se ha recogido en las páginas de este libro, estas tres décadas han estado marcadas por puntos de inflexión, por el liderazgo de unas pocas personas y por la implicación de muchas más. Ha habido varios factores determinantes de que haya sido este el desenlace y no otro. Entre ellos se cuentan la creación de Medicus Mundi y del primer curso de formación en Medicina Tropical. La llegada de Manuel Corachan al Hospital Clínic, su cruce de caminos con Pedro Alonso y la visión de ambos. El papel fundamental de la Universidad de Barcelona. La creación del CISM y del CRESIB. Todo ello en el contexto de los años ochenta, los noventa y la primera década del siglo XXI, de creciente apertura política y bonanza económica en España, y en concreto en Cataluña, años propicios al desarrollo de nuevas iniciativas y al impulso de la investigación. Y finalmente, en el 2010, el nuevo gran salto dado en un contexto político y económico muy diferente al anterior: la creación de ISGlobal.

Son muchas las personas que se han dedicado y se dedican a esta faceta de la medicina y la investigación. Que han trabajado desde el inicio motivados principalmente por romper la gran brecha que excluye a millones de personas de tratamientos que existen y podrían salvar sus vidas, pero a los que no tienen acceso o que no están adaptados a sus necesidades.



La Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona está situada en el corazón del Hospital Clínic.
© Hospital Clínic de Barcelona

pero precisamente por eso, el potencial de lo que queda por hacer es aún mayor. Los indicadores de salud están mejorando en casi todo el mundo, incluyendo África. Sin embargo, quedan retos enormes por delante. Más de mil millones de personas viven en la pobreza extrema y en condiciones de salud muy precarias.

La historia reciente es un magnífico testimonio de que la innovación y la medicina siguen siendo la mejor inversión para conseguir un futuro más justo y un desarrollo global más equilibrado. La historia que se ha escrito en estos treinta años, desde que el Hospital Clínic decidió apostar por una lectura más allá de sus fronteras, tiene ahora nuevos objetivos y ambiciones, pero mantiene intacto el compromiso de forjar una realidad global más justa, a partir de la investigación, la formación y la asistencia médica.



ISGlobal celebró su primera jornada de teambuilding en mayo del 2011.
© Pau Fabregat

Agradecimientos

Gracias a todas las personas implicadas a lo largo de estos treinta años, se ha atendido a **28.000** pacientes en las consultas del Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional del Hospital Clínic de Barcelona, a casi **un millón** de pacientes en el Hospital de Manhica, en Mozambique, y a **15.000** enfermos de Chagas en Bolivia, así como **20.000** partos en Tetuán, en Marruecos.

Se han publicado **1.076** artículos científicos y **53** investigadores han defendido su tesis doctoral.

Agradecemos la participación de todas las personas que se han prestado a ser entrevistadas para la redacción de este libro:

Pedro Alonso, John Aponte, Pau Balcells, Azucena Bardají, Quique Bassat, Mercè Bosch, Hélder Bulo, Antonia Calvo, Vicenç Cararach, Núria Casamitjana, Albino Chilale, Manuel Corachan, Carlota Dobaño, Fidel Font, Victoria Fumadó, Alberto García-Basteiro, Joaquim Gascon, Marina Geli, Enric Grau, Ernesto Herrera, Samira Ismael, Cecilia Justino, Eusébio Macete, Maria Maixenchs, Xavier Mas, Alfredo Mayor, Teresa Mejías, Clara Menéndez, Crisóstomo Messías, Pascoal Mocumbi, Laia Montoliu, Montse Morales, Khátia Munguambe, José Muñoz, Ariel Nhacolo, Delino Nhalungo, María Jesús Pinazo, Antoni Plasència, Elizabeth Posadas, Joan Prósper, Llorenç Quintó, Magdalena Ripinga, Joan Rodés, Charfudin Sacoor, David Schellenberg, Elisa Sicuri, Montse Soriano, Elisa Tabangay, Marcel Tanner, Gonzalo Vicente, Jordi Vila y Rafael Vilasanjuan

Asimismo, agradecemos la ayuda de otras personas que, de manera directa o indirecta, han hecho posible este proyecto, en particular la de Àngels Alfonso, Beatriz Fiestas, Pau Rubio, Yolanda Surriel, Raúl Toran y Sònia Tomás.

Algunas de las personas que han contribuido con su esfuerzo a sacar adelante el trabajo que se relata en estas páginas, tristemente, ya no están con nosotros. Queremos recordarlas aquí:

Agnès Barbal

Ginecóloga en la Maternidad del Hospital Español de Tetuán, fallecida el 23 de agosto de 2000

Ned Hayes

Epidemiólogo del CRESIB y de ISGlobal, fallecido el 9 de mayo de 2013

Rosmarie Hirt

Una de las primeras personas contratadas por el Hospital Clínic para trabajar en Ifakara (Tanzania), fallecida el 12 de octubre de 2011

Marcela Yñesta

Asistente personal de varios directores del CRESIB y de ISGlobal, fallecida el 27 de octubre de 2013

Título

Pioneros de la Salud Global: 30 años de historia en el Hospital Clínic de Barcelona
© ISGlobal

Autora

Olivia Blanchard

Editora

Marta Campo

Diseño y maquetación

Mucho

Impresión

Leicrom

Edición

Septiembre de 2014

Con la colaboración de:

Fundación **BBVA**

Pioneros de la Salud Global

30 años de historia en el Hospital Clínic de Barcelona

ISGlobal

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari



En los años ochenta, España apenas miraba más allá de sus fronteras y los casos de enfermedades tropicales eran anecdóticos. Tres décadas más tarde, los ciudadanos viajan más que nunca y enfermedades que antes solo se veían en algunas partes del planeta ahora pueden llegar a nuestras consultas.

El Hospital Clínic de Barcelona ha sido pionero en el tratamiento de dichas enfermedades, comenzando con la fundación de la Unidad de Medicina Tropical en 1984. Desde entonces, el Hospital se ha convertido en referente no solo en la asistencia clínica, sino también en la formación de personal y en la investigación científica en esta importante área médica.

Con la colaboración de:

Fundación **BBVA**

Celebrar los treinta años de trabajo en salud global en el Hospital Clínic es el objetivo de este libro. Más de cincuenta personas han sido entrevistadas, y a través de sus experiencias, el relato traza un esbozo del camino recorrido. Es un homenaje a los logros conseguidos y a todas las personas que los han hecho posibles.