

Pioners de la Salut Global

30

**anys d'història
a l'Hospital Clínic
de Barcelona**

**Pioners
de la Salut
Global**

**30 anys
d'història
a l'Hospital
Clínic de
Barcelona**

ISGlobal

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

 **U**  **B** Universitat de Barcelona

	Pròleg	P.7
	Introducció	P. 9
1.	Els inicis de la Unitat de Medicina Tropical de l'Hospital Clínic	P. 15
2.	De Barcelona a Tanzània: l'enlairament de la recerca	P. 31
3.	El treball a Moçambic als anys noranta	P. 45
4.	L'eclosió de la recerca al CISM i la creació del CRESIB	P. 67
5.	El Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional, i el repte de la nova immigració	P. 85
6.	L'Institut de Salut Global de Barcelona, un centre que va més enllà de la ciència	P. 101
	Agraïments	P. 117

Pròleg

Josep Maria Piqué

Director general de l'Hospital Clínic de Barcelona

Pedro Luis Alonso

Cap del Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional de l'Hospital Clínic de Barcelona

Catedràtic de la Universitat de Barcelona

Per als que treballem en el dia a dia de l'Hospital Clínic de Barcelona, mirar enrere i reflexionar sobre els reptes que aquesta institució ha assumit al llarg dels anys és la millor manera de garantir que continuem avançant pel camí correcte. Les decisions preses, per difícils que hagin estat o per arriscades que semblin, han permès que avui siguem un hospital de referència, profundament ancorat en la formació i la investigació amb l'objectiu de millorar l'atenció clínica. Una de les àrees per les quals aquest hospital és reconegut al nostre país i a l'estranger és la de medicina tropical i salut internacional.

Encara avui, més de cent anys després de la seva creació, tenim l'obligació de recordar que l'Hospital Clínic va ser una institució creada per atendre les capes més desfavorides de la societat. A mesura que la ciutat creixia, la prosperitat augmentava i les patologies que s'atenien a l'Hospital eren les pròpies dels països més desenvolupats, la inquietud per oferir noves propostes en els límits del coneixement ens va apropar, en la dècada dels vuitanta, a la realitat d'unes malalties que afectaven principalment poblacions llavors llunyanes i que ara, en canvi, són part de la nostra quotidianitat.

Noves èpoques, nous reptes. Espanya construïa una democràcia incipient i començava a abocar-se al món amb força en l'inici de la globalització. No és casualitat que fos aleshores, el 1984, que es va crear la Unitat de Medicina Tropical. Encara que ja hi havia instituts i hospitals que funcionaven en altres països europeus, especialment en els que tenien més relació amb les antigues colònies, per a l'Hospital Clínic, la idea d'elaborar coneixement propi entorn dels grans reptes de la salut global era una projecció lògica del seu compromís fundacional amb els més vulnerables.

El que llavors semblava una aposta exòtica, un complement marginal a les diferents unitats i serveis clàssics de l'Hospital, s'ha fet cada vegada més present. Això no es deu només a l'augment dels viatgers i les migracions. L'èxit d'aquests trenta anys d'història ha estat possible per la combinació d'una sèrie d'elements. En primer lloc, la capacitat d'oferir una atenció mèdica de qualitat a patologies estranyes en el nostre medi i, sovint, complexes. En segon lloc, la tenacitat a l'hora de formar noves generacions d'especialistes, tant a l'Hospital com a la Universitat de Barcelona. El nostre és un hospital universitari compromès amb uns nivells acadèmics molt elevats, i per això es va constituir la primera càtedra de Salut Internacional a la Facultat de Medicina. En tercer lloc, l'esforç per trobar noves respostes a partir de la investigació, que va donar peu a la creació del Centre de Recerca en Salut de Manhiça (CISM) a Moçambic i del Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB). Finalment, aquest és un hospital que ha volgut traslladar la seva visió, els seus valors i la seva acció a la recerca d'un impacte real en els llocs on els problemes són més aguts. Per això, el treball s'ha centrat no tan sols en l'entorn més proper, sinó també en altres països, sobretot a Tanzània, Moçambic, el Marroc i Bolívia.

Les pàgines d'aquest llibre reflecteixen el trajecte des de la primera Unitat que va començar a treballar en malalties tropicals, fins a la seva transformació en el Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional i la creació recent de l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal). Aquesta institució és una resposta del segle XXI a alguns dels reptes actuals de la salut global. Avui la formem més de dues-centes persones que treballem en diversos àmbits, des de la investigació de les bases moleculars de les malalties i la seva distribució geogràfica fins al desenvolupament de nous fàrmacs, vacunes i estratègies preventives.

L'objectiu és que tot això es tradueixi en millores reals en l'assistència clínica dels pacients i en noves polítiques de salut pública. Aquesta història d'èxit en temps de globalització ens fa renovar el compromís de treballar per reduir la bretxa enorme que fa que algunes malalties i moltes persones quedin encara al marge d'una resposta mèdica adequada i de qualitat.

Introducció



Un enorme mapa del món penjat a la paret. És el primer que crida l'atenció quan s'entra en les consultes 63 i 64 de l'edifici de l'Hospital Clínic al carrer del Rosselló de Barcelona. Un mapa i un calendari són claus en qualsevol consulta de Medicina Tropical. El dia en què les vam visitar per a la redacció d'aquest llibre, tot just començar l'estiu del 2014, hi havien passat vint-i-dos pacients, la majoria catalans que havien tornat d'algun viatge, un d'ells amb sospita de malària.

Ja fa tres dècades que el doctor Manuel Corachan va començar a atendre els seus primers pacients a l'Hospital Clínic. La raó de ser d'aquest servei hospitalari segueix bategant tan fort com el primer dia, però en un context global força diferent. Avui, les malalties viatgen a la velocitat d'un avió i poden emergir en un país nou en qüestió d'hores. Problemes de salut que abans es consideraven predominants en una regió ara també ho són en altres.

La *globalització* de les malalties es veu reflectida en l'evolució dels termes que s'empren per descriure aquesta àrea mèdica. Trenta anys enrere, es parlava de *medicina tropical*, un terme associat a l'època colonial europea que avui dia s'utilitza poc, encara que de vegades es manté en el context mèdic i en alguns noms institucionals, com el del servei de l'Hospital Clínic. Posteriorment, als anys noranta, es va començar a emprar el terme *salut internacional*, per il·lustrar el fet que les malalties no coneixen fronteres. Recentment, el terme *salut global* és el que està en auge, tant en l'àmbit acadèmic i d'investigació científica, com en les polítiques de cooperació internacional. En aquest llibre es fan servir tots tres, posant més èmfasi en un o l'altre segons el moment històric de què es parli.

Els propers capítols recullen el més destacat del que ha passat en aquest temps, trenta anys d'avenços, en primer lloc, en l'atenció clínica en l'àrea citada. El que llavors era la *Unitat* de Medicina Tropical és ara

el *Servei* de Medicina Tropical i Salut Internacional. Així mateix, les primeres activitats de consell al viatger, que es van fer a final dels anys vuitanta, s'han consolidat avui dia en el Servei d'Atenció al Viatger Internacional (SAVI).

Pel que fa a la investigació, el 1992 es va crear la Unitat d'Epidemiologia i Bioestadística a l'Hospital Clínic, i quatre anys més tard, el Centre de Recerca en Salut de Manhiça (CISM) a Moçambic. Això va ser un punt d'inflexió i el que va donar peu a la creació del Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB) el 2006. El salt més recent en aquesta història es va fer el 2010 amb la fundació de l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal), del qual ara forma part el CRESIB.

Els assajos de la vacuna per prevenir la malària, a Moçambic, o la recerca d'un tractament millor del Chagas en pacients crònics, a Bolívia, són tan sols dos exemples del gran volum d'investigació que s'ha fet, i encara es fa, a partir de Barcelona i en contacte amb les zones del planeta on malalties com aquestes són endèmiques. Els articles científics publicats al llarg d'aquests anys han situat l'Hospital Clínic en el terreny de joc mundial, contribuint a l'avenç mèdic i científic en el camp de la salut global. Pel treball dut a terme a l'Àfrica i l'Amèrica Llatina, l'Hospital s'ha convertit, a més, en un soci estratègic de l'Agència Espanyola de Cooperació Internacional per al Desenvolupament (AECID).

Paral·lelament, la relació històrica entre l'Hospital i les activitats de formació que es fan a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona continua donant fruits.

El que ha passat en tot aquest temps es deu en gran manera a la visió de les persones que han liderat aquesta història. Hi destaquen Manuel Corachan, fundador de la Unitat de Medicina Tropical (a l'equip del qual es van unir posteriorment els doctors Joaquim Gascon i Clara Menéndez), i el doctor Pedro Alonso, que va inaugurar la ja esmentada Unitat d'Epidemiologia i Bioestadística.

Tots ells han estat pioners i poc convencionals. Amb inquietuds similars després d'haver-se format i treballat en altres països, han construït al llarg d'aquest temps un equip sòlid de persones, fins a arribar a consolidar l'actual Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional com una àrea innovadora i capdavantera. A l'Hospital Clínic van trobar el seu lloc, terra fèrtil on arrelar, créixer i desenvolupar les seves idees amb el suport d'aquells que, com el doctor Joan Rodés, antic director general, van saber



L'Hospital Clínic de Barcelona, situat al barri de l'Eixample, es va fundar el 1906.
© Hospital Clínic de Barcelona

explorar el potencial d'una àrea mèdica que aleshores semblava marginal.

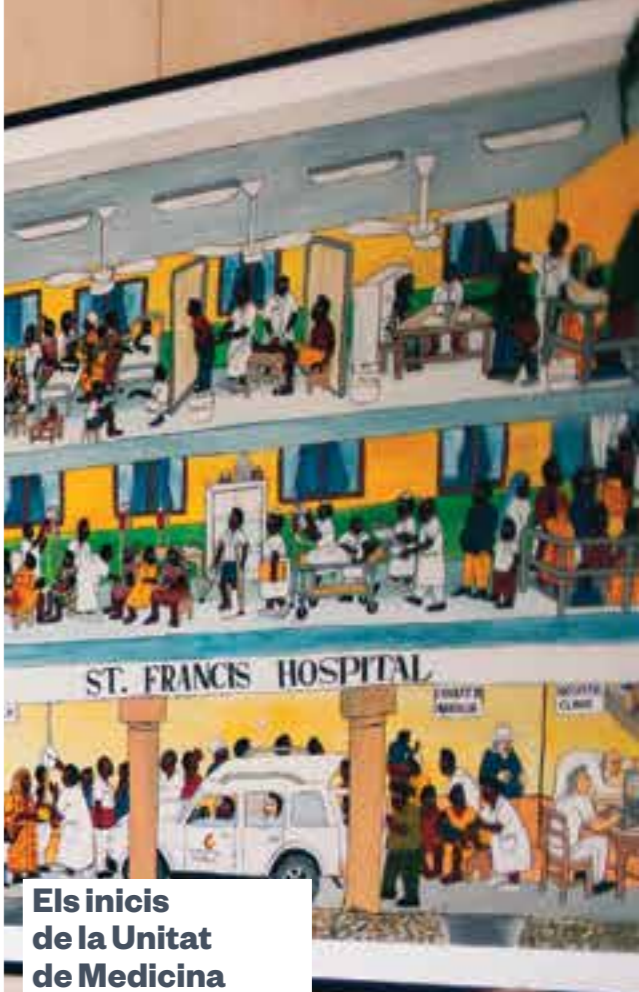
Han estat moltes més les persones que amb la seva dedicació, tenacitat i *expertise* s'hi han sumat i han deixat empremta, ocupant també rols protagonistes tant a Barcelona com en altres continents. Ho han fet passant visita en les consultes, o aportant infinits grans de sorra als esforços realitzats per trobar respostes als interrogants que neixen dels pacients i en els laboratoris.

El *leitmotiv* al llarg de tot el trajecte ha estat la relació —indivisible— entre l'assistència clínica, la formació i la investigació. Els tres eixos del treball dut a terme en salut global a l'Hospital Clínic i una cosa que es repeteix una vegada i una altra, a Barcelona i en tots els altres contextos.

Aquest llibre neix del desig de celebrar el camí recorregut i els èxits aconseguits. És un relat que no s'ha escrit mai fins ara, i s'ha elaborat malgrat el risc de simplificació i subjectivitat implícit en qualsevol intent de mirar enrere i escriure història. No s'ha volgut fer

una recopilació de les activitats d'aquests anys. L'ambició ha estat una altra. La de traçar un esbós i recompondre els passos d'aquest camí, a través dels fragments de records i anècdotes d'algunes de les persones que n'han recorregut els trams.

Finalment, volem incloure en aquesta introducció un agraïment a les més de cinquanta persones entrevistades, que han ofert el seu temps per fer memòria i compartir experiències. Sense ells, aquest llibre no hauria estat possible. Moltes encara continuen vinculades a aquest important treball, sigui a Barcelona o a l'estranger. D'altres han pres nous camins. El que uneix la majoria és que han transmès un compromís que gairebé comú, una passió per la seva feina, per la medicina, per la investigació i la ciència, per descobrir les respostes als problemes principals de la salut global, i, en definitiva, per fer aquesta la seva manera de contribuir a aconseguir que el món sigui una mica millor.



**Els inicis
de la Unitat
de Medicina
Tropical de
l'Hospital Clínic**

En la doble pàgina anterior, d'esquerra a dreta: Clara Menéndez, Manuel Corachan, Pedro Alonso i Joaquim Gascon conversen sobre els seus records i experiències dels darrers trenta anys, durant la preparació d'aquest llibre.

Fotografies de les pàgines 14-15, 30-31, 44-45, 66-67, 84-85 i 100-101
© Borja Ballbé

Els precedents

Un punt d'inflexió, una trobada casual, un esdeveniment fortuït: sovint les històries tenen origen en un punt llunyà en el temps petit però transcendental, un moment o experiència que actua com a catalitzador del que ha de venir. L'interès de Manuel Corachan per desenvolupar la seva professió en la disciplina de la

Medicina Tropical va despertar en l'adolescència, als anys cinquanta, durant uns viatges d'estiu que, animat per la seva àvia, va fer a França des de la Barcelona natal. S'hi va allotjar amb persones amigues de la família i va tenir l'oportunitat de conèixer una sèrie de metges que havien viscut i treballat a l'Àfrica, continent aleshores desconegut per a la majoria dels espanyols, excepte per als pocs que anaven com a missioners o que vivien a l'antiga colònia de Guinea Equatorial.

Aquelles trobades li van deixar una empremta inesborrable, desplegant tot un món davant els seus ulls. “Quan vaig parlar amb aquells metges em vaig adonar”, relata, des de la tranquil·litat de casa seva al poble de Massanes, un Manuel Corachan ja jubilat, “que la Medicina Tropical era una medicina acadèmica com qualsevol altra especialitat. Que fins i tot amb pocs mitjans podia tenir un impacte fantàstic sobre la població. I que ja es feien publicacions en revistes de molta credibilitat. Mentre que aquí, a Espanya, de l'única cosa que se sentia parlar era del Domund”.¹

La disciplina de la Medicina Tropical, abans anomenada *Medicina Colonial*, neix de la necessitat de les potències europees de protegir els seus soldats i la resta del personal enviat a les colònies en una època en què la malària o paludisme, la febre groga, la malaltia de la son i altres malalties amenaçaven els projectes colonials més que les pròpies guerres.² D'aquí la famosa definició de l'Àfrica de l'escriptor Rudyard Kipling com “la tomba de l'home blanc”.³ Com més s'expandien els territoris de les colònies, més gran era la necessitat d'incrementar el personal militar i administratiu, la salut i el benestar del qual estaven sota responsabilitat dels seus governs. L'anglès Patrick Manson, batejat com *el pare de la medicina tropical*, va escriure el primer llibre de text sobre malalties tropicals el 1898. El final del segle XIX va ser testimoni de descobriments importants, com la identificació de certs microbis, paràsits i vectors que causen malalties com la tripanosomiasi i la malària.

1 La Jornada Mundial de les Missions es coneix a Espanya amb l'acrònim DOMUND (de les paraules DOMingo MUNDial). Se celebra anualment en diferents països, amb la finalitat de recaptar fons per a les obres missionals de l'Església catòlica.

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.



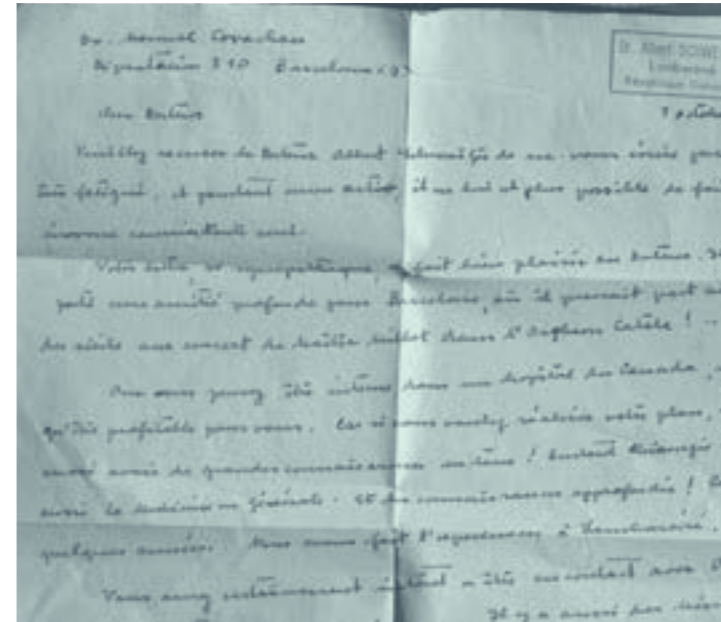
Manuel Corachan va treballar durant cinc anys a l'Hospital de Mwanza, a Tanzània.
© Arxiu Manuel Corachan

Una comunitat creixent d'experts mèdics europeus va veure en l'expansió colonial oportunitats importants de recerca que fomentarien el desenvolupament de la nova disciplina, amb el microscopi entre les seves eines principals.

Mentre el Regne Unit, Bèlgica, França, Alemanya i Portugal començaven a crear escoles i centres de tractament i recerca en Medicina Tropical, i a publicar revistes especialitzades, Espanya afrontava la pèrdua de les últimes colònies insulars d'Amèrica i les Filipines, amb tot el que això va suposar. Sense un territori extens per emprar com a camp d'investigació, disposant només de Guinea Equatorial, la contribució d'Espanya a la disciplina de la Medicina Tropical a nivell internacional va ser limitada si es compara amb la dels seus competidors europeus de l'època. A més, es va mantenir fora de les principals xarxes transnacionals que ja es començaven a establir entre metges científics de diferents països. De les poques revistes espanyoles que van aparèixer, únicament *Medicina de los Países Cálidos*, una publicació bimestral que va néixer el 1928 dirigida per Gustavo Pittaluga, va tenir un nivell científic semblant a les europees del moment. Tan sols va durar vuit anys, fins al 1936.⁴

Italià d'origen, Pittaluga va ser un dels científics més rellevants a Espanya en el camp de la medicina tropical durant la primera meitat del segle passat. Va fer un seguit d'estudis sobre el paludisme a Espanya entre el 1902 i el 1903, i va dirigir una expedició a les possessions espanyoles del golf de Guinea per estudiar la malaltia de la son el 1909. Va ser nomenat catedràtic de Parasitologia i Patologia Tropical de la Universitat de Madrid i va fer uns quants intents, fracassats, de disposar d'un institut de Medicina Tropical a Màlaga o Granada. El 1932, en una conferència a l'Acadèmia de Medicina de Barcelona, Pittaluga va plantejar la creació d'un institut i una clínica de Medicina Tropical als afores de la Ciutat Comtal, però per manca de fons econòmics aquest propòsit tampoc no es va dur a terme. Reconegut per la seva trajectòria internacional, va ser nomenat responsable d'organitzar el III Congrés Internacional de Paludisme a Madrid, a l'octubre del 1936.⁵ No obstant això, l'esclat de la guerra civil espanyola va obligar a ajornar el projecte, com tants altres, i a Pittaluga a marxar a l'exili. El final de la guerra va marcar l'inici de quaranta anys de dictadura i d'una aturada en tots els sentits, aïllant Espanya encara més dels avenços que es feien en el tractament, la formació i la recerca en Medicina Tropical a la resta d'Europa.

⁴ Pérez Abadía C., Sabaté Caselles F. *Revistas Españolas de Medicina Tropical, a Medicina, ideología e Historia en España* (siglos XVI-XXI), del Consell Superior d'Investigacions Científiques, coordinat per R. Campos, L. Montiel, R. Huertas. P. 462.
⁵ Ídem, ib. P. 461-3.



El doctor Schweitzer va contestar des del Gabon, el 1963, la carta que li havia escrit Manuel Corachan.
© Arxiu Manuel Corachan



Manuel Corachan encara conserva la carta i el sobre amb segell del Gabon.
© Arxiu Manuel Corachan

treballava al Gabon. Li vaig demanar consell. I aquest home, premi Nobel de la Pau, es va dignar respondre de pròpia mà un estudiant de Medicina de Barcelona que deia que volia anar al tròpic". Encara amb una certa sorpresa conserva la carta, i el sobre, amb segell del Gabon, escrits ja fa mig segle. Manuel Corachan va seguir aquells consells. Quan va acabar la carrera va passar dos anys treballant en un hospital rural suís i va fer un curs de Medicina Tropical a Amsterdam. Des d'allà, va marxar a Ghana, a un hospital on va haver de fer "de tot". Després d'una estada breu a Barcelona, la segona feina a l'Àfrica la va fer a la vora del llac Victòria, on, entre el 1973 i el 1978, va treballar amb *Medicus Mundi* Internacional en un hospital a la ciutat de Mwanza, a Tanzània. La tercera i última destinació a l'estranger abans de tornar definitivament a Barcelona va ser a Papua Nova Guinea, on va treballar com a docent i metge a l'hospital de la capital, Port Moresby.

Alhora que Manuel Corachan es formava i treballava a Europa i a l'Àfrica, a Barcelona van començar a tenir lloc canvis importants que ajudarien a fer que, uns anys més tard, trobés una certa obertura cap a la seva visió d'establir una Unitat de Medicina Tropical a l'Hospital Clínic.

L'arrencada de la cooperació internacional en salut a Espanya

Un fet significatiu va ser la fundació de Medicus Mundi a Espanya. L'organització es va crear a Alemanya, el 1963. Aquell mateix any, a Barcelona, un metge que es deia Salvador Cortadellas, interessat per la situació sanitària als països en desenvolupament, havia creat, juntament amb el ginecòleg Francisco Abel, una associació medicomissional. Quan van descobrir la tasca de Medicus Mundi, van decidir incorporar aquesta nova associació a l'organització, i en van crear així una branca espanyola a final d'aquell any. Successivament, Medicus Mundi es va expandir per diferents províncies espanyoles i va començar activitats que avui s'engloben en el concepte de *cooperació*.

Amb la creació de Medicus Mundi en la segona meitat de la dècada dels seixanta, va començar a haver-hi cada vegada més professionals de la salut interessats a treballar oferint assistència mèdica en països menys desenvolupats, i es va visibilitzar la deficiència notable que hi havia en informació i formació en la disciplina de la Medicina Tropical a Espanya. "Vam començar a enviar professionals mèdics, infermers", explica el doctor Vicenç Cararach, un altre metge de l'Hospital Clínic també força implicat en el treball de Medicus Mundi. "I vèiem que no estaven formats en les patologies tropicals. En la carrera de Medicina no s'estudiava; l'Escola Nacional de Salut Pública havia fet uns cursos sobre paludisme però molt més des del punt de vista parasitològic, microbiològic, i no funcionaven en aquell moment. Espanya tenia a Guinea una colònia petita on hi havia problemes de paludisme i altres malalties com la tripanosomiasi, però no existien cursos per a gent que volgués treballar en aquells països, i Medicus Mundi no hi volia enviar gent sense experiència."

Les primeres activitats de formació en Medicina Tropical

"Quan vaig ser secretari nacional i el doctor Salvador Cortadellas va ser president de l'organització", continua Vicenç Cararach, "vam començar a gestar la idea d'iniciar la formació en Medicina Tropical. Jo era professor i treballava aquí a l'Hospital Clínic. Vaig anar a veure el doctor Agustín Pumarola, catedràtic de Microbiologia i Parasitologia, el degà i el vicedegà d'aquella època, perquè ens autoritzessin a fer un curs de Medicina Tropical a la Universitat de Barcelona. I així va néixer, el 1971, el primer curs d'introducció a la Medicina Tropical, organitzat per Medicus Mundi, a la Facultat de Medicina." La càtedra de Microbiologia va mantenir el curs viu durant molts anys; en particular, la catedràtica María Teresa Jiménez de Anta i el doctor Jordi Mas li van donar tot el suport. Aquell curs va ser l'origen del que, quaranta anys més tard, és avui el Màster en Salut Global de la Universitat de Barcelona.

"Des del principi, aquesta formació tenia un component clínic important", explica Vicenç Cararach. "Manuel Corachan ens va proposar un programa del curs que no només incloïa el coneixement de les malalties tropicals des del punt de vista microbiològic i epidemiològic, sinó també aspectes clínics del maneig dels malalts. El primer curs, el 1971, el vam muntar com vam poder, i vam convidar els catedràtics a fer la part de la seva assignatura que corresponia a la Medicina Tropical. Eren classes força teòriques. De seguida vam demanar ajuda a les escoles europees, en concret a la d'Anvers, i quan vam poder, vam substituir els catedràtics per persones que havien treballat en aquells països i tenien experiència."

Manuel Corachan participava com a docent en aquestes activitats de formació sempre que el seu treball a Tanzània li ho permetia, i durant un temps va ser el director del curs. Veient el que havia passat en altres països europeus, el Manuel preveia que a Espanya, en un futur proper, davant els canvis polítics i l'obertura creixent del país, el nombre de viatgers i immigrants, fins llavors gairebé inexistent, pujaria. I amb això, alertava, les malalties importades també augmentarien, generant la necessitat de tenir un servei sanitari especialitzat en Medicina Tropical. Així ho va comunicar al Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya quan va finalitzar la seva estada a Tanzània i va tornar a Barcelona,

el 1978. Però fins a cinc anys més tard no es va aconseguir convèncer les autoritats de la necessitat de crear una unitat especialitzada en Medicina Tropical a l'Hospital Clínic.

“Començava a haver-hi cooperants que tornaven amb malalties, que se n’anaven a les escoles de Medicina Tropical europees quan veien que no els ho resolien aquí”, diu Vicenç Cararach. “Pensàvem que calia tenir una clínica d’assistència com a part de la preparació dels futurs cooperants; que poguessin veure malalts, no solament la teoria. En una ciutat com Barcelona i un país com Espanya, hi havia necessitat de tenir una escola i un departament clínic hospitalari. Així va ser com hi vam insistir. Jo vaig anar, en nom de Medicus Mundi i de l’Hospital Clínic, juntament amb el doctor Lluís Salleras, a veure el doctor Josep Laporte, el conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, per proposar-li crear la Unitat de Medicina Tropical.”

Finalment, al juny del 1984, es va sembrar la llavor i Manuel Corachan va ser contractat per posar en marxa la Unitat de Medicina Tropical, integrada en el Servei de Malalties Infeccioses, a l’Hospital Clínic.

La creació de la Unitat de Medicina Tropical

Passa sovint que els inicis d’una activitat pionera no són fàcils, i el cas de la Unitat de Medicina Tropical no va ser cap excepció. Quan reflexiona sobre les darreres tres dècades, el Manuel remarca que el desafiament més gran el va afrontar aquells primers anys. Malgrat disposar del suport de les autoritats de l’Hospital d’aquell moment, es va trobar amb una certa resistència entre companys que, per desconeixement, mostraven cinisme davant la creació de la Unitat. Qüestionaven la seva utilitat: “Per a què? Si ‘això’ ja ho hem fet sempre”. “Aquestes malalties cal viure-les, tractar-les, en el terreny”, diu el Manuel. “Però alguns no veien la rellevància de tenir una persona amb aquella experiència.”

El que més va costar a Manuel Corachan va ser establir davant la comunitat mèdica que la Medicina Tropical no era una medicina missionera, sinó una disciplina de tall acadèmic que utilitza mètodes

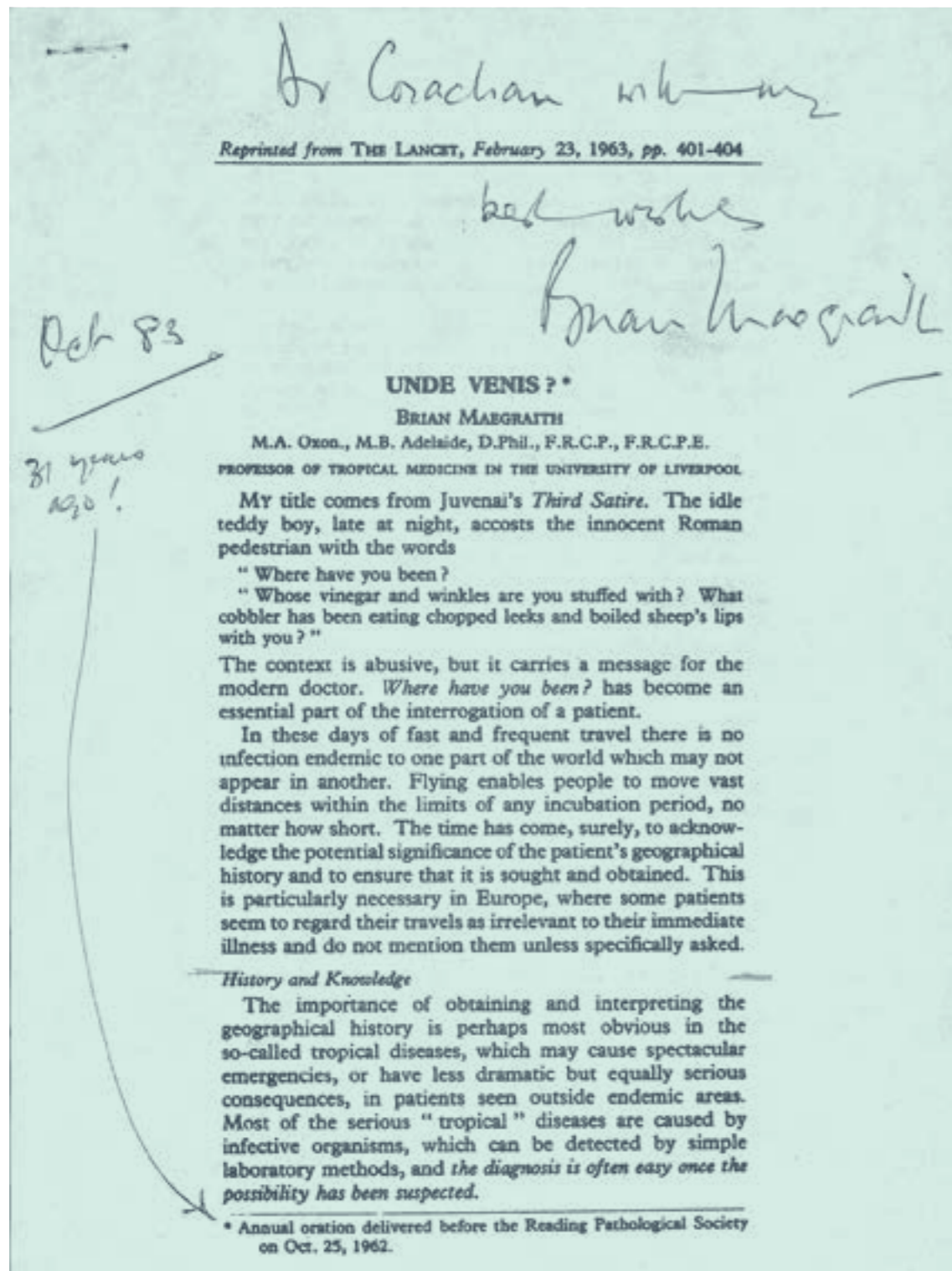
de diagnòstic i laboratoris com qualsevol altra especialitat. “Molts tenien la imatge de la meva experiència a l’Àfrica com el missioner envoltat de nens famèlics amb mosques. Hi havia força desconeixement, i no podien ni somiar que l’hospital de Tanzània on vaig treballar tenia 600 llits, demanava radiografies, disposava d’un laboratori, feia diagnòstics per imatge, prenia decisions... Pensaven que era aquí [a l’Hospital Clínic] com a missioner, gairebé que els tractava amb un amulet. Aquesta actitud va durar fins que van començar a veure que allò no solament era un tema ‘d’immigrants’, o que jo anava de missioner, sinó que molts espanyols es posaven malalts també, alguns greus!”

L’altra institució de la ciutat on es tractaven les malalties tropicals en aquell moment era l’antic Centre de Diagnòstic de Drassanes, a càrrec del doctor José Luis Bada i que avui dia és la Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes.

Manuel Corachan va començar amb una plaça d’adjunt que l’any següent, el 1985, es va transformar en la de cap de Secció, quan la Unitat va passar a ser una secció dins del Servei de Malalties Infeccioses. “Fins que es va crear la Unitat”, explica, “es veien el que es pensava que eren casos aïllats. La meva primera sessió clínica a l’Hospital per a mi va ser molt il·lustrativa del que amb la Unitat s’estava aconseguint. Primer vaig agafar els dotze casos de paludisme diagnosticats durant els cinc anys abans de començar la Unitat, amb una mortalitat altíssima de quatre o cinc casos. Després vaig presentar els seixanta casos que vaig veure el primer any i mig des que va començar la Unitat, sense cap mort. Havíem tingut tres casos en vigilància intensiva, però salvats. Això va ser prou definitiu per demostrar que sí que calia una atenció especialitzada. Hi havia moltes altres malalties que no s’havien diagnosticat mai abans d’existir la Unitat, com l’esquistosomiasi. Vaig començar a demostrar que hi havia una sèrie de problemes que no eren la malaltia sinó símptomes d’una altra cosa, com una anèmia o una insuficiència cardíaca, que té de base una parasitosis intestinal. Amb això s’ensenyava al personal d’altres serveis i hospitals que aquella patologia estava arribant aquí. Es va començar a visibilitzar.”

“On has estat?” s’ha convertit en una pregunta essencial en l’interrogatori d’un pacient. En aquests temps de viatges tan ràpids i freqüents no hi ha cap infecció que sigui endèmica en una zona del món i que no pugui aparèixer en una altra (...). És essencial que l’estudiant de medicina europeu sàpiga una mica de les malalties que li puguin arribar des de fora.⁶

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



La pregunta "Unde venis?" es va convertir en el mantra de Manuel Corachan.
© Arxiu Manuel Corachan

Aquestes paraules profètiques del visionari Brian Maegraith ja havien aparegut en un article titulat "Unde venis?" ('D'on vénis?'), publicat en la revista mèdica *The Lancet* el 1963. El que seria un dels pares de la salut global va regalar una còpia de l'article a Manuel Corachan a l'octubre del 1983, advertint-li que Espanya seguiria el mateix camí que altres països europeus. "Quan tinguis muntada la clínica assistencial", li va dir Brian Maegraith, "no t'oblidis dels viatgers". Un consell que es va revelar realitat. L'"Unde venis?" es va convertir en el *mantra* del Manuel.

Aleshores, ja s'havien instal·lat a Catalunya els primers immigrants africans, al Maresme. En la Secció de Medicina Tropical de l'Hospital Clínic es van començar a veure més viatgers, sobretot a final dels anys vuitanta, quan es va produir un *boom* en el turisme internacional. Van començar a arribar a les consultes cada vegada més pacients que havien tornat d'un viatge amb malalties moltes vegades evitables, viatgers que havien sortit sense rebre cap informació o consell, com sí que es feia en altres centres europeus.

El servei de consell al viatger

Arran de veure aquests casos, Manuel Corachan va fer un estudi que li va permetre evidenciar la necessitat d'organitzar un servei de consell al viatger. Amb el permís de diverses agències de viatges, un ajudant seu va anar a entrevistar els viatgers a la zona de facturació de l'aeroport de Barcelona-El Prat. Els van preguntar el país de destinació i el tipus de prevenció que havien dut a terme. L'anàlisi de tots aquells viatgers va mostrar que, malgrat haver-hi clíniques de vacunació, no existien clíniques de consell al viatger com a tal. "Vam comprovar com moltes vegades la gent no anava amb les vacunes adequades, i que no se'ls aconsellava", diu el Manuel. "No se'ls informava, per exemple, dient-los: 'Hi ha molts problemes on vostè va que no tenen vacuna o tractament, però que s'eviten d'aquesta manera o de l'altra'. O bé: 'La profilaxi és millor prendre-la així o aixà', adaptant-se a la història clínica del pacient."

Així va ser com el 1989 es va començar a oferir un servei d'atenció al viatger a l'Hospital Clínic. Com que mancaven recursos, aquest servei es finançava amb un petit import que es cobrava als viat-

gers. Aleshores ja havia començat a treballar en la Secció de Medicina Tropical Joaquim Gascon, un metge que compartia amb el Manuel les mateixes inquietuds pel treball en salut internacional, així com experiències vitals similars a l'Àfrica. "Al principi", recorda el Joaquim, "fèiem el servei d'atenció al viatger al vespre, després de passar consulta. Quan va començar a gaudir de popularitat, teníem molta feina i ens quedàvem fins a les set o les vuit del vespre. S'assabentaven pel boca a boca i, com que venia molta gent i el volíem promocionar, no dèiem mai que no. En aquell moment érem l'únic servei que donava consells de debò als viatgers."

"Va ser una experiència interessant", continua el Joaquim. Al principi els donaven cites individuals, però cada vegada hi havia més gent, així que van començar a atendre'ls per grups. "Érem el Manuel i jo sols. Va ser divertida aquella època, un que se n'anava a l'Índia, un altre a no sé on... Començàvem per explicar el que era comú per a tots. I després dèiem: 'A veure, coses especials per als que aneu a l'Àfrica, us cal tal cosa. Ara els que aneu a l'Índia, heu de fer això altre'. I mentrestant, la resta escoltaven, interessats a saber què s'aconsellava als viatgers amb destinacions diferents, anotant-ho mentalment per si ells mateixos anaven a aquell mateix país en un viatge futur."

Era evident ja en aquell moment que calien més recursos per dur a terme l'activitat. "El que recaptàvem dels viatgers", diu el Manuel, "era l'única manera que jo pogués tenir més personal. Ja no podia tenir voluntaris gratuïts idealistes i entusiastes com fins llavors".

La infermera Montse Morales va treballar amb el Manuel i el Joaquim a final dels anys vuitanta, quan començava el servei de consell al viatger. "La Medicina Tropical era tan desconeguda en aquella època...", recorda. "Molta gent amb paludisme venia després de passejar-se per no sé quants metges. Els agafaven unes febres altíssimes i ningú no els trobava res, perquè no hi havia cultura i els metges no tenien cap preparació. Arribaven aquí, dient que s'havien assabentat que 'havia vingut un doctor molt important [Manuel Corachan] que en sabia molt, havia viscut a l'Àfrica i tenia molta experiència'. O ens arribaven a través d'urgències. Recordo un dels casos més curiosos que vaig veure, el d'un professor català que se n'havia anat de viatge de nocces. Va tenir un paràsit que es fica per sota de la pell i que li afectava una cama. Una patologia molt poc habitual, i sobretot molt vistosa!"



La infermera Teresa Mejías va contribuir força al desenvolupament del servei de consell al viatger.
© Arxiu ISGlobal

Llavors, la Secció de Medicina Tropical es trobava a l'antic edifici de consultes externes, conegut pel personal de l'època com *el iaio*. "Érem al soterrani", relata la Montse, "sense llum natural, al final d'un passadís. Sota una escala jo tenia un cau amb una tauleta i un carret de cures on feia les anàlisis de sang. Als que sospitaven que tenien esquistosomiasi, els feien saltar per les escales, perquè d'aquesta manera els ous del paràsit es desprenen de la paret de la bufeta urinària, i després els feien recollir un potet d'orina que es portava al laboratori. Era el començament del *boom* del VIH/sida i la sala d'espera estava saturada de pacients que esperaven a peu dret i tot, la cua arribava fins a dalt de les escales, era un caos. Feien cua tots junts, els pacients que venien pel VIH/sida, els de medicina tropical, els de tuberculosi..."

Posteriorment, el servei de consell al viatger va passar a ser coordinat per infermeria, amb els metges com a assessors i consultors. Es va formar la infermera Teresa Mejías per ser-ne la responsable. El Manuel recorda que, amb els seus anys d'experiència com a infermera en Psiquiatria, la Teresa va aportar molt a la Secció de Medicina Tropical, i en particular va donar un gran ímpetu al servei de consell al viatger.

Així van ser els inicis, pioners a Espanya, del treball en el camp de la medicina tropical a l'Hospital Clínic de Barcelona. Cada vegada els propis metges de l'Hospital viatjaven més, de vacances



Els integrants de la Secció de Medicina Tropical a mitjan anys noranta. D'esquerra a dreta: Laura Schiaffi (una resident), Manuel Corachan, Encarna Caralt (administrativa), Teresa Mejías i Joaquim Gascon.
© Arxiu Teresa Mejías

o com a cooperants, consultaven Manuel Corachan i Joaquim Gascon sobre el tractament preventiu que havien de fer, i així es feia conèixer dins de l'Hospital la tasca que duïen a terme.

Recordant els primers anys, el Manuel diu: "Van ser molts els metges joves que em van ajudar de manera desinteressada, només per la motivació d'aprendre. Sense ells no hagués pogut suportar la càrrega assistencial. Fins als anys noranta no es van poder admetre oficialment rotacions de residents del programa de Metge Intern Resident (MIR) de Medicina Interna i de Medicina Preventiva".

Però l'assistència no va ser l'única activitat de la Secció. Com ja s'ha dit, al llarg d'aquesta història que dura ja trenta anys, el *leitmotiv* és que l'assistència, la formació i la recerca formen un triangle indivisible. Cadascuna de les tres nodreix les altres. Per tant, alhora que atenia pacients, Manuel Corachan va mantenir les seves relacions internacionals i va continuar amb la docència a la Universitat de Barcelona i a Suïssa, Itàlia i Tanzània. Juntament amb Joaquim Gascon també va començar un seguit de treballs de

recerca, en concret sobre l'esquistosomiasi, els enteropatògens i les anomenades *diarrees del viatger*. Els que es podien, tenint en compte els recursos humans limitats i la capacitat de la Secció de Medicina Tropical. Allò va ser un petit preàmbul del que vindria després. Tal com es veurà en els propers capítols, la recerca en temes de salut internacional va créixer de manera exponencial en la dècada dels noranta, amb la creació de la Unitat d'Epidemiologia i Bioestadística i l'arribada de Clara Menéndez i Pedro Alonso a l'Hospital Clínic.



**De Barcelona
a Tanzània:
l'enlairament
de la recerca**

Una trobada crucial

Hi ha un abans i un després de la tardor del 1988, quan Manuel Corachan va assistir a la Conferència Internacional de Medicina Tropical i Malària a Amsterdam i va conèixer Pedro Alonso, un jove epidemiòleg madrileny que aleshores treballava per al Consell d'Investigació Mèdica del Regne Unit a Gàmbia. Aquella trobada resultaria providencial en el guió d'aquesta història de trenta anys. No van trigar gaire a reconèixer com el Manuel, amb el seu enfocament clínic, i el Pedro, amb la seva experiència en recerca i epidemiologia, es complementaven a la perfecció.

Al cap de poc, el Manuel va anar a visitar el Pedro a Gàmbia, on aquest feia un estudi molt important en l'ús de mosquiteres impregnades amb insecticida com a mètode preventiu de la malària, juntament amb la seva dona, Clara Menéndez, que treballava en temes de salut maternoinfantil. El Manuel recorda com, quan es van conèixer, tots dos van dir: "Que bo que seria que algun dia poguéssim fer alguna cosa plegats". No podien imaginar que el destí faria que, uns anys més tard, les seves paraules es convertissin en realitat: es trobarien un altre cop a l'Hospital Clínic de Barcelona i junts desenvoluparien el treball en salut internacional fins a un nivell molt alt i que ha estat referent a Espanya.

L'Hospital Clínic i la importància de la recerca

Des de fa anys, l'Hospital Clínic és reconegut per ser una institució innovadora i pionera a Espanya, i la seva identitat es defineix en gran manera per la recerca. "Aquí era ben potent la recerca biomèdica abans del 1936", diu Joan Rodés, actual president de l'Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). "L'investigador que va tenir més influència va ser August Pi i Sunyer, el primer metge que va donar insulina a un pacient europeu. Però amb la guerra civil força investigadors es van exiliar a altres països. Molts no tornarien mai. La guerra va ser el desert de l'intel·lecte."



Des de l'inici, el projecte de l'Hospital Clínic ha estat vinculat de forma inseparable a la Facultat de Medicina. Quan es va construir, era un dels grans edificis de la Barcelona de l'època.
© Hospital Clínic de Barcelona

Als anys setanta es va tornar a visibilitzar la importància de la recerca i de les relacions internacionals. En el context històric de les pressions polítiques i socials creixents, i de les lluites estudiantils per aconseguir més llibertat, l'Hospital va patir un gran canvi el 1973. “Sabíem que si fas recerca mèdica a l'Hospital, segur que millora l'assistència, perquè adquireixes una visió crítica de la medicina i de la teva activitat”, explica Joan

Rodés. Històricament, l'estructura de l'Hospital Clínic era de càtedres, cadascuna amb el seu laboratori, els seus Raigs X... “Una bogeria, però fruit de la història.” I continua: “Sempre em recordaré de com uns quants ens reuníem al bar El Velòdromo del carrer de Muntaner. Gairebé tots havíem estudiat a París i vam dir: ‘Això no pot ser’. Es va organitzar una vaga molt potent el 1971 i es va crear un comitè de delegats mèdics. Es van aconseguir grans canvis en l'estructura organitzativa, igualar-la a la dels països europeus avançats de l'època. Es van crear els diferents departaments, un laboratori i un centre de Raigs X per a tothom. A partir d'aquí és quan reneix el concepte de recerca. Ens vam moure tots els que havíem estat fora per ser contractats com a metges científics i, bé, així es va fer el gran canvi a l'Hospital”.



A partir dels anys setanta, la recerca i un alt nivell assistencial van convertir l'Hospital en un referent nacional.
© Hospital Clínic de Barcelona

que la gent sortís. Veure una medicina diferent, una medicina científica, una medicina crítica. Conèixer el que és realment la recerca de nivell”.

Un exemple del pes que anava cobrant la recerca i de la importància de mantenir relacions internacionals va ser la creació de *l'anysabàtic*. A partir del 1979, cada any, quatre metges surten per fer recerca en un centre estranger i després tornen a l'Hospital Clínic. Joan Rodés va ser un dels promotors d'aquesta iniciativa: “Era importantíssim

La creació de la Unitat d'Epidemiologia i Bioestadística

La recerca a l'Hospital Clínic va ser impulsada encara més arran de la implantació de la Llei Estatal d'Assajos Clínics el 1988. A partir de la nova llei es va crear la Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, amb la finalitat de gestionar tots els projectes de recerca i el seu finançament. Un parell d'anys més tard, l'Institut

de Salut Carles III, el principal organisme públic de recerca que finança, gestiona i executa la recerca biomèdica a Espanya, va afegir el requisit de tenir una Unitat d'Epidemiologia per poder accedir al finançament del Fons d'Investigació Sanitària (FIS). Això va donar un nou impuls a la recerca; llavors, l'Hospital Clínic va crear la Unitat d'Epidemiologia i Bioestadística el 1992. Literalment, una unitat: només hi havia una plaça.

Aleshores, Pedro Alonso i Clara Menéndez ja havien tornat a Madrid després d'uns quants anys de treball a Gàmbia. El Pedro es va presentar a la vacant en la Unitat d'Epidemiologia, alhora que la casualitat va jugar les seves cartes i la Clara va ser contractada per a una plaça en la Secció de Medicina Tropical, dirigida per Manuel Corachan.

“Vaig escollir el Pedro en el procés de selecció perquè tenia un concepte científic”, diu Joan Rodés, en aquella època director general de l'Hospital Clínic, recordant els inicis de la Unitat d'Epidemiologia i Bioestadística. “Jo buscava potenciar la figura del metge científic, i no n'hi havia gaires a Espanya.”

Així va ser com el Pedro i la Clara van arribar a l'Hospital Clínic i la idea de treballar al costat de Manuel Corachan va començar a cristal·litzar.

La Clara recorda d'aquesta manera la seva incorporació a la Secció de Medicina Tropical: “Em vaig trobar dues persones [el Manuel i el Joaquim] que estaven fent un esforç enorme, molta feina. Ja anava creixent el nombre de viatgers i el treball clínic augmentava. Estaven entestats a ser reconeguts a l'Hospital i com a concepte en la medicina de Barcelona i Catalunya”.

Des del principi, malgrat pertànyer a dos serveis separats, la Secció de Medicina Tropical i la Unitat d'Epidemiologia van treballar com un equip. L'objectiu de la nova Unitat d'Epidemiologia



Joan Rodés (a la dreta, al costat de Pedro Alonso) ha estat un dels impulsors de la recerca a l'Hospital Clínic.
© Hospital Clínic de Barcelona

era donar suport als diferents projectes de recerca que es feien a l'Hospital i, a més, desenvolupar una línia de recerca pròpia, en l'àrea de salut internacional. "Al principi vaig pensar que venia per a un parell d'anys", explica el Pedro. Vint-i-dos anys més tard, encara hi és, amb un projecte entre mans d'una extensió impensable en aquell temps.

Al llarg de tots aquests anys, "el paper de Joan Rodés ha estat molt important", subratlla el Pedro. "I explica força per què aquest hospital està en primera línia mundial. Deixa fer, no intenta 'micro-controlar'. A diferència de gran part de la tradició espanyola, ell crea espais perquè la gent es pugui desenvolupar. Això és un avantatge enorme pel que fa a les estructures científiques clàssiques en aquest país." Com la història ha demostrat, l'actitud de Joan Rodés, represa pels directors successius de l'Hospital Clínic, Raimon Belenes i Josep M. Piqué, ha estat un adob indispensable per a les llavors plantades en la Secció de Medicina Tropical i la Unitat d'Epidemiologia.

El treball dut a terme a Tanzània

Així doncs, el Pedro va començar la seva nova feina a l'Hospital Clínic de manera semblant als inicis de Manuel Corachan: "Tan sols tenia un cubicle", recorda. I com ell, ni va començar de zero ni va arribar amb les mans buides. Ben al contrari, va venir amb tota una motxilla plena d'experiències després de l'estudi de les mosquiteres a Gàmbia, ja publicat a *The Lancet*, i amb la possibilitat de fer l'assaig d'una vacuna contra la malària.

Just poc abans que obtingués la plaça a l'Hospital Clínic, havia sorgit la necessitat de fer una avaluació independent de la candidata a vacuna de la malària SPf66, finançada per l'Organització Mundial de la Salut. Amb una oportunitat així al davant, el Pedro no va dubtar a començar a buscar possibles llocs on dur a terme l'activitat.

"Parlant un dia amb Manuel Corachan, ell va esmentar que el seu equip havia començat un estudi de l'esquistosomiasi a São Tomé, i vam pensar en la possibilitat de fer-ho allà", explica el Pedro. Van viatjar junts, però van trobar que no es donaven les condicions indicades per dur a terme l'assaig. Llavors, el Pedro va buscar una

alternativa. Va proposar al doctor Marcel Tanner, de l'Institut Suís de Medicina Tropical i Salut Pública, la possibilitat de fer-lo al Centre de Recerca d'Ifakara, a Tanzània. Anys abans, el Pedro i el Marcel havien estat companys de classe en el Màster de Salut Pública als Països en Desenvolupament de l'Escola de Medicina Tropical i Higiene de Londres.



Pedro Alonso vacuna un nen durant l'assaig de la vacuna de la malària SPf66, a Tanzània.
© Arxiu Pedro Alonso

d'esquistosomiasi, ja engegats per la Secció de Medicina Tropical a São Tomé i a Mali, era la primera vegada que des de l'Hospital Clínic es preveia creuar fronteres per establir projectes de recerca propis i de grans dimensions en un context com el de Tanzània.

Ifakara, un petit poble al centre-sud de Tanzània, era, i encara és, un focus d'excel·lència en formació, recerca i assistència clínica. S'hi concentren tres instituts de gran rellevància: l'ara anomenat Institut de Salut d'Ifakara, que llavors es deia Centre de Recerca i Desenvolupament en Salut d'Ifakara, l'Hospital St. Francis de Referència del Districte i el Centre de Formació en Salut Internacional de Tanzània.

"Recordo força bé la conversa", diu el Marcel, actual director de l'Institut Suís de Medicina Tropical i Salut Pública. "En aquells anys no hi havia telèfons mòbils com ara. Jo era a l'aeroport, parlant amb el Pedro des d'una cabina de telèfon, i em va dir: 'Vosaltres sou al Centre d'Ifakara, estariu interessats a fer un assaig de la vacuna de la malària amb nosaltres?'. Aquell va ser el començament d'una llarga col·laboració entre l'Hospital Clínic i el citat Institut. A excepció d'alguns estudis com el

“Aquell moment”, recalca Marcel Tanner, “ens va portar a desenvolupar tot un seguit de col·laboracions en què vam unir els nostres coneixements i experiència, a més dels nostres contactes a l'Àfrica. Així va ser com vam treballar entre les dues institucions i vam créixer més i més. Vam apostar per fer estudis d'intervenció rellevants que tinguessin un impacte en la salut de la població.”

L'Hospital Clínic i l'Institut Suís de Medicina Tropical i Salut Pública van fer conjuntament diferents assajos, liderats per Pedro Alonso, de la vacuna de la malària SPf66, creada per l'immunòleg colombià Manuel Patarroyo.



A Ifakara, d'esquerra a dreta: Pedro Alonso, Camilo Acosta, David Schellenberg, Fidel Font, Rosmarie Hirt, el fill del David, Claudia Galindo amb la seva filla a coll i Beatriz Font Hirt.
© Arxiu Pedro Alonso

“Tres setmanes després d'arribar a Barcelona el 1992”, recorda Pedro Alonso, “jo ja vaig viatjar a Tanzània”. A mesura que la proposta d'Ifakara prenia forma, la Unitat d'Epidemiologia va deixar de ser una unitat literal. Clara Menéndez s'hi va sumar el 1994. Aquell mateix any, el metge Fidel Font i la infermera Rosmarie Hirt van ser els primers contractats per la Unitat per treballar a Ifakara, entre altres coses per preparar la base

de l'assaig de la vacuna. Els van seguir els metges Camilo Acosta, Claudia Galindo i David Schellenberg, que van ser contractats per treballar en el mateix assaig. Un any més tard, es van unir a l'equip de Barcelona els estadístics Llorenç Quintó i John Aponte.

En aquella època, la comunicació entre Barcelona i Ifakara era molt diferent a avui dia, quan enviar un *e-mail*, fer servir l'Skype o trucar per mòbil a qualsevol indret del món, per molt remot que sigui, es fa gairebé sense pensar-hi. “Llavors no existia el correu electrònic i havíem d'escriure faxos”, recorda el Pedro. “Però a Tanzània encara no hi havia fax, i el tèlex, que s'havia utilitzat antigament a l'Hospital Clínic per a la notificació de trasplantaments, s'havia eliminat. Amb la qual cosa, per comunicar-me amb Tanzània des de Barcelona em calia baixar al port, anar a l'oficina de Correus, l'únic lloc on quedava un tèlex, i enviar-lo des d'allà! Després ja vam aconseguir un programa per a la instal·lació d'un tèlex a l'Hospital Clínic.”

Encara que només fa vint anys, però com si es tractés d'un altre món, Llorenç Quintó recorda com es comunicava amb el Pedro i la Clara quan ells eren a Tanzània. “Un dia determinat de la setmana, a una hora determinada, quan sabíem que el satèl·lit estava en línia. Comptant les paraules, això sí, perquè es pagava per paraules”, relata.

Aquell va ser el context en què es va fer el primer assaig de la vacuna de la malària, anomenat KIVAC, en nens d'un a cinc anys d'edat, que va durar dos anys. “Va tenir resultats esperançadors que van portar a fer un segon assaig, anomenat INFANVAC, amb lactants”, explica John Aponte, l'estadístic responsable de fer les anàlisis d'aquests assajos. “Però aquella vegada, a partir dels resultats es va arribar a la conclusió que en aquella formulació la vacuna no era eficaç com a eina de salut pública en la prevenció de la malària.”

“Els assajos de la vacuna van ser la porta d'entrada a les moltes altres coses que després vam fer a Ifakara”, diu Pedro Alonso. Ben aviat van començar altres estudis paral·lels, com l'anomenat IRONMAL, liderat per Clara Menéndez i en el qual van treballar Rosmarie Hirt i John Aponte. “Ha estat un dels estudis més importants que hem dut a terme en vint anys. De fet, encara se cita avui dia”, diu la Clara. “L'IRONMAL va ser força innovador i rellevant per dues raons”, explica el Pedro. “Una és que va donar visibilitat a la importància de la malària en nadons menors d'un any, en una època en què molts encara pensaven que la malària en nadons d'aquesta edat no era un problema. L'altra és que l'anèmia és una de les principals causes de mort en nens africans, i des de fa anys s'arrossega una polèmica sobre si l'administració de ferro en zones endèmiques de malària és segura o no. Aquest va ser el primer estudi realitzat que permetia veure, de totes les anèmies que hi havia en nadons menors d'un any, quantes eren degudes a la malària, quantes eren per dèficit de ferro i si l'administració de ferro era segura o no en aquests nadons.”

Els resultats, publicats en la revista *The Lancet*, van reflectir que els suplementos profilàctics de ferro a aquelles edats i en les dosis de l'estudi eren segurs.

Amb això, a poc a poc, la Unitat d'Epidemiologia es va consolidar. “Teníem una producció científica creixent molt important, en la revista *The Lancet* i en altres d'aquest tipus, que molt pocs serveis de l'Hospital Clínic tenien en aquell moment”, diu Clara Menéndez. “És una raó per la qual es va mantenir el treball de la Unitat

d'Epidemiologia i es va permetre el seu creixement. Per la producció científica, que anava lligada a l'atracció de nous projectes i de finançament. Com més publicacions, més atractiu ets. Aquesta és la teva foto, el que pots demostrar que saps fer." Com en el cas del Pedro, el bagatge professional que la Clara portava de Gàmbia li va ser ben útil a l'hora de dur a terme nous estudis a Tanzània.

L'IRONMAL el va seguir un altre estudi, de Tractament Preventiu Intermitent en Infants (IPTi per les seves sigles en anglès). També liderat per Clara Menéndez, va avaluar l'administració de profilaxi de manera intermitent com a mètode preventiu de la malària. Aquest estudi també va ser molt rellevant. Va mostrar que administrant un medicament contra la malària anomenat *sulfadoxina-pirimetamina* (SP) al mateix temps que s'aplicaven les vacunes de rutina de la infància, els nens tenien menys malària i anèmia durant el primer any de vida, sense que això afectés la manera en què s'adquireix la immunitat natural contra la malària. Això és important perquè com que s'utilitza el programa ja establert per a la vacunació dels nens, els costos de distribució del tractament disminueixen de manera considerable, i com que l'SP és un medicament de preu baix, el cost total de la intervenció també ho és.

De la mateixa manera que els assajos de la vacuna, aquest estudi va tenir una gran repercussió i, com es veurà més endavant, va ser el precursor d'una sèrie d'estudis més d'IPTi a Tanzània i altres països, i es va incloure com una de les eines de control de la malària aprovades per l'Organització Mundial de la Salut.

El personal de l'Hospital Clínic va treballar o col·laborar activament al Centre de Recerca d'Ifakara fins a principi de la dècada del 2000. Encara que el gruix de l'activitat va ser la recerca, la formació i l'assistència clínica també van ser dues grans prioritats. Com és recurrent en la nostra història, des de l'inici fins avui, aquests són els tres grans puntals del treball en salut internacional que s'ha fet, ja sigui a Barcelona o en un altre context com el d'Ifakara.

Més enllà de ser un camp fèrtil per al treball de recerca, Ifakara va presentar oportunitats per a l'Hospital Clínic en més d'un sentit. Una de molt important va ser l'ocasió de col·laborar amb l'Agència Espanyola de Cooperació Internacional per al Desenvolupament (AECID) a través de diversos projectes de cooperació que va finançar l'Agència. Va ser el pròleg d'una llarga relació entre l'AECID i l'Hospital Clínic, que després portaria a una col·laboració molt més gran a Moçambic, el Marroc i Bolívia.

El treball a Ifakara també va ser una oportunitat perquè el personal de diferents serveis de l'Hospital Clínic pogués consolidar la seva col·laboració en temes de salut internacional, com si es tractés d'un únic equip, malgrat estar estructuralment separats en diferents serveis a Barcelona. A part dels integrants de la Secció de Medicina Tropical i la Unitat d'Epidemiologia, que es van desplaçar de manera regular a Ifakara o vivien en aquell poble, diversos professionals d'altres serveis també van tenir l'oportunitat de viatjar a Ifakara i participar en la col·laboració, l'aprenentatge i l'intercanvi de coneixements que s'hi generaven.

El doctor Jordi Vila, actual cap del Servei de Microbiologia, encara recorda com, a principi dels noranta, ell i Joaquim Gascon van obtenir finançament de l'AECID per estudiar l'etiologia de la diarrea en nens menors de cinc anys al Centre de Recerca d'Ifakara. A més de fer l'estudi, diu el Jordi, "es van formar professionals i es va muntar un petit laboratori de microbiologia".

Així mateix, Manuel Corachan i altres companys també van anar a Ifakara unes quantes vegades. Entre altres activitats, van impartir formació als tècnics sanitaris, van desenvolupar guies de tractament per millorar l'atenció a l'Hospital del Districte i van formar el personal mèdic en l'ús d'ultrasons i en la interpretació d'imatges de radiologia pulmonar. Això darrer "va suposar un gran avenç en el servei de diagnòstic per imatge a l'Hospital del Districte, i va ser possible sobretot gràcies a la implicació del Manuel", recorda David Schellenberg, ara catedràtic de l'Escola de Medicina Tropical i Higiene de Londres.

Com observa el David, a Ifakara en essència "hi va haver una confluència crítica entre les aptituds assistencials i de recerca del Manuel, el Pedro i la Clara. Entre el seu *expertise* clínic d'una banda, atenent els pacients i entenent de primera mà quins eren realment els problemes de salut més seriosos en aquella zona, i d'una altra les competències que tenien en recerca i en disseny d'estudis per abordar algunes de les preguntes i incerteses que es presentaven".

El que es va construir i es va aconseguir a Ifakara va ser sens dubte de gran inspiració per al grup de l'Hospital Clínic. Una de les grans bretxes en salut internacional ha estat, i encara és, l'absència de centres a l'Àfrica per investigar i abordar els problemes de salut del continent. A diferència d'altres centres de recerca a l'Àfrica que no van deixar de ser apèndixs dels instituts europeus que els van crear, el d'Ifakara finalment es va convertir en un cen-

tre independent, amb estatus de fundació, registrat a Tanzània i gestionat per tanzans. “L’experiència d’Ifakara va ser clau per a nosaltres”, diu Pedro Alonso. “Hi vam aportar molt però també hi vam aprendre molt.” I, com afegeix Joaquim Gascon, els va servir per *visualitzar* un model de treball que es podria repetir en un altre lloc en el futur. Una visió que es materialitzaria poc temps després, a Moçambic, com es descobrirà en el proper capítol.



Un gran cartell dona la benvinguda a l'entrada de l'Institut de Salut d'Ifakara.
© David Davies



**El treball
a Moçambic
als anys
noranta**

L'aposta per Moçambic

El treball a Ifakara va ser, en efecte, la gènesi del que passaria poc després en un altre lloc no gaire llunyà. El 1994, en ple creixement de la cooperació espanyola i inspirant-se en els projectes que ja finançava a Ifakara, l'AECID va apostar per la creació d'un centre de recerca en un context africà, i va animar el grup de l'Hospital

Clínic de Barcelona a dur-la a terme. Després de diverses propostes es va decidir per Moçambic, país lusòfon i prioritari per a la cooperació espanyola, i on en aquella època començava un procés de reconstrucció després d'una guerra civil intensa.

Pedro Alonso, Clara Menéndez i la seva família passaven la vida a cavall entre Barcelona i Ifakara. El Pedro recorda: “Moçambic era un dels països més pobres del món, era lluny i nosaltres érem lluny”. “I sobretot, érem pocs!”, emfatitza. La Unitat d'Epidemiologia i Bioestadística es trobava encara en uns despatxos petits en un lloc perdut de l'Hospital Clínic. Crear un centre de recerca en un país africà suposava embarcar-se en un projecte de gran envergadura. Un pas valent, tenint en compte els recursos limitats de la Unitat i el gran volum de feina ja generat a Tanzània. La prioritat de Manuel Corachan i Joaquim Gascon era consolidar el treball clínic i el servei d'atenció al viatger. Mentrestant, “tot el pes científic de la Unitat d'Epidemiologia requeia sobre la Clara, el John Aponte i jo”, diu el Pedro. “Teníem els assajos de la vacuna a Tanzània, més els altres estudis de malària i anèmia, i al mateix temps ens proposaven muntar una infraestructura nova en un altre país... Mirat retrospectivament, era una bogeria!”

Malgrat això, van decidir *llançar-se a la piscina* i anar a Moçambic a investigar les possibilitats que oferia. El 1994 Joaquim Gascon hi va viatjar amb el director de Medicus Mundi per conèixer el país i buscar un indret on establir un centre de recerca. En col·laboració amb el Ministeri de Salut moçambiquès, van visitar diferents llocs, buscant una zona rural i sense una gran influència d'ONG. Manhiça, un poble a 80 km al nord de Maputo, la capital del país, va ser un dels indrets que van visitar, però aquesta opció va ser descartada inicialment perquè en aquell moment ja hi havia la presència de Metges Sense Fronteres.

Es van valorar llavors les possibilitats a Montepuez, una zona rural al nord del país i buida d'organitzacions internacionals, i on hi havia grans necessitats assistencials. Al final, també aquesta zona es va descartar com a opció per muntar un centre de recerca. La dificultat que hauria suposat el tema logístic en un lloc tan remot va fer que no fos factible. Malgrat això, el viatge a Montepuez no va ser en va. Poc després, Medicus Mundi hi va començar un projecte assistencial (l'inici de l'activitat actual finançada per l'AECID en aquella província) i Manuel Corachan hi va començar un estudi d'esquistosomiasi.

L'any següent, el 1995, el Pedro va viatjar a Moçambic en un segon intent de trobar un lloc adequat on establir un centre de recerca. "Buscàvem zones rurals on hi hagués una unitat de salut. Que fossin properes a l'aeroport, a un màxim de 150 km de Maputo, per aprofitar l'avantatge d'estar a prop de Sud-àfrica, com a país proveïdor." Entre altres llocs, va visitar una altra vegada Manhiça, on Metges Sense Fronteres ja havia acabat els seus projectes. Finalment, es va decidir que aquell seria el lloc idoni.

Una barreja entre l'Alentejo portuguès i un típic poblat africà, Manhiça és un petit poble a la vora de la principal, i per molt de temps, única, carretera que uneix el nord i sud de Moçambic. Aleshores, el país acabava de sortir d'un període de gairebé tres dècades de guerra...

La situació política a Moçambic

Portugal, el més pobre dels països colonials, havia fet poc per invertir en el desenvolupament econòmic de les seves colònies i molt per explotar-les. A Moçambic va marginar la població africana del sistema educatiu, administratiu i empresarial, imposant fortes restriccions en l'obtenció de llocs de feina, l'educació i la

gestió de negocis propis, entre altres coses.⁷

Després de deu anys de conflicte per la independència, el Front d'Alliberament de Moçambic (FRELIMO per les seves sigles en portuguès) va assumir el poder el 1975. Llavors, una gran part de la població portuguesa ho va abandonar tot de la nit al dia,

i va fugir de tornada a Europa, deixant enrere el llegat d'una història d'exploració, causant grans estralls econòmics i desestabilitzant les poques estructures que hi havia.

El que va passar gairebé immediatament després només es pot entendre dins del context geopolític mundial del moment. En poques paraules i simplificant moltíssim, Moçambic es va convertir en un punt estratègic i un camp de joc per als dos grans blocs de la guerra freda. Durant setze anys, s'hi va lliurar un conflicte —manipulat i finançat des de l'exterior— entre el govern del FRELIMO, sostingut pel bloc soviètic, i la força guerrillera Resistència Nacional de Moçambic (RENAMO), creada i sostinguda per Zimbàbue i després Sud-àfrica.

Amb el final dels anys vuitanta va arribar la caiguda del mur de Berlín, la fi de la guerra freda, la de l'*apartheid* a Sud-àfrica i, amb tot això, la pau a països com Moçambic. La guerra civil va acabar el 1992, amb una llista de xifres que tan sols són una aproximació a les reals i de tal magnitud que costa gairebé concebre-les.



Maputo té actualment una mica més d'un milió d'habitants i és un gresol de cultures. Les dominants són la bantu i la portuguesa, però també té influències de les cultures àrab, xinesa i índia.
© Hansueli Krapf

Un milió de moçambiquesos hi van perdre la vida i una tercera part de la població va ser desplaçada. La meitat de les escoles de primària i un percentatge similar dels centres de salut van ser destruïts o tancats.⁸ Un gran nombre de nens ho van deixar de ser i es van convertir en soldats. I no oblidem les terribles mines antipersones, que van ser plantades arreu del país, i que quan van explotar van causar amputacions a un nombre incommptable de víctimes fins a ben acabada la guerra.

Les infraestructures nacionals i el teixit social van quedar fets miques, i la desconfiança general va impregnar tots els àmbits, des del personal fins al públic.

⁸ Ídem, ib.

⁷ Hanlon J. "How the cold war shaped Mozambique today." Article presentat en la conferència Legacies of conflict, decolonisation and cold war, de la London School of Economics IDEAS/IPRI, feta a Lisboa del 28-29 de maig de 2010.

El poble de Manhiça

Aquest era el teló de fons de l'escenari al qual va arribar Pedro Alonso en aquella visita a Manhiça ja fa gairebé vint anys. “El poble eren uns pocs carrers amples amb cases colonials, mig abandonades o ensorrades, i cases de canya que avui dia formen la major part del poble i que es deien ‘barris dels desplaçats’, pels que hi vivien durant la guerra”, recorda el Pedro. Feia només un instant que havia acabat el conflicte armat, encara es veien tanques als costats de la carretera amb senyals de perill. “Els cascos blaus de Nova Zelanda no havien acabat de desminar la zona”, afegeix.



Des dels afores del poble de Manhiça es veu l'extensió de la vall del riu Komati (Inkomati en portuguès).
© Arxiu ISGlobal

Encara que no ha deixat de tenir la mateixa estructura de carrers amples i algunes cases colonials, el poble, expliquen els veïns, ha crescut i ha canviat molt aquests vint anys. Abans, “no hi havia res”, diuen. Avui, té més població i presumeix d'un nou supermercat de gran superfície, alguns carrers asfaltats, botigues, gasolineres, uns quants caixers automàtics amb llargues cues de clients, i algun hotel i restaurant més.

A uns pocs minuts de la carretera principal, per un dels carrers d'antigues cases colonials on els gossos vagaregen buscant una mica de menjar, s'arriba a l'Hospital de Manhiça. Just al davant, a l'altra banda d'un carrer adornat amb unes acàcies enormes, hi ha el que és avui el Centre de Recerca en Salut de Manhiça (CISM per les seves sigles en portuguès i en castellà).

Manhiça es troba en una petita elevació des d'on es veu el paisatge extens i verd de la depressió del riu Komati (Inkomati en portuguès): les ribes del riu van servir d'amagatall durant la guerra civil i alberguen ara una enorme plantació de canya de sucre. De vegades, plou cendra sobre el poble quan bufa el vent durant l'època de la crema de la canya. En la llunyania, a l'altra banda de la depressió del riu, les dunes oculten l'oceà Índic.

Manhiça es troba en una petita elevació des d'on es veu el paisatge extens i verd de la depressió del riu Komati (Inkomati en portuguès): les ribes del riu van servir d'amagatall durant la guerra civil i alberguen ara una enorme plantació de canya de sucre. De vegades, plou cendra sobre el poble quan bufa el vent durant l'època de la crema de la canya. En la llunyania, a l'altra banda de la depressió del riu, les dunes oculten l'oceà Índic.

El Centre de Recerca en Salut de Manhiça

“Quan vam començar, això era un descampat amb uns pocs edificis abandonats construïts per l'Agència de Cooperació Suïssa per impartir formació”, recorda Pedro Alonso, en referència al recinte que ara alberga el CISM. A l'altra banda del carrer, llavors un sorral sense asfaltar, “l'hospital estava pràcticament buit. Era fosc, faltaven bombetes, no hi havia llits i quan n'hi havia no tenien matalàs. Existia la capacitat de fer cirurgia, però no hi havia cap cirurgia”.



Així era als anys noranta el carrer on avui dia hi ha el CISM.
© Arxiu Pedro Alonso

Sobretot, i com si es tractés d'un edifici fantasma, el que més cridava l'atenció era l'absència gairebé total de pacients. Hi havia només un metge per a tot el districte de Manhiça, però la major part del temps no hi era. Com en molts altres centres sanitaris de Moçambic, i igual que en altres països veïns amb recursos humans escassíssims en els serveis de salut, l'hospital depenia dels tècnics sanitaris. En força districtes de Moçambic, unitats administratives de fins a 150.000 persones o més no tenien ni un sol metge per atendre la població.

“Al principi, el 1995, la direcció del districte ens va donar una caseta on viure i ens va deixar una saleta a l'edifici d'administració de l'hospital, on vam posar un parell d'ordinadors. Ens hi vam estar els dos primers dos anys, abans de poder construir el que avui és el CISM”, explica Pedro Alonso.

A part de dos cartells enunciant-ho, poca cosa més delata des de fora el que hi ha a l'altre costat de les parets blanques que envolten el CISM avui dia. Ningú no diria que darrere la porta d'entrada es troba un dels centres de recerca més prestigiosos de l'Àfrica. Costa imaginar-ho sense veure-ho, però entrar al CISM és com endinsar-se en un altre món. No per l'aparença externa del jardí ben cuidat, o les *payotas* (cabanes), o els edificis baixos blancs i vermells, que per dimensions i disseny no presenten cap imatge fora de context, sinó pel que s'hi porta a terme, pel que es concentra en aquell espai relativament petit: una tecnologia d'alt nivell i experts amb prou capacitat per utilitzar-la.

Endinsar-se en el CISM és ficar-se en un univers de microscopis, làmines, neveres, congeladors, ordinadors i altres aparells. Laboratoris de parasitologia, hematologia, immunologia i microbiologia molecular, sala de neveres i congeladors, centres de dades i de demografia, unes quantes oficines, una sala d'investigadors, una *payota* que serveix de menjador i una altra que fa d'espai obert de reunions, a més d'uniques habitacions per allotjar les visites... Les entranyes del CISM realment impressionen i ofereixen un contrast enorme amb el món exterior de carrers de sorra vermellosa sense asfaltar, i amb les estadístiques que persisteixen a classificar a Moçambic entre les nacions més pobres del món.

Els laboratoris del CISM disposen de tecnologia d'última generació.
© Andalu Vila San Juan



A través de les finestres dels laboratoris es veu els tècnics amb bates blanques treballar amb precisió utilitzant tecnologia d'última generació. Està a l'ordre del dia fer cultius i buscar respostes en la sang per entendre qui està protegit de la malària i qui no, descriure les respostes cel·lulars al VIH o analitzar el serotipus de pneumococ causant d'una pneumònia, per esmentar tan sols algunes activitats. Durant



Al CISM es duen a terme fins a una mitjana de vint-i-cinc estudis alhora.
© Olivia Blanchard

Barcelona. El camí pel que s'ha transitat des de llavors fins ara ha estat d'evolució contínua i salts galopants. L'objectiu, sempre clar i sempre el mateix des del principi: establir un centre de recerca per contribuir a donar resposta a les principals malalties que afecten la població. L'enfocament primer es va posar en la realització d'estudis epidemiològics descriptius i després en el desenvolupament de noves eines de prevenció, diagnòstic i/o tractament.

“No volíem ser investigadors ‘paracaigudistes’ com fan molts grups europeus i americans, que arriben a un hospital, agafen mostres, i se'n van als EUA o a Europa a analitzar-les. Tot i que surt força més car fer-ho a Manhiça, ja que mantenir l'equip al dia i certificat costa uns 100.000 \$ l'any”, explica Pedro Alonso, “és crucial, això, fer-ho en el terreny. Literalment, poder creuar el carrer des d'on hi ha el problema i emprar la tecnologia més avançada del món per mirar d'entendre millor aquest problema”. La malària, la principal causa de malaltia a Moçambic, ha estat el vaixell almirall del CISM fins ara. El VIH/sida, la tuberculosi, les malalties respiratòries i les diarrees són també molt freqüents al país, i per això són igualment prioritàries per a la recerca del CISM.

“I en la nostra visió d'un centre de recerca”, continua el Pedro, “una responsabilitat amb la població és oferir assistència mèdica. No pots fer recerca sense oferir assistència mèdica, i no pots oferir

assistència mèdica sense reforçar la capacitat del capital humà. Això sí que ho teníem claríssim des del primer dia. La formació i l'assistència són inseparables de la recerca.”

L'assistència clínica a l'Hospital de Manhiça

En conseqüència, una de les prioritats des del principi va ser donar suport a l'Hospital de Manhiça. Juntament amb dues persones més, la doctora Montse Soriano va ser la primera metgessa contractada des de Barcelona el 1996 per anar a viure i treballar a Manhiça. Va començar a treballar a l'hospital alhora que dos metges moçambiquesos. Ara està instal·lada a Berlín i fa memòria d'aquells anys. “Recordo molt bé el meu primer dia”, explica. “Les consultes externes estaven buides i tan sols hi havia alguns adults pacients crònics, malalts de tuberculosi i, per l'aparença, probablement també de VIH/sida, que s'estaven morint. La sala per a nens era molt petita i només n'hi havia uns pocs. Gairebé no hi havia personal, i vam reclutar una sèrie d'infermers. Un hospital d'aquestes característiques a Moçambic tenia tan sols un infermer, i amb sort.”

Montse Soriano camina cap a les cases de palla a Manhiça el 1997. Tot i que encara es veuen construccions de palla i canya, el poble “ha canviat molt”, diuen els veïns.
© Arxiu Montse Soriano



Les raons per les quals la gent no arribava a l'hospital eren diverses. Que no els calgués, de ben segur no n'era una. Era comú que la gent anés als curanderos tradicionals, a Maputo, o que ajornessin la visita al metge fins que no ja fos gaire urgent. A més, quan arribaven, sovint trobaven que no hi havia personal, o medicaments, o recursos, i això generava més desconfiança en els serveis de salut.

“En la comunitat encara hi havia molta desconfiança”, recorda la Montse. “Feia poc temps que havia acabat la guerra i Manhiça era una zona minada. Hi havia gent que s'havia refugiat a Maputo i en aquella època tornaven al poble. De vegades arribaven persones a l'hospital que havien patit agressions greus. Una vegada, va venir un amb un cop de matxet al cap, amb tot al des-



La tècnica sanitària Magdalena Ripinga explora un nen amb malària a l'edifici d'Internament de Curta Durada, a l'Hospital de Manhiça.
© Olivia Blanchard

cobert. Hi havia molta violència, si algú havia robat alguna cosa del veí, l'apallissaven. En una d'aquestes guàrdies en què havíem vist algú traumatitzat, un infermer ja gran de l'hospital em va dir: “Doctora, no oblidis que fa poc ens estàvem matant els uns als altres, hem comès atrocitats, i tot això ha quedat en la gent’.”

A poc a poc, van començar a arribar cada vegada més pacients. En un termini relativament curt, allò va passar de ser un hospital fantasma a un centre on s'atenia una mitjana de 125 nens al dia.

El nom de Magdalena Ripinga és un altre dels que ressonen pels passadissos de l'Hospital de Manhiça, i és que aquesta dona és tota una institució. És una de les tècniques sanitàries més veteranes de l'hospital, i va ser una de les primeres contractades pel CISM: fa disset anys que hi és. Actualment treballa a l'edifici d'Internament de Curta Durada, on s'estabilitza els nens abans de decidir si els cal ser hospitalitzats o poden tornar a casa. Sobre quins són les malalties més típiques que hi veu, diu: “Depèn de l'època. A l'estiu, hi ha molta diarrea, gastroenteritis i malària, que baixa a l'hivern, quan es veuen més infeccions respiratòries i pneumònies”.



L'Hospital de Manhica ha evolucionat molt al llarg dels darrers vint anys.
© **Olivia Blanchard**

“L'hospital ha canviat força. Quan jo vaig arribar el 1997, només hi havia un lloc de socors i unes petites estructures. Els adults i els nens eren atesos en el mateix lloc”, relata, mentre es prepara per atendre un petit de quinze mesos d'edat que té diarrea a causa de la malària, i a qui van començar a donar tractament en un altre centre quatre dies abans però no millora. “Aquest nen l'hem d'internar perquè viu molt lluny i pel camí pot empitjorar”, explica després d'explorar-lo. “Aquí la mortalitat en els nens ha baixat força. Ara la gent, com aquesta mare, tenen més coneixements sobre les malalties i la prevenció, i arriben abans.”

Una unitat de pediatria, més habitacions per als ingressats, consultes, lavabos, un bloc quirúrgic, una maternitat... Són algunes de les noves estructures que s'han construït o rehabilitat a poc a poc al llarg del camí, gràcies al finançament de l'AECID, gestionat a través del CISM, i al de la Unió Europea, administrat pel Ministeri de Salut de Moçambic. “Quan ofereixes una certa atenció i qualitat, la gent fa ús dels serveis”, explica Pedro Alonso. Avui dia el nou pavelló, amb la zona d'espera de les consultes externes, està ple de gom a gom de persones esperant a ser ateses, una imatge insòlita en el passat.

Les plataformes de demografia, geografia i morbiditat

Alhora que es reactivava l'Hospital de Manhica, l'altra gran prioritat quan es va començar el 1996 va ser fer un cens de la població. Sovint, la gent neix i mor a l'Àfrica sense haver existit mai en cap registre. “Avui censen la població i potser deu anys més tard ho tornen a fer. Si neixes després d'un cens i mors abans del següent, mai no ets registrat. Quina indignitat més gran, no haver existit mai al món!”, exclama el Pedro.

“En el cas de Moçambic”, explica Ariel Nhacolo, demògraf del CISM, “amb la guerra civil, vam estar disset anys sense fer un cens, i abans de la independència, el cens només incloïa la població blanca europea.”

“Però si vols investigar i fer un seguiment precís d'una població, tenir un cens és molt important”, continua el Pedro. “Per fer-ho, vam seguir tres passos. Primer, vam definir una àrea geogràfica d'estudi. Segon, vam haver de pensar a tothom que hi viu, és a dir, vam registrar tota immigració, emigració, naixement i mort que té lloc dins de la zona d'estudi. És el que anomenem la nostra *plataforma demogràfica*. Tercer, vam registrar quines patologies té la població, que és el que anomenem la *plataforma de morbiditat*. La intersecció d'aquests tres elements, el cens demogràfic i la vigilància de morbiditat en una àrea geogràfica definida, és una eina de recerca ben poderosa. El nostre va ser el primer cens poblacional amb aquestes característiques que es va fer a Moçambic.”

Un centre de dades va ser un dels primers espais que es va construir al CISM.
© **Arxiu Llorenç Quintó**



Des del començament, l'equip del CISM va treballar amb els líders comunitaris per mapar els barris de la zona d'estudi. Es va

contractar un gran volum de personal per sortir a la comunitat i, una per una, enumerar les portes de cada casa i censar els individus que hi vivien.

“La zona d'estudi de Manhica s'ha ampliat amb el pas del temps”, explica el Pedro. “Al principi, la que ara anomenem zona antiga d'estudis era de 35.000 perso-

nes i tenia una àrea d'uns 500 km². Fa poc teníem 94.000 persones, i ara ja estem a punt de cobrir tot el districte i arribar a 150.000 persones.”

Avui dia, si es vol fer, per exemple, un estudi amb nens en una franja d'edat determinada en una àrea específica del districte, pràcticament tocant una tecla es pot obtenir de la base de dades qui viu en cada lloc i quina edat tenen. Però això no seria possible si no fos per la feina que fa un gran equip de persones per mantenir la informació actualitzada. Els treballadors de camp que enumeren les cases, els que fan les entrevistes per recollir la informació demogràfica, i els supervisors.

A més, els líders comunitaris mantenen els demògrafs informats setmanalment de qualsevol naixement, mort, embaràs i migració que pugui tenir lloc en el temps, entre una visita i una altra del personal del CISM al barri. I cada dia es recull informació clínica de cadascun dels sis centres de salut de la zona d'estudi (incloent-hi l'Hospital de Manhica). “Al final del dia, en cada centre de salut sabem quants nens estaven malalts, el diagnòstic de cada nen



Cada dia els treballadors de la Unitat de Demografia del CISM, com Albino Chilale, surten a la comunitat per actualitzar la informació demogràfica.
© **Olivia Blanchard**

i el resultat, si va ser internat, si va tornar a casa seva o si va ser derivat a Maputo. Al final del mes veiem la distribució de les malalties a Manhica, una perspectiva que utilitzem per poder fer programes de recerca”, diu Charfudin Sacoor, responsable de la Unitat de Demografia del CISM. Es pot saber, per exemple, quines són les zones que

tenen més episodis de malària i on es concentren les infeccions. O, com que es registren totes les embarassades, es pot fer un seguiment de les morts neonatals a la zona, una cosa impensable en pràcticament qualsevol altre lloc del continent.

La importància de tenir aquesta informació demogràfica i clínica actualitzada és d'una rellevància indescriptible per a tot el programa de recerca del CISM. Com diu el Charfudin, la Unitat de Demografia és “la catifa vermella de les grans passarel·les per on passen tots els projectes de recerca”.

La construcció dels primers laboratoris del CISM

Un cop transcorregut el primer any de treball, va arribar el moment de començar a muntar el Centre de Recerca pròpiament dit, amb el primer laboratori, el 1997. Va caldre construir tota una estructura de recerca partint de zero, contractar i formar nou personal, i comprar materials de laboratori.



El CISM ha crescut progressivament, segons les necessitats dels estudis de recerca.
© **Arxiu ISGlobal**

espais. Dues sales es van transformar en oficina i centre de dades, i el que en algun moment devia servir com a aula de formació es va convertir en el primer minilaboratori del CISM.

L'any 1997 es va transformar una sala en el primer laboratori del CISM.
© **Arxiu Llorenç Quintó**

“Quan començàvem a Manhica”, recorda l'estadístic Llorenç Quintó, “aconseguir el material no era com ara, que tenim un departament de compres. Abans calia comprar-lo a Barcelona. Aconseguir les caixes, que no era tan fàcil. Anar al magatzem de



l'Hospital Clínic i preguntar si tenien alguna caixa, de tal mida o de tal altra. Els dèiem: 'Doncs me la guardeu, que la necessito per demà'. Després muntàvem les caixes, les pesàvem, en preníem les mides, les omplíem, fèiem el paquet i, al final, l'enviàvem. Tot això, potser ho feia l'estadístic o potser la secretària. Els pocs que érem a Barcelona.”



El CISM es va inaugurar oficialment amb la visita de S. M. la Reina Sofia (a la foto, al costat de Montse Soriano) el 1998.
© Arxiu Montse Soriano

El 1998, quan S. M. la Reina Sofia va anar a inaugurar oficialment el CISM, ja hi havia laboratori i, en un nou pavelló, una sala d'investigadors, biblioteca i centre de dades. Des de llavors, la instal·lació de laboratoris i l'adquisició de nous aparells han crescut progressivament segons les necessitats del programa de recerca. Sempre s'han aprofitat els edificis existents quan era possible,

i se n'han construït de nous quan ha calgut. "A mesura que el Centre es quedava petit, l'ampliàvem. Així que hem estat gairebé sempre fent obres!", diu Pedro Alonso.

La capacició i la formació del personal

Un laboratori o un hospital poden tenir la tecnologia més avançada del món, però si no hi ha investigadors o personal de salut capacitats per utilitzar-los, es converteixen en espais obsolets. Des de la capacició més bàsica d'un nou microscopista fins als estudis de doctorat, la formació tècnica i la d'investigadors han estat un puntal del treball del CISM.

El Programa de Formació d'Investigadors està en marxa des dels inicis. Segueix el concepte de *creació i enfortiment de capacitats*, i intenta contrarestar les seqüeles negatives del fenomen migratori conegut com a *fuga de cervells*. Els investigadors comencen treballant en projectes del CISM i entren en un programa que mitjançant una beca els forma a nivell de màster i doctorat. És comú que passin una part del temps als laboratoris de recerca de Barcelona, i sempre s'ocupen de temes de salut prioritaris a Moçambic. Una vegada finalitzat el programa, tornen a treballar al seu país, al CISM, a les institucions sanitàries o a la Universitat de Moçambic. De fet, l'Hospital Clínic i la Universitat de Barcelona són dos grans socis acadèmics de Moçambic; s'hi han format molts dels investigadors moçambiquesos, i és on més títols de doctor els han estat atorgats.



El tècnic de laboratori Crisóstomo Messias (a l'esquerra) comenta la preparació d'un nou estudi amb Hélder Bulo, el responsable dels laboratoris del CISM.
© Olivia Blanchard

Com diu l'estadístic Llorenç Quintó, "podríem haver anat per fer un estudi i una vegada enllestit l'estudi haver-lo publicat i aquí s'acaba la història. Però la visió que tenim nosaltres de cooperació a través de la formació és molt important. Ultrapassa els límits de la recerca".

Cal ressaltar que l'intercanvi de coneixements i la formació no han estat pas unidireccionals. "Moltes vegades, quan comptabilitzem la gent formada a Manhiça, cometem l'error de comptar només els moçambiquesos", diu el doctor Eusébio Macete, director del CISM. Per contra, els programes de formació han beneficiat tant professionals de Moçambic com de Barcelona i d'arreu del món. "La formació de metges espanyols que fan part de la residència o del doctorat a Manhiça, o la presència d'estadístics que hi fem anàlisis de recerca, han estat constants", diu el Llorenç.

En suma, durant la segona meitat de la dècada dels noranta es van assentar els fonaments del CISM. Els esforços es van concentrar en la implantació del cens i el sistema de vigilància demogràfica i de morbiditat, i en la construcció dels primers laboratoris. Es van establir relacions sòlides amb la comunitat i es van fer els primers estudis epidemiològics. La rehabilitació de l'hospital, l'assistència clínica i la contractació i formació de personal també van ser activitats crucials. Es va iniciar la formació d'investigadors a través de programes de màster i doctorat. Des del començament, els tres eixos, assistència, formació i recerca, van estar presents.

Mentre es feia tot això a Manhiça i continuaven els estudis i altres activitats a Ifakara, el treball assistencial a Barcelona també va continuar evolucionant. El nombre de pacients que arribava a la Secció de Medicina Tropical augmentava cada vegada més, i es va consolidar el servei de consell al viatger internacional.

A final dels noranta Manuel Corachan va ser escollit president de l'Associació Europea d'Escoles de Medicina Tropical (TropMed-Europ), en la qual l'Hospital Clínic havia estat admès a final dels vuitanta. El 1998, el mateix any en què S. M. la Reina Sofia va viatjar a Moçambic per inaugurar oficialment el CISM, a Espanya es va crear la Societat Espanyola de Medicina Tropical i Salut Internacional (SEM-TSI), impulsada per l'Hospital Clínic i amb Manuel Corachan com a primer president.

De l'Àfrica subsahariana al Magrib: el projecte del Marroc

Com si tot això fos poc, en el darrer sospir del segle passat va passar una altra cosa que va resultar una nova fita en la relació entre l'Hospital Clínic i l'AECID. L'escenari el va posar el Marroc, on, en el context dels acords de cooperació bilaterals, l'Hospital Clínic va assumir la responsabilitat de rehabilitar i posar en marxa la Maternitat de l'Hospital Espanyol de Tetuan.⁹

La frontera entre el Marroc i Espanya (i per tant, entre l'Àfrica i Europa) concentra les desigualtats més grans en desenvolupament humà que hi ha entre dos països a escala mundial; els 12 km de separació de l'estret de Gibraltar simbolitzen les grans bretxes que hi ha pel que fa a ingressos, salut o educació i les desigualtats globals.



La Maternitat de l'Hospital Espanyol de Tetuan es va convertir en un centre de referència, i també es va crear un servei d'ambulàncies.
© Susana Oñoro

⁹ PNUD, Informe de Desenvolupament Humà 2011.

Al Marroc, els reptes principals en l'àrea de la salut maternoinfantil i reproductiva són la millora de la qualitat de l'assistència sanitària, i la reducció de les desigualtats persistents en l'accés i la utilització dels serveis de salut reproductiva, ocasionades per les marcades diferències socioeconòmiques i entre el medi urbà i el rural. La mortalitat neonatal, que representa el 66% de la mortalitat infantil, es deu sobretot a una atenció inadequada durant el part o el postpart.

En el marc del programa "Maternitat sense risc", entre el 1999 i el 2011 la Maternitat de l'Hospital Espanyol de Tetuan es va convertir en un centre d'atenció materna i neonatal de referència a nivell nacional, atenent 20.000 parts i 15.000 consultes prenatales i introduint pràctiques noves per al conjunt del sistema nacional de salut. També es van construir i es van rehabilitar cases de part, i es va posar en marxa un servei d'ambulàncies per a urgències obstètriques i neonatals. Aquest programa nacional ha contribuït a fer que la taxa de mortalitat materna al Marroc es reduís de 300 ca-



Milers de dones marroquines han assistit a consultes prenatales gràcies al programa "Maternitat sense risc".
© Susana Oñoro

100 casos per cada 100.000 nascuts vius l'any 1990 a 100 casos per cada 100.000 nascuts vius el 2010.

A més de les activitats assistencials, i com a part del suport ofert a la Delegació Provincial de Salut de Tetuan, es van fer una sèrie d'estudis sobre les causes de la mortalitat materna i infantil, la cobertura del programa ampliat de vacunació i les barreres d'accés als serveis de salut materna.

La història del projecte del Marroc va continuar en la primera dècada del segle XXI. A partir del 2009, també allà es va posar el focus d'atenció en la recerca biomèdica en temes de rellevància per al sistema nacional de salut. Malgrat els progressos importants en salut infantil, les infeccions respiratòries agudes i les diarrees encara són algunes de les principals causes de mortalitat en menors de cinc anys. Com en els altres contextos, l'evidència científica és crucial per contribuir a l'enfortiment de les polítiques i els programes de salut.

En conseqüència, en coordinació amb el Ministeri de Salut del Marroc i el Centre Hospitalari Universitari Ibn Sina de Rabat, es va posar en marxa el primer laboratori dedicat a la recerca biomèdica del sistema hospitalari al Marroc. Aquest laboratori "està destinat de manera específica a fer recerca i donar suport als estudis que equips marroquins i de l'Hospital Clínic fan conjuntament", diu Enric Grau, responsable del projecte del Marroc del

2002 al 2012. Els últims anys, un equip d'investigadors de Rabat i Barcelona han desenvolupat estudis sobre malalties diarreiques i respiratòries agudes en nens menors de cinc anys, epidemiologia i etiologia de la meningitis en nens menors de quinze anys, i epidemiologia i factors de risc de la transmissió d'infeccions mare-fill, entre altres temes.

Les activitats de formació han estat un component essencial de la cooperació bilateral per desenvolupar les capacitats i les estructures locals, tant en l'àmbit clínic com en el de recerca. En col·laboració amb l'Institut Nacional d'Administració Sanitària, lligat al Ministeri de Salut del Marroc, es va dissenyar i es va posar en marxa un Diploma en Epidemiologia i Bioestadística. Així mateix, en col·laboració amb la Universitat de Fes i la Fundació Lalla Salma, es va desenvolupar la primera plataforma de formació *e-learning* al país, sobre detecció precoç del càncer de cèrvix. Recentment, la col·laboració amb la Universitat Mohamed V - Souissi ha permès la creació del Diploma en Reanimació Neonatal i del Diploma en Cures Obstètriques i Neonatals d'Urgència.

A més, inspirant-se en el model del Centre de Recerca en Salut de Manhiça, s'ha implementat el programa "Research Fellowships" (de beques de recerca), una oportunitat per al desenvolupament de les capacitats i la carrera professional dels joves investigadors mitjançant la realització de màsters i doctorats entre universitats europees i marroquines. Una vegada més, destaca la confluència de l'assistència, la formació i la recerca com a eixos de treball.

Totes aquestes activitats no haurien estat possibles sense la dedicació de nombrosos investigadors i professionals de la salut i d'altres disciplines, principalment del Marroc i Espanya; ni sense el suport de l'AECID i l'Obra Social de la Fundació "la Caixa".

En la dècada del 2000, també va seguir endavant el treball que es duia a terme a Barcelona i Moçambic, com es veurà en el proper capítol. La recerca es va enlairar definitivament. En certa manera, els anys noranta van ser l'entrant del plat fort que vindria després. Tot just sonar les campanades del nou mil·lenni, es va obrir un nou capítol importantíssim en aquesta història de trenta anys.



**L'eclosió de la
recerca al CISM
i la creació del
CRESIB**

Un nou avenç en l'àmbit de la salut internacional

El principi del segle XXI va ser explosiu. El treball de recerca en temes de salut internacional va créixer exponencialment i en molt poc temps. El motiu, una confluència de factors. El principal va ser l'eclosió de la recerca al CISM, a Moçambic, a causa de l'inici gairebé simultani de dos estudis de gran envergadura: els assajos de la vacuna de la malària de GlaxoSmithKline (GSK) i un nou estudi d'IPTi. L'impacte es va notar no només al CISM —que va passar de tenir 60 empleats a més de 250—, sinó també a milers de quilòmetres, a l'Hospital Clínic de Barcelona, on els recursos i el personal dedicats a la recerca en temes de salut internacional es van incrementar de manera notable.

I tot això no va passar en un buit; el context global del moment va ser propici per a aquest creixement en recerca. Al principi de la dècada del 2000 es van fixar els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni, que incloïen metes força ambicioses en les quals la Secció de Medicina Tropical ja treballava: la malària i la mortalitat materna i infantil. I la creació de la Fundació Bill i Melinda Gates, entre altres iniciatives filantròpiques que van sorgir en l'època, va contribuir a posar les prioritats de salut internacional en l'agenda política mundial i a aconseguir un reconeixement més gran del paper de la innovació i de la recerca com a eines de desenvolupament.

Els assajos de la vacuna de la malària que van fer història

Els estudis més sonats de la història del CISM fins ara han estat sens dubte els assajos de la vacuna RTS,S, de la farmacèutica GSK, liderats per Pedro Alonso. Tot va començar l'any 2000, quan la Fundació Bill i Melinda Gates va assumir el repte de finançar el desenvolupament d'aquesta vacuna i va triar el CISM per dur a terme els estudis de fase II en nens d'un a cinc anys d'edat. El 2001 es va fer un estudi pilot amb 60 nens, seguit per un altre de més gran amb 2.000 nens, anomenat MAL 026. Arran d'això, el CISM va créixer en tots els sentits. Es va contractar i es va formar nou personal, es va reforçar el treball



Els primers assajos de la vacuna RTS,S de la farmacèutica GSK van començar a Manhica el 2001.
© Fundació Bill i Melinda Gates

L'article amb els primers resultats de l'estudi de la vacuna va aparèixer en el recull Vintage papers from The Lancet com un dels cent millors publicats en la història de la revista.
© Arxiu Pedro Alonso

de camp i es va millorar la Unitat de Demografia, així com els laboratoris de microbiologia i parasitologia.

El pediatre Quique Bassat, que amb una vocació precoç per la medicina tropical ja havia visitat Manhica com a estudiant de Medicina, va ser al CISM el 2003 per ajudar en la documentació d'esdeveniments adversos i seguretat en un dels assajos, el MAL026. Ara torna a viure a Manhica i recorda a propòsit d'aquell assaig: "Vam trigar un mes a vacunar tots els nens, i després calia donar-los una altra dosi al cap d'un mes i una altra al cap de dos. Van ser els mesos més intensos de la meua vida professional, treballant juntament amb l'equip de vacunació, de set del matí a onze de la nit cada dia. Vam fer un estudi gegantí. No he vist mai res tan complex per als mitjans que teníem en aquell moment. Aquest va ser el primer gran estudi que es va fer de la vacuna i el que va permetre donar el tret de sortida a molts altres estudis que van arribar després."

tació d'esdeveniments adversos i seguretat en un dels assajos, el MAL026. Ara torna a viure a Manhica i recorda a propòsit d'aquell assaig: "Vam trigar un mes a vacunar tots els nens, i després calia donar-los una altra dosi al cap d'un mes i una altra al cap de dos. Van ser els mesos més intensos de la meua vida professional, treballant juntament amb l'equip de vacunació, de set del matí a onze de la nit cada dia. Vam fer un estudi gegantí. No he vist mai res tan complex per als mitjans que teníem en aquell moment. Aquest va ser el primer gran estudi que es va fer de la vacuna i el que va permetre donar el tret de sortida a molts altres estudis que van arribar després."

Els primers resultats dels assajos van tenir una repercussió mediàtica internacional massiva, van ser portada als principals diaris d'arreu del món i es van publicar en la revista *The Lancet* el 2004. Demostraven que la vacuna de GSK donava una protecció davant la malària del 30%, llindar establert com a mínim perquè una vacuna sigui una eina útil per a la salut pública. Va ser una fita científica que va contribuir de forma clau a la consolidació dels projectes de Barcelona i del CISM. Al llarg de més de catorze anys, el CISM ha treballat de forma continuada en estudis que han resultat centrals en el desenvolupament clínic d'aquesta candidata a vacuna. En són exemples les pri-



Els primers resultats dels assajos de la vacuna RTS,S van ser portada a The New York Times.
© Arxiu Pedro Alonso

meres investigacions sobre immunitat en nens i nadons. O, posteriorment, el primer assaig de fase III, que obre la porta a un possible registre de la que seria la primera generació de vacunes contra la malària de la història.

L'estudi de Tractament Preventiu Intermitent en Infants

L'altre gran estudi, que va començar gairebé alhora que es van iniciar els assajos de la vacuna que acabem d'esmentar, va ser el de Tractament Preventiu Intermitent en Infants (IPTi per les seves sigles en anglès), liderat per Clara Menéndez. Després de l'èxit de l'estudi d'IPTi fet a Tanzània, citat en el segon capítol, el 2002 es va aconseguir finançament de la Fundació BBVA i de la Fundació Gates per crear un consorci, coordinat des de Barcelona, i per fer un nou estudi d'IPTi en diversos centres de recerca, incloent-hi el CISM.



L'estadístic John Aponte (a l'esquerra) ha col·laborat amb Clara Menéndez i Pedro Alonso durant gairebé vint anys. Va ser una de les primeres persones contractades per la Unitat d'Epidemiologia de l'Hospital Clínic.
© Arxiu ISGlobal

Els assajos clínics de la vacuna de la malària i l'estudi d'IPTi eren els primers estudis d'intervenció que es feien al CISM. Gonzalo Vicente va ser a Manhiça el 2002 com a administrador del Centre, amb el desafiament de gestionar l'inici de tots dos estudis. "El reptre era aconseguir que el Centre multipliqués gairebé per quatre els seus recursos i operacions, amb totes les complicacions logístiques associades a una zona rural a l'Àfrica: identificació i contractació de personal, construcció de laboratoris i instal·lacions i el seu manteniment, etc."



Inácio Mandomando (responsable de laboratori en aquell moment) i Carlota Dobaño es preparen per ensenyar el laboratori d'immunologia, acabat de construir, a Bill i Melinda Gates durant la visita d'aquests al CISM el 2003.
© Arxiu ISGlobal

L'impacte de l'estudi d'IPTi també va ser enorme, perquè va acabar sent aprovat per l'Organització Mundial de la Salut com a part de les eines en la lluita contra la malària, i perquè va oferir l'oportunitat d'enfortir la capacitat del CISM encara més i en conseqüència també la de l'Hospital Clínic, amb la construcció de laboratoris d'immunologia a tots dos llocs.

Carlota Dobaño, farmacèutica de formació i amb un postdoctorat en immunologia, va començar a treballar en la Unitat d'Epidemiologia i Bioestadística de l'Hospital Clínic a final del 2002. Va ser responsable de la part d'immunologia de l'estudi d'IPTi i de la construcció dels laboratoris necessaris per dur-lo a terme. Recorda com durant els seus dos primers anys va fer més d'arquitecta i logista que d'investigadora. Fins a aquell moment, al CISM només hi havia els laboratoris de parasitologia i microbiologia. Amb els fons destinats a l'estudi d'IPTi, es va poder construir un laboratori d'immunologia i es van comprar aparells de biologia molecular, per tal de fer una anàlisi més sofisticada i veure, per exemple, com creix un paràsit, o si respon a un tractament o no.

Un laboratori d'immunologia permet, entre altres coses, analitzar si les mostres tenen anticossos, és a dir, si les cèl·lules responen. Aconseguir fer això va ser un punt d'inflexió important, perquè a partir de llavors es va poder portar la recerca un pas més enllà, i estudiar els mecanismes subjacents que fan que funcioni una vacuna o no, o l'efecte que pot tenir un fàrmac en la immunitat d'una persona. "L'estudi d'IPTi va donar peu a tots els estudis immunològics i de biologia molecular que s'han fet fins ara", diu Carlota Dobaño. Encara es recorda de l'odissea que va suposar portar a Manhiça un citòmetre de flux, l'eina estrella del treball en immunologia cel·lular. "Allà, si tens un problema, no tens el tècnic al costat que ve i te'l resol, com aquí a Barcelona. Te n'has d'anar a Sud-àfrica", diu.

El creixement de les infraestructures a l'Hospital Clínic

Per aquell temps, la Unitat d'Epidemiologia de l'Hospital Clínic, liderada per Pedro Alonso, encara era, tan sols, una sala amb quatre despatxos al final d'un passadís a l'edifici de consultes externes. La Unitat no tenia laboratoris propis, i quan s'havia de fer alguna cosa puntual des de Barcelona, calia demanar ajuda a altres serveis afins, com havia fet l'investigador Alfredo Mayor durant el seu doctorat uns anys abans, quan va haver de demanar prestada una taula de laboratori als companys de microbiologia.

Els assajos de la vacuna RTS,S i l'estudi d'IPTi a Manhiça van canviar això. En paral·lel a les obres de construcció del nou laboratori d'immunologia al CISM, "a Barcelona van començar les reunions per buscar un lloc on posar un minilaboratori almenys, perquè de seguida enviaríem mostres de l'estudi a Barcelona i ens calia posar-nos a fer recerca aquí", relata Carlota Dobaño. "Al final ens van deixar una sala, i aquest va ser el nostre primer laboratori a l'Hospital Clínic. Les dues primeres persones a qui vaig contractar per treballar-hi van ser Laura Puyol i Elisa Serra."

En el món de la recerca científica, els estudis són una mena de carta de presentació. Si es desenvolupen bé i generen publicacions en revistes científiques de primera línia, amb una mica de sort atreuen nous projectes i més fons, i així successivament.

"Manhiça va nodrir Barcelona i viceversa", diu Alfredo Mayor. "És una sinergia absoluta. El treball que es feia al CISM servia perquè l'equip d'aquí continués creixent, perquè es podien fer estudis més complexos, immunològics, moleculars, etc. I alhora, la recerca que fèiem aquí a l'Hospital Clínic permetia que el CISM també anés creixent."

El nombre d'estudis va augmentar i l'espai a l'Hospital Clínic de seguida es va fer un altre cop petit per a les necessitats de la Unitat d'Epidemiologia i el que llavors era l'Àrea sis (l'àrea de recerca en salut internacional) de l'IDIBAPS. Es va contractar més personal de laboratori. Així ho explica Carlota Dobaño: "Vam aconseguir una altra cambra on fer els cultius de paràsits, de cèl·lules, i aviat ens van donar una petita sala. Vam anar ficant el peu aquí i allà. Després vam passar a una de més gran. Tot i que encara era un únic espai i on ja es feia recerca de malària, VIH, enteropatògens, malalties respiratòries..."

Però no només van ser els laboratoris els que van quedar petits davant aquell creixement. També ho van fer els sistemes administratius. Encara que, en nombre de personal de l'Hospital, les persones que treballaven en salut internacional eren relativament poques, el volum de finançament dels projectes representava una part desproporcionada a la Fundació Clínic. Amb la gestió simultània de projectes a Tanzània, el Marroc i Moçambic, va arribar un moment en què les estructures administratives de la Fundació ja no eren les adequades.

"Les necessitats econòmiques, logístiques i organitzatives d'aquests projectes són tan diferents, que l'estructura no servia, no estava dissenyada per a aquest tipus de recerca", diu Enric Grau. La Fundació Clínic estava preparada per gestionar els fons FIS dels projectes de recerca biomèdica en el marc d'un hospital universitari com l'Hospital Clínic. Però aquestes altres activitats presentaven una casuística ben diferent, amb els seus múltiples finançadors i fons en diferents divises, els viatges a l'estranger, la gestió del personal internacional, etc.

Per tant, el 2002 es va crear l'Oficina de Cooperació Internacional (OCI), una nova estructura dins de la Fundació Clínic, per a la gestió econòmica de tots els projectes de cooperació.

La creació de la Fundació Manhiça

En paral·lel a la creació de l'OCI a Barcelona, i davant la necessitat de garantir la sostenibilitat del CISM a llarg termini, el 2002 també es va començar a dissenyar el marc conceptual de la Fundació Manhiça. Va ser una de les responsabilitats de Gonzalo Vicente. “Tot un repte”, diu ell, en una època en què hi havia molt poques fundacions a Moçambic. Des que es va crear el CISM el 1996, la idea sempre havia estat posar en marxa una fundació amb personalitat jurídica pròpia i que el Centre fos gestionat per moçambiquesos.

Després d'alguns anys de planificació, el 2008 es va crear la Fundació Manhiça, amb l'Hospital Clínic en el seu patronat. Aquell mateix any, la Fundació Príncep d'Astúries va atorgar al CISM el Premi de Cooperació Internacional, en reconeixement a la tasca que havia fet el Centre en la recerca biomèdica, l'assistència clínica i la formació.

Eusébio Macete, director del CISM, va ser al seu dia estudiant de doctorat del Programa de Formació d'Investigadors.
© Arxiu ISGlobal



“És molt beneficiós per a Moçambic tenir un centre com el CISM”, diu Eusébio Macete. “El funcionament del CISM és diferent al model clàssic de cooperació. Un dels desafiaments principals d'aquests anys ha estat precisament convèncer els polítics perquè vegin la recerca i la generació de coneixement com un nou model de cooperació. Un altre repte ha estat el procés mitjançant el qual el CISM ha passat de ser un projecte de cooperació a una institució nacional amb una autonomia de gestió i decisió. Això ens va costar uns quants anys. I un tercer gran desafiament ha estat crear la massa crítica científica. La ciència no són els aparells. Són les ments. La capacitat humana.

Això requereix temps, una inversió i un compromís a llarg termini. En aquest sentit, s'ha arribat on s'ha arribat gràcies a la coherència i el compromís de la cooperació espanyola, de la Universitat de Barcelona i de l'Hospital Clínic”.

El Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional

A l'Hospital Clínic també es van viure altres canvis estructurals importants. El 2001, la Secció de Medicina Tropical va sortir del Servei de Malalties Infeccioses i, juntament amb la Unitat d'Epidemiologia, es va incorporar a la Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció (UASP). Uns anys més tard, el 2006, la Secció de Medicina Tropical i la Unitat d'Epidemiologia van sortir de la UASP i es van fusionar en un mateix Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional.

La creació del Servei, una fita en aquesta història de trenta anys, va ser impulsada en gran manera pel doctor Antoni Trilla, director de la UASP, per Manuel Corachan i per Pedro Alonso. Va ser el primer servei hospitalari com a tal a Espanya, i va representar un pas endavant en l'intent de concentrar les activitats assistencials i la recerca en salut internacional dins de l'Hospital Clínic. El Pedro es va convertir en cap del Servei i Joaquim Gascon en cap de la Secció de Medicina Tropical (el Manuel s'havia jubilat el 2004).

En línia amb un interès per visibilitzar aquest treball en salut internacional també en el món acadèmic, en aquella mateixa època la Universitat de Barcelona va concedir a Pedro Alonso una plaça de catedràtic a la Facultat de Medicina.

La creació del CRESIB

Alhora que la recerca creixia al CISM, es dissenyava l'estructura de la Fundació Manhiça i es creava el Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional a l'Hospital Clínic, l'altre gran titular del moment va ser la decisió de la Generalitat de Catalunya de prioritzar la recerca en salut internacional.

El 2006, en el marc del programa de creació de centres CERCA (centres de recerca especialitzats en diferents temàtiques), es va crear el Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB), que tenia entitat jurídica pròpia i l'Hospital Clínic, la Universitat de Barcelona i els departaments de la Generalitat amb competències en sanitat i recerca en el seu patronat. La recerca, que fins llavors s'havia desenvolupat sota el paraigua de l'IDIBAPS - Fundació Clínic, va passar a fer-se amb el nom del CRESIB.

Nascut de la voluntat política, d'una oportunitat històrica i d'un moment únic, el CRESIB va marcar un punt d'inflexió en aquesta història de trenta anys, ja que va donar un gran impuls i força visibilitat a la recerca en salut internacional a Barcelona. No hi havia una iniciativa com aquesta en cap altre lloc d'Espanya ni el sud d'Europa, i el Centre va ser el precursor de l'Institut de Salut Global de Barcelona, creat el 2010.

“La recerca fa que augmenti la qualitat assistencial i és el motor de generació de nous ingressos”, afirma la doctora Marina Geli, consellera de Salut durant els governs de Pasqual Maragall i de José Montilla i impulsora de la creació del CRESIB. L'aposta de la Generalitat de Catalunya per posar el focus d'atenció en la recerca en temes de salut internacional es va fer en un context en què el món —i les malalties— estava cada vegada més globalitzat. El cas de la grip aviària posava de manifest la necessitat dels sistemes de salut de generar coneixements i estar preparats per afrontar malalties fins llavors desconegudes dins de les pròpies fronteres, o el possible ressorgiment d'altres que feia anys que s'havien eradicat.

Eren temps de grans canvis socials i demogràfics a Espanya, que van impactar en el sistema de salut. Des del 1998, la immigració havia crescut moltíssim. Només a Catalunya, la població va augmentar un milió de persones entre el 1998 i el 2008.

“Ens va canviar el món”, diu Marina Geli. “No teníem prou pediatres. Vam haver de contractar mediadors i traductors. Es va haver de gestionar un augment de la demanda extraordinari, sobretot en pediatria. Vam haver de formar els professionals, no tan sols sobre com diagnosticar malalties fins llavors poc prevalents, sinó també en aspectes culturals i idiomàtics.”

La Generalitat de Catalunya va implantar un Pla Director d'Immigració per afrontar l'impacte de la immigració en el sistema de salut, i un Pla Director de Recerca, que va sorgir de la necessitat de replantejar-se com es feia la recerca en el sistema sanitari. Totes dues iniciatives van donar peu a la creació del CRESIB.

La doctora Núria Casamitjana és professora de la Universitat de Barcelona i una de les grans impulsores, durant l'última dècada, de la docència i la recerca en temes de salut internacional, primer com a vicerectora de la Universitat de Barcelona i després com a directora tècnica del CRESIB, del 2006 al 2011. La nova institució “va permetre posar-ho tot sota un mateix sostre. I ser més coherents. Va ser com ordenar dins de casa”, descriu. Això va facilitar la coordinació entre les activitats que fins a aquell moment es feien d'una manera una mica dispersa. D'una banda, les activitats de recerca, que fins llavors es feien dins d'una àrea de l'IDIBAPS, en el marc de la Fundació Clínic. I, d'altra banda, les de formació, que depenien del Departament de Salut Pública i Medicina Preventiva, dins de la Universitat de Barcelona.

El CRESIB era una entitat jurídica, amb un patronat, una missió i una visió pròpia. Des que es va crear, el treball de recerca va créixer de manera significativa. Els investigadors van poder presentar projectes a noves convocatòries, atreure més fons i incorporar nous investigadors als grups. Mantenint com a columna vertebral la malària, es van obrir altres línies de recerca, com malalties respiratòries agudes, diarrees, tuberculosi i VIH/sida.

Una altra conseqüència de la creació del CRESIB va ser que es van iniciar un nombre més elevat d'estudis multicèntrics i en contextos més enllà de l'Àfrica. “L'ampliació de la recerca a la malària per *Plasmodium vivax* va ser un dels primers resultats que va tenir la creació del CRESIB”, explica Núria Casamitjana. “Fins llavors la recerca del grup estava molt enfocada en la malària per *Plasmodium falciparum*. Es van incorporar en aquell moment Hernando del Portillo, investigador especialitzat en biologia mole-



Al juny del 2006 es va celebrar el primer retret científic del CRESIB per reflexionar i discutir plegats sobre les línies de recerca de la institució.
© Arxiu ISGlobal

cular de malària, i Ivo Mueller, epidemiòleg de malària a Papua Nova Guinea. I es va iniciar un projecte finançat per la Fundació CELLEX. Tot això va permetre fer estudis multicèntrics sobre la malària per *Plasmodium vivax* al Brasil, l'Índia, Guatemala, Colòmbia i Papua Nova Guinea.

També es va obrir el camp de recerca a altres disciplines, com les ciències socials i l'economia de la salut, amb la incorporació de professionals com l'antropòleg Robert Pool, que ara és a la Universitat d'Amsterdam, la sociòloga Maria Roura, que estudia la viabilitat de la realització de proves de VIH/sida en contextos epidemiològics diferents, i l'economista Elisa Sicuri, que actualment estudia la relació cost-benefici de nous fàrmacs i vacunes. Així mateix, es va incorporar al CRESIB l'epidemiòleg Ned Hayes, del Centre per al Control i la Prevenció de Malalties (CDC per les seves sigles en anglès) dels EUA, especialitzat en malalties arbovíriques com el dengue, i que va tenir una gran contribució en el desenvolupament del nou Màster en Salut Global, del qual va ser codirector, i el curs sobre malalties arbovíriques.



Després de la consolidació del CRESIB, Marina Geli i Joan Rodés (tots dos a la dreta de Pedro Alonso) van visitar el CISM. El suport de la Generalitat de Catalunya ha estat essencial per impulsar la recerca en temes de salut internacional a Espanya i Moçambic.
© Hospital Clínic de Barcelona

“L'estratègia”, explica Pedro Alonso, “era la concentració i la racionalització de tota l'activitat en salut internacional, amb l'ambició d'avançar en la creació d'una institució estable i d'avantguarda dedicada a la salut de les poblacions més desfavorides. Que estigués ancorada en l'Hospital Clínic i la Universitat de Barcelona com a *alma mater*, i que potenciés l'assistència, la recerca i la formació”.

En definitiva, la creació del CRESIB va permetre augmentar i enfortir les capacitats de Barcelona en tots els sentits. En finançament, en personal i també en metres quadrats. Avui dia, els seus investigadors ocupen gairebé una planta completa del Centre Esther Koplowitz (CEK), edifici de la Fundació Clínic dedicat a la recerca biomèdica, i una planta de l'edifici del carrer del Roselló, 132. Res a veure amb el primer petit laboratori que tenia la Unitat d'Epidemiologia fa tot just deu anys.

Però l'impacte i la qualitat d'un centre com aquest no es mesuren solament en nombre de laboratoris, quantitat de personal o volum de publicacions científiques.

La creació del CRESIB també va revertir en l'àrea de formació. Després de ser acreditat com a centre de recerca del programa de doctorat de Medicina de la Universitat de Barcelona, el Centre va començar a liderar la línia de salut internacional d'aquest programa. Amb això, el “CRESIB va guanyar prestigi”, diu Núria Casamitjana, “i poder fer el doctorat en un centre com aquest, reconegut internacionalment, va suposar un valor afegit per als estudiants”.

De fet, hi va haver un augment quantitatiu en el nombre d'estudiants de doctorat.

Hi ha un flux continu de persones que es formen entre Barcelona i Moçambic. “Una gran part dels doctorats del CRESIB s'han fet aquí a Manhiça o amb temes d'aquí”, diu Eusébio Macete.

Aquests anys de creixement a Manhiça i Barcelona es poden descriure com un tren que avançava a tota velocitat mentre s'anaven col·locant les vies i sumant



Actualment, els laboratoris del CRESIB ocupen pràcticament una planta sencera de l'edifici CEK, al costat de l'Hospital Clínic de Barcelona.
© Pau Fabregat



Alfons Jiménez, tècnic superior de laboratori, mira pel microscopi una extensió de sang infectada per Plasmodium falciparum, per tal de quantificar-ne la presència de paràsits.
© Pau Fabregat

D'esquerra a dreta: Llorenç Quintó, John Aponte, Santi Pérez-Hoyos, Sergi Sanz i Edgar Ayala, en una discussió sobre metodologies estadístiques per a l'anàlisi d'un estudi del CRESIB.
© Pau Fabregat



més vagons. Els canvis i esdeveniments descrits en aquest capítol van ser de gran rellevància, però no els únics d'aquell moment. Alhora que al CISM es vivia l'eclosió de la recerca i a Barcelona es gestava la idea del CRESIB, s'obria un capítol important en la història de la sanitat pública espanyola i la de les consultes del Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional de l'Hospital Clínic. Com es relata en les properes pàgines, Espanya es convertia en país transmissor d'una malaltia tropical: el Chagas.



5

**El Servei
de Medicina
Tropical i Salut
Internacional,
i el repte
de la nova
immigració**

El Chagas, una malaltia rescatada del silenci

En només un tancar i obrir d'ulls, Espanya, amb l'efecte crida del seu creixement i l'oferta de treball (gran part de la qual en l'economia submergida), es va convertir en el principal receptor de població immigrant de tot Europa. L'any 2000, els estrangers sumaven un 2,3% de la població empadronada. Set anys més tard, van augmentar al 9,9% del total.¹⁰

Com ja s'ha esmentat en el capítol anterior, en el context de la creació del CRESIB, el ràpid augment de la immigració va tenir un gran impacte en la demanda de serveis sanitaris, sobretot de pediatria. Així mateix, les consultes de la Secció de Medicina Tropical de l'Hospital Clínic també van ser reflex d'aquests canvis demogràfics. On abans es veien pacients procedents principalment de l'Àfrica subsahariana, sobretot amb malària, paràsits intestinals i esquistosomiasi, van començar a arribar molts altres de l'Amèrica Llatina. Un alt percentatge d'ells, amb una malaltia fins llavors desconeguda a Espanya: la malaltia de Chagas (o tripanosomiasi americana).

Des de final dels noranta fins al 2003, van arribar a Espanya més de dos milions de persones procedents de l'Amèrica Llatina. Joaquim Gascon explica com en les consultes van començar a atendre pacients bolivians amb certes patologies que li van cridar l'atenció.

Sabent que el Chagas és endèmic en aquell país, el seu equip es va començar a preguntar si els símptomes digestius i cardiovasculars que es manifestaven en aquests pacients podrien estar associats a la malaltia. Algunes persones fins i tot arribaven expressant obertament la preocupació pel Chagas. A Bolívia és una malaltia associada a la mort. "En tot Espanya ningú no coneixia bé la malaltia, i com que el 'boom' migratori era tan recent, no se n'havien vist casos", diu José Muñoz, un dels metges que atén en el Servei. "Ni en atenció primària ni enlloc no se'ls oferia una solució, i alguns acabaven rebotats en el nostre servei."

"Al mateix temps ens van alertar, des del Banc de Sang de l'Hospital Clínic, que estaven rebent llatinoamericans que potser tenien Chagas", explica el Joaquim. "Vam voler veure si eren casos aïllats o si realment ens trobàvem davant un problema de salut pública."

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

Arran d'aquest interrogant es va fer una anàlisi descriptiva del perfil dels pacients i de la malaltia, i es van iniciar tres grans estudis: un al Banc de Sang de Catalunya, un altre a les maternitats de l'Hospital Sant Joan de Déu i de l'Hospital Clínic, i un tercer en les consultes de l'Hospital Clínic i del Centre d'Atenció Primària Drassanes, els dos centres més importants de Barcelona en el tractament de patologies importades.

Els resultats dels estudis duts a terme van assenyalar que els pacients que arribaven amb Chagas a l'Hospital Clínic, lluny de ser casos aïllats, tan sols representaven la punta de l'iceberg. El 27% de les mares bolivianes i el 10% dels donants de sang d'origen bolivià tenien Chagas.

Aquests estudis van ser de gran transcendència i van tenir força impacte en les polítiques de salut pública. El 2005 es va modificar la llei nacional de transfusions de sang, fent obligatòria la prova del Chagas per a tots els donants procedents de l'Amèrica Llatina. Cinc anys més tard es va establir un protocol de control de la transmissió vertical a Catalunya, per diagnosticar el Chagas en les mares embarassades i així poder fer el tractament i seguiment dels fills.

“És la primera vegada que a Espanya, un país no endèmic d'aquesta malaltia, s'ha hagut d'actuar creant programes de control 'aquí', per evitar contagis 'aquí' d'una de les anomenades malalties tropicals”, diu Joaquim Gascon. Es presentava un canvi de paradigma que requeria un canvi d'enfocament. “No és que abans aquí no es fes res sobre aquest tema, és que ni es pensava en el Chagas!”, afegeix.

Va ser el començament d'un importantíssim treball sobre el Chagas a Espanya i després a Bolívia, liderat per l'Hospital Clínic i que ha continuat fins al dia d'avui. “Vam ser els primers a descriure la malaltia”, diu José Muñoz, “i hem adquirit un *know-how*. Entre la llengua comuna, els vincles històrics i culturals, i la quantitat d'immigració que ha rebut Espanya, hem tingut l'oportunitat de ser referents a Europa.”

El Chagas, endèmic a l'Amèrica Llatina, està ara present en llocs com els EUA, Austràlia, el Japó o Europa a causa dels moviments migratoris. Tot i així, encara és una de les malalties més *oblidades*, perquè afecta sobretot les persones amb menys poder adquisitiu d'aquella àrea de l'Amèrica Llatina. Tampoc no ha estat d'interès per a les grans farmacèutiques a l'hora d'invertir en la cerca de nous tractaments. Els únics existents, el nifurtimox i el benznidazol,



Cochabamba és la tercera ciutat més gran de Bolívia i el primer lloc on l'Hospital Clínic va iniciar, el 2009, un projecte pilot per atendre pacients de Chagas.

© Juan Millás

desenvolupats als anys seixanta a partir de la recerca veterinària, requereixen un llarg període d'administració i poden tenir efectes adversos seriosos.

En les consultes de l'Hospital Clínic va arribar un moment en què es van establir fins a dos dies setmanals d'atenció exclusiva per a pacients de Chagas. Això va ser necessari pel volum de persones, però també per les dificultats que tenien per anar a les consultes, ja que molts treballen, literalment, de sol a sol. La immigració llatinoamericana, i en aquest cas la boliviana, ha estat sobretot femenina, i això es reflecteix en el perfil dels pacients de Chagas que arriben a les consultes. La immensa majoria d'aquestes dones són treballadores de la neteja en cases particulars o en empreses. De vegades es fan el tractament d'amagat dels seus caps, però els efectes secundaris, com l'aparició de grans per tota la pell o el dolor de les articulacions, poden ser tan intensos —i fins i tot requerir l'hospitalització—, que es troben que no poden treballar, i han arribat a ser acomiadades per aquesta raó.

Al seu país, la malaltia és força comuna. Tanmateix, “encara hi ha desconeixement entre els pacients que arriben aquí a la consulta, bé perquè tenen por d'informar-se, bé perquè els seus recursos no els ho han permès. A molts llocs de Bolívia cal pagar per fer-se la



Elizabeth Posadas informa una pacient de Chagas en la consulta del Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional de l'Hospital Clínic.
© Arxiu ISGlobal

prova de diagnòstic”, explica Elizabeth Posadas, l'antropòloga que ha treballat en el Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional, amb pacients de Chagas, des del 2007.

Parlar de diagnòstic, per a molts, encara implica imatges desagradables del que antigament es feia a Bolívia. Es posaven les pròpies xinxes (els insectes que transmeten el paràsit) sobre la pell del pacient perquè el piquessin i posteriorment s'analitzava la femta de la xinxa per veure si la persona tenia Chagas. I, malgrat que un 60% de les persones amb Chagas no desenvolupen mai la malaltia, sovint els pacients tenen por de saber el diagnòstic, angoixats pel record de familiars o amics que han mort per aquesta causa. “Els intentem explicar que el context condiona força la malaltia i que aquí és diferent”, diu l'Elizabeth. “El primer que els fem és un electrocardiograma o una placa de tòrax, per veure si el cor està afectat o no.”



El Chagas es transmet a través de la femta de la xinxa, l'insecte vector de la malaltia.
© Juan Millás

De Barcelona a Bolívia

Però l'equip de Joaquim Gascon no es va limitar a fer estudis i a tractar pacients a Barcelona. Quan van comprovar que la majoria de les persones amb la malaltia procedien de Bolívia, el Joaquim va establir contacte amb el doctor Faustino Torrico, catedràtic i, fins al 2007, responsable de diagnòstic i tractament en el Programa Nacional de Control de la Malaltia de Chagas a Bolívia. Fins llavors, totes les accions en aquell país s'havien concentrat en el control del vector i el tractament de nadons i dones embarassades, però hi havia un *forat negre* en el tractament d'adults, als qui amb sort es confirmava el diagnòstic, però poques vegades es tractava. D'aquí va sorgir la idea de muntar un projecte pilot a Bolívia.

El 2008, es va dissenyar un projecte d'atenció finançat per l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD), basat en els protocols de l'Hospital Clínic i els del grup de Faustino Torrico a Cochabamba, a Bolívia. La doctora María Jesús Pinazo va ser la responsable de posar-lo en marxa. "Vam començar a atendre la gent a l'agost del 2009. Els pacients se sentien ben tractats, ja només pel fet de tenir atenció, que el metge responsable estigués pendent del que els passava i que no els abandonessin quan començava el tractament."

Atès l'èxit d'aquest projecte, aquell mateix any l'AECID va concedir una subvenció per a un nou conveni entre els dos països, de quatre anys de durada. Es va crear la Plataforma d'Atenció Integral als Pacients amb Malaltia de Chagas, i es va ampliar el programa d'atenció del projecte pilot a sis centres més als departaments de Cochabamba, Chuquisaca i Tarija. Actualment, es combinen l'assistència, la formació de professionals de la salut i la recerca. Una vegada més, els tres eixos d'acció que tant defineixen aquesta història de trenta anys de treball en salut internacional.

D'esquerra a dreta: María Jesús Pinazo, Faustino Torrico, Joaquim Gascon, Lluís Basteiro (en aquell moment delegat de l'ACCD a Bolívia) i Jimmy Pinto (metge, responsable del Centre de la Plataforma Cercado-Cochabamba), durant la inauguració de la Plataforma al juliol del 2009.
© Arxiu ISGlobal



A Bolívia hi ha una gran demanda de serveis de diagnòstic i tractament de la malaltia de Chagas.
© Andalu Vila San Juan

El fet que els protocols d'atenció de tots dos països siguin compartits ha facilitat molt el treball transnacional. Els pacients atesos en un país poden tenir seguiment en l'altre en cas de viatjar-hi o traslladar-s'hi. I els familiars dels pacients que arriben a l'Hospital Clínic de Barcelona poden ser derivats als sis centres sanitaris que formen part del Programa a Bolívia i viceversa. "És com canviar-se de casa i mantenir els mateixos mobles", diu María Jesús Pinazo.

A més, "tenir una plataforma de centres amb atenció protocol·litzada i una bona base de dades permet generar investigacions de qualitat i d'alt impacte", continua la María Jesús. La posada en marxa de la Plataforma ha suposat un nou model d'atenció sanitària i d'integració entre assistència i recerca a Bolívia. Constitueix un referent per a tota la regió.

Per al personal de l'Hospital Clínic, poder anar al país d'origen i entendre millor el context de la malaltia i la gent que la pateix ha estat molt important. Els ha permès millorar la resposta assistencial a Espanya, on viuen entre 50.000 i 70.000 persones amb Chagas. "Tu pots tractar una persona assegut darrere d'un escriptori, però si no vénis [a Bolívia] i ho veus, no entens quina és la malaltia, la realitat, i per què estan en aquesta situació. Contextualitzar és importantíssim", afirma la María Jesús.

En el moment en què es fa l'entrevista per a aquest llibre, la María Jesús està arribant al final dels seus quatre anys a Bolívia. El conveni arriba també a la fi, i se n'acaba de signar un de nou per a

quatre anys més. Com a anticipació al seu retorn a Barcelona i a les consultes de l'Hospital Clínic, reflexiona sobre el que s'ha aconseguit fins ara a través de la Plataforma. "Per a mi, l'èxit principal ha estat treure la malaltia del silenci. Ja no parlem d'una malaltia oblidada de persones oblidades. El Chagas existeix i s'hi està investigant."

Encara queda molt per fer: les prioritats són la recerca sobre mètodes diagnòstics eficaços, la cerca de noves molècules antiparasitàries més efectives i de més fàcil administració, i la determinació de biomarcadors.

A Espanya, queda pendent crear una estratègia estatal i un programa de control de la transmissió vertical. Ara per ara, el control vertical del Chagas només es fa en quatre comunitats autònomes.

A Europa, "amb l'excepció del Regne Unit, la majoria dels països que han atret immigració llatinoamericana en les dues últimes dècades no han desenvolupat cap programa específic d'atenció al Chagas. Per això, l'experiència de Catalunya és considerada per la pròpia Organització Mundial de la Salut una referència ben significativa per a la resta del continent", diu Antoni Plasència, que del 2004 al 2011 va ser director general de Salut Pública de la Generalitat i actualment és el director tècnic del CRESIB.

L'Hospital Clínic, Centre de Referència en Patologia Importada

En aquests quinze anys s'han tractat mil pacients de Chagas a l'Hospital Clínic. Sens dubte, l'emergència de Chagas a Espanya ha tingut un gran impacte, tant en les consultes de l'Hospital com pel que fa a salut pública.

No obstant això, cal destacar que malgrat que, percentualment, el Chagas ha representat un gran volum dels casos visitats en el Servei els darrers anys, els reptes clínics més grans que es plantegen en les consultes avui dia no els presenta aquesta malaltia. Són d'altres, com la malària i les esquistosomiasis complicades, així com l'encefalitis japonesa, les que poden amoïnar de debò els metges que atenen en el Servei. De vegades s'enfronten a patologies difícils de diagnosticar, com, per exemple, pacients que porten dies i dies amb febre sense una causa aparent, i que requereixen explo-

racions complementàries no usuals. Com que aquest és un servei hospitalari, sol ser l'última parada, l'últim graó, al qual arriben pacients amb les patologies més estranyes. Sovint hi ha una gran quantitat de feina darrere d'un sol diagnòstic.

Al juny del 2014, el Servei va ser reconegut com a Servei de Referència Estatal pel Sistema Nacional de Salut.

"Quan ets centre de referència com ho és aquest", diu José Muñoz, "has d'estudiar malalties que no veuràs mai. Això és una cosa que discutim molt amb els residents, que pregunten: 'Si no ho veuré mai, per a què ho he d'estudiar?'. Com el tema de la infecció pel virus d'Ebola. Fins ara no n'hem vist casos, però s'ha muntat un protocol en el qual hem col·laborat com a servei per establir què hauríem de fer si, per exemple, arribés un pacient amb la febre hemorràgica d'Ebola de Sierra Leone. Malalties que de vegades no veus mai et poden donar molta feina, perquè has d'estar informat i preparat".

No sorprèn que per a qualsevol metge que vulgui treballar en el Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional sigui un requisit indispensable conèixer de primera mà els contextos dels quals vénen moltes de les patologies que després veuen en la consulta. "La malaltia és important, però tot allò que l'envolta moltes vegades ho és igual o més", diu José Muñoz. "A nosaltres, haver viscut i treballat a l'Àfrica o a l'Amèrica Llatina ens ajuda força a entendre el context de les malalties quan els pacients te les expliquen... Quan arriba algú amb esquistosomiasi i t'explica que ha viscut en una part del Senegal o de la Costa d'Ivori que tu coneixes, on hi ha un riu en el qual saps que es banyen des de petits i les dones renten la roba, i s'infecten, i el veus ara, amb esquistosomiasi... Aquesta memòria històrica que puguis tenir per recrear la situació cap enrere és bonica per al metge, i molt útil per oferir una assistència millor."

"Els metges d'aquest servei entenen, o comparteixen, la nostra inquietud per saber..., aquesta coseta que un té a dins, el desig de conèixer altres llocs i cultures", diu Mercè Bosch, una biòloga catalana de quaranta-vuit anys que va ser pacient del Servei el 2013, quan va tornar d'un viatge a Costa Rica. Se li omplen els ulls de llàgrimes quan parla del que significa per a ella viatjar, un dels *motors* de la seva vida. Destaca com va ser d'important el tracte humà i l'empatia del personal del Servei, la tranquil·litat que li van saber transmetre, i la comprensió de les seves ganes de sortir i conèixer món. "És molt important en el tracte amb el pacient que el metge et tranquil·litzi i no et posi en dubte per voler

viatjar a determinats llocs o fer certes coses. D'altres preguntarien: 'Com és que has fet això?!, què has fet?!'. Ells [en el Servei] saben amb què treballen", afegix.

Per a la doctora Antonia Calvo, aquest servei és "una finestra que s'obre a un altre món". Per totes les històries que hi ha al darrere de cada pacient. Els pacients immigrants que comparteixen en la intimitat de la consulta les seves històries de vida, la que van deixar allà i la que tenen aquí. O les aventures i anècdotes dels viatgers, que de vegades fins i tot arriben directes de l'aeroport.

Entre aquest grup, sempre s'ha vist molta malària, així com la diarrea del viatger, que constitueix un 25-30% de la raó de consulta. També es veuen malalties digestives a causa de la giàrdia i la salmonel·la, i moltes malalties de la pell. A més d'infeccions d'orina i pneumònies, i tot un conjunt de febres que no són malària, sinó símptomes de dengue, febre tifoide o esquistosomiasi aguda, per exemple.

Febre i diarrees va ser el que va tenir Joan Prósper quan va tornar d'un viatge a l'Índia al Nadal del 2013, i el motiu de la seva primera consulta al Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional al gener del 2014. Acostumats ell i la seva dona, Laia Montoliu, a viatjar arreu del món, aquest últim viatge no l'oblidaran amb facilitat. "Per on vivim a Barcelona em correspon anar a un altre hospital, però sempre hem sabut que a l'Hospital Clínic hi ha un servei de referència en Medicina Tropical. Quan em vaig trobar malament després del viatge, me n'hi vaig anar directe, ni m'ho vaig pensar", explica el Joan. Li van diagnosticar i li van tractar una ameba, i a la Laia, una giàrdia. Uns dies més tard, el Joan va tornar a tenir febre i va anar un altre cop a l'Hospital Clínic. Aquella vegada va estar ingressat una setmana amb una hepatitis E, un altre *souvenir* del viatge a l'Índia.

"Et dona molta seguretat", afegix la Laia, "saber que tenim aquest servei a Barcelona". I la sorprèn que no n'hi hagi en altres llocs. "Jo recordo una anècdota de quan vaig anar a un congrés a Ghana el 2008. Uns companys d'Oklahoma i de Melbourne parlaven, una mica preocupats, de la malària i altres malalties. Jo els vaig dir que estiguessin tranquils, que si els passava alguna cosa durant el viatge, quan tornessin a casa anessin al servei de Medicina Tropical de la seva ciutat, com el que tenim aquí. Però una de les companyes em va mirar i va dir: 'Laia, que Oklahoma no és Barcelona'. Allà no hi deu haver un servei com aquest."

Tan important com l'atenció al pacient després del viatge són les activitats que fa el Servei d'Atenció al Viatger Internacional (SAVI), creat el 2008 i que suposa una consolidació de les activitats que van començar Manuel Corachan i Joaquim Gascon vint anys abans. Avui dia, el SAVI és gestionat per ISGlobal. Cada any, una mitjana de 15.000 persones s'adrecen a aquest servei per rebre informació i recomanacions, així com l'administració de les vacunes necessàries abans de viatjar. Quan cal, per a l'atenció mèdica després del viatge els pacients van directament a les consultes del Servei de Salut Internacional i Medicina Tropical, on cada any tenen una mitjana de 1.200 primeres visites.

"Turistes n'hi ha hagut sempre", diu la doctora Azucena Bardají, actual responsable del SAVI, "però ara hi ha menys cooperants i sobretot molts menys missioners que abans". L'actual crisi econòmica a Espanya ha donat com a resultat un canvi ben notable en el perfil del grup dels viatgers que passen per aquest servei per rebre informació i posar-se vacunes. Els darrers cinc o sis anys, hi ha hagut un augment considerable del nombre de persones que viatgen per feina. Abans, eren casos aïllats. Ara, no sorprèn veure gent que va i ve per motius laborals a països molt més enllà de les fronteres europees. Hi ha treballadors, com els del sector de la construcció, que s'han quedat sense feina a Espanya i en troben al continent africà.

Un altre canvi recent que observa José Muñoz és que hi ha algunes malalties, sobretot les que es poden prevenir, que es veuen una mica menys en les consultes. En part, això és perquè els riscos en els viatges disminueixen comparat amb uns anys enrere. La indústria del turisme ha crescut i s'ha globalitzat tant, que ara és fins i tot difícil trobar llocs totalment recòndits o on no es vengui aigua embotellada, per exemple. Però també té a veure amb el fet que cada vegada arrela més en la societat la idea que prevenir és millor que curar. "Abans vèiem molta esquistosomiasi, però sembla que les tasques de prevenció que duen a terme serveis com el SAVI fan efecte i la gent es cuida una mica més", comenta.

El treball en col·laboració amb altres serveis i centres

Des de sempre, el Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional ha treballat de prop amb professionals d'altres serveis de l'Hospital i de centres de salut, així com en xarxes i plataformes a nivell nacional i internacional.

Jordi Vila diu que el seu servei (el de Microbiologia) i el de Medicina Tropical són “germans”. La relació és històrica, “intensa i profitosa des del començament”. Recorda que el primer contacte que hi va tenir va ser als anys vuitanta, a causa d'unes tècniques diagnòstiques molt específiques de l'àmbit de la medicina tropical. Per aquell temps, el Servei de Microbiologia no les tenia disponibles: “Serveixen per detectar microorganismes que no són autòctons d'Espanya, com l'*Escherichia coli* enterotoxigènica, causant de la diarrea del viatger”. Arran de les converses amb Manuel Corachan i Joaquim Gascon, el Servei de Microbiologia va muntar aquelles tècniques per veure si les diarrees que tenien els pacients eren degudes al bacteri esmentat.

Actualment, des del Servei de Microbiologia encara es dona un suport important en el diagnòstic de les malalties importades, com el Chagas o la malària, així com el dengue o el virus de Chikungunya, per exemple. “Són metodologies que no tots els laboratoris de microbiologia d'Espanya tenen, però que nosaltres hem hagut de posar en marxa perquè ho requereix el Servei de Medicina Tropical”, diu Jordi Vila. “És indispensable tenir un servei d'aquest tipus en un hospital com el nostre”, afegeix.

Antonia Calvo es considera una persona amb sort per poder treballar en el camp de la medicina tropical en un hospital on es té la infraestructura tècnica necessària, així com personal, en diferents serveis, ja força *acostumat* a veure patologies importades. Hi ha coses que valora molt: “Poder fer proves diagnòstiques molt complexes, o tenir accés en la farmàcia de l'Hospital a medicaments estrangers, difícils o impossibles d'aconseguir en altres hospitals”.

Una institució amb la qual es treballa estretament des de fa temps és l'Hospital Sant Joan de Déu. Victoria Fumadó és una pediatra que va estudiar Medicina Tropical a la Universitat de Barcelona i va treballar amb Clara Menéndez en l'estudi IRONMAL a Tanzània. A final dels anys noranta, quan la pediatria clínica ja no es

feia a l'Hospital Clínic, la Victoria va ser la responsable de posar en marxa una unitat especialitzada en Medicina Tropical per a nens a Sant Joan de Déu, amb el Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional de l'Hospital Clínic com a referent.

A nivell comunitari, el 2011 es va crear un grup de treball amb una sèrie de metges de família de la ciutat per establir protocols d'atenció i derivació entre els centres d'atenció primària i l'Hospital Clínic.

A nivell nacional, com ja s'ha esmentat anteriorment, des del Servei es va impulsar a final dels anys noranta la creació de la Societat Espanyola de Medicina Tropical i Salut Internacional (SEM-TSI), amb Manuel Corachan com a primer president. També s'ha col·laborat força amb la Xarxa d'Investigació Cooperativa en Malalties Tropicals (RICET per les seves sigles en castellà). I, a nivell europeu, el Servei manté una llarga relació de col·laboració amb la Xarxa Europea de Medicina Tropical i Salut del Viatger (TropNet) des dels inicis.



L'Institut de Salut Global de Barcelona, un centre que va més enllà de la ciència

La creació d'ISGlobal

A l'edifici de davant de les consultes de Medicina Tropical, a l'altra banda del carrer del Rosselló, cantonada Casanova, es troba l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal). La seva creació el 2010 ha estat el salt més recent que s'ha fet en aquesta llarga història que ara fa trenta anys. Repartides en cinc plantes

de l'edifici, s'hi concentren les oficines de l'OCI, el CRESIB, l'àrea de formació i el laboratori d'idees. Totes, avui, sota un mateix paraigua, el d'ISGlobal.

Una paraula que està en boca de tots els que hi treballen és *translació*, i és que aquest concepte és el principal motor que hi ha rere la creació de la nova institució. La recerca, l'assistència mèdica i la formació encara són els elements clau, però amb ISGlobal s'afegeix un ingredient més a aquest treball, el de la incidència política i les estratègies per passar de l'evidència científica a l'acció.

Aquesta inclusió respon al fet que la tasca d'un científic moltes vegades acaba quan es publica el seu article, però una publicació per si sola no sempre té un impacte pel que fa a polítiques públiques o models d'acció. És llavors quan comença el treball dels professionals del laboratori d'idees, per portar l'evidència científica un pas més enllà i traduir la ciència en canvis de models d'acció o en canvis de polítiques, a través de la incidència.

Barcelona és avui un referent internacional en biomedicina.
© Andalu Vila San Juan



La creació d'ISGlobal ha tingut lloc en el context de la Barcelona actual, una ciutat que ha patit una gran transformació en aquestes tres dècades. La Ciutat Comtal no només s'ha convertit en una destinació favorita per als milers de turistes que hi arriben cada any atrets per la *marca Barcelona*, sinó que s'ha consolidat també com a referent mundial en biomedicina. S'han millorat els hospitals, han crescut els centres de recerca, i han sorgit experts capdavanters a nivell mundial en cardiologia, oncologia, VIH/sida i malària, entre d'altres.



La infanta Cristina i Isidre Fainé van visitar el CISM el 2008.
© Fundació "la Caixa"

En la pàgina següent, d'esquerra a dreta: Marina Geli, Pedro Alonso, Javier Solana, Isidre Fainé, Dídac Ramírez, José Montilla i la infanta Cristina el dia que es va constituir ISGlobal.
© Fundació "la Caixa"

Ja sigui en el tractament de malalties cròniques o infeccioses, per a molts Barcelona és una ciutat que manté la capacitat de generar coneixement i innovar, i on es concentra un potencial científic que amb el suport institucional adequat és capaç de grans avenços.

La Fundació "la Caixa" és una de les institucions que ha donat més empenta a la consolidació d'un *hub* en salut global a Barcelona. La seva relació de col·laboració amb l'Hospital Clínic es va iniciar el 2002, quan la institució va començar a finançar projectes a Moçambic i al Marroc. S. A. R. la Infanta Cristina va visitar més d'un cop el CISM com a directora de l'Àrea de Cooperació Internacional de la Fundació, i el 2008 ho va fer acompanyada d'Isidre Fainé, president de "la Caixa", i Jaume Lanaspá, actual director general de l'Obra Social de la Fundació "la Caixa". En aquest viatge es va començar a forjar la idea de crear un nou institut, sobre les bases dels més de vint-i-cinc anys de treball conjunt de l'Hospital Clínic i la Universitat de Barcelona. S. A. R. la Infanta Cristina va ser un motor important en el desenvolupament d'aquest nou concepte i la seva implantació. Ara com ara, la Fundació "la Caixa" és un dels principals impulsors d'ISGlobal, juntament amb el Govern d'Espanya i la Generalitat de Catalunya.



Les quatre 'iniciatives': els puntals d'ISGlobal

Investigació, formació, incidència i assistència tècnica són els quatre puntals del treball d'ISGlobal. I tots estan presents en les anomenades *iniciatives*, quatre àrees transversals en què la institució té un posicionament estratègic o un lideratge internacional. Els noms d'aquestes iniciatives són:

Eliminació de la Malària, Chagas, Salut Materna, Infantil i Reproductiva, i Resistències a Antibiótics. Els investigadors són sobretot del CRESIB, però Clara Menéndez ens explica: "Hi ha molts metges de diferents departaments de l'Hospital, com, per exemple, el d'Anatomia Patològica, o el de Microbiologia, que treballen en col·laboració amb els nostres projectes de recerca".

El vaixell almirall encara és la malària. En línia amb l'objectiu internacional de l'eradicació d'aquesta malaltia, la Iniciativa per a l'Eliminació de la Malària, liderada pel director d'ISGlobal, Pedro Alonso, hi treballa en les àrees de recerca, cooperació tècnica, formació i incidència. ISGlobal és a més la seu de l'Aliança Científica per a l'Eradicació de la Malària (MESA per les seves sigles en anglès), un projecte ambiciós finançat per la Fundació Bill i Melinda Gates, llançat el 2012.

Llorenç Quintó, Joaquim Gascon, Pedro Alonso i Jordi Vila són algunes de les persones que han treballat en temes de salut global a l'Hospital Clínic durant més de vint anys.
© Pau Fabregat



Igual que en les altres iniciatives, en la de Chagas, dirigida per Joaquim Gascon, es duen a terme activitats de recerca, com assajos clínics de nous fàrmacs per a pacients crònics, l'assistència tècnica a través de la plataforma de Chagas a Bolívia, la incidència i la formació. A més, es manté una col·laboració estreta amb institucions acadèmiques i xarxes internacionals, i des de Barcelona s'han impulsat la xarxa iberoamericana Noves eines per al Diagnòstic i l'Avaluació del Pacient amb Malaltia de Chagas (NHEPACHA per les seves sigles en castellà), coordinada per Joaquim Gascon, i, més recentment, la coalició internacional amb les principals organitzacions que promouen el tractament d'aquesta malaltia.

La malària en l'embaràs, les causes de mortalitat materna i el càncer de coll uterí són les tres àrees d'estudi principals de la Iniciativa de Salut Materna, Infantil i Reproductiva, encapçalada per Clara Menéndez. Igual que des de les altres iniciatives, des d'aquesta també es participa en xarxes internacionals, com el Grup de Treball contra la Malària en l'Embaràs, de la iniciativa Roll Back Malària (RBM), de l'Organització Mundial de la Salut.

Finalment, l'abús d'antibiòtics en humans i en l'àmbit veterinari, disparat en les darreres dècades, és el contribuent principal a la resistència bacteriana creixent als fàrmacs, i és el tema de treball de la quarta iniciativa d'ISGlobal, liderada per Jordi Vila. El seu grup segueix dues línies fonamentals de recerca: una és l'estudi de com adquireixen els bacteris resistència als antibiòtics, per intentar buscar-hi alternatives; l'altra, en part assumint el paper que hauria d'assumir la indústria farmacèutica, és el desenvolupament de nous productes antimicrobians.

El Centre de Formació i Educació en Salut Global

L'àrea de formació s'ha ampliat amb la creació del Centre de Formació i Educació en Salut Global. La seva directora, Núria Casamitjana, reflexiona sobre la creació d'ISGlobal: "Ens calia un vestit més gran i adaptable que ens donés més flexibilitat. Al CRESIB fèiem moltes coses, en les àrees de formació, cooperació tècnica i incidència, que eren difícils de gestionar amb les eines que teníem en un centre de recerca com a tal".

El Centre que la Núria dirigeix s'ha vist enfortit notablement amb la creació de la nova institució. Abans, estava concentrat en programes de doctorat per formar investigadors del CRESIB; ara, s'ha ampliat el perfil estudiantil i l'oferta de formació al predoctorat i al postdoctorat, amb una sèrie de programes i cursos nous.

Tot això s'ha fet "responent a les necessitats i demandes d'un món que està en canvi constant", diu la Núria. N'és un exemple el nou Màster en Salut Global, que pertany a la Universitat de Barcelona i és dirigit per ISGlobal. S'imparteix des del 2013, i el seu nom i continguts reflecteixen els canvis que s'han viscut en el camp de la medicina tropical, així com l'evolució de la formació en aquesta matèria.

L'antic Diploma de Postgrau de Medicina Tropical, després anomenat Màster en Medicina Tropical, i més tard Màster en Medicina Tropical i Salut Internacional, estava dirigit específicament al personal de les ciències de la salut, amb un enfocament molt *clínic-tropicalista*. En canvi, el nou Màster en Salut Global està orientat a persones que volen treballar en el camp de la sanitat amb un enfocament global, en organitzacions que són agents de salut destacats en el món actual (per exemple, les ONG i les agències de cooperació al desenvolupament, els ministeris, els departaments o les agències de salut, els organismes internacionals bilaterals o multilaterals, les fundacions, les aliances públic-privades, les consultores, etc.), i que potser no tenen una formació prèvia en medicina i recerca.

Aquest Màster cobreix la necessitat de formar les persones en temes del camp de la salut global que van més enllà de la clínica i la recerca. Per exemple, com funcionen els sistemes i les polítiques sanitàries, com es finança un servei mèdic, o quins són els



Pedro Alonso al costat de Dyann Wirth i Marcel Tanner al maig del 2013, quan es va celebrar a Barcelona la segona edició del curs "La ciència de l'eradicació: malària". Aquest programa formatiu és organitzat anualment per ISGlobal en col·laboració amb l'Escola de Salut Pública de Harvard i l'Institut Suís de Medicina Tropical i Salut Pública.
© Gloria Solsona

determinants polítics, culturals, socials i econòmics de la salut. Mentrestant, la formació en recerca dirigida als professionals de les ciències de la salut i disciplines relacionades la continua oferint el Màster en Recerca Clínica en la seva especialitat de Salut Internacional, també de la Universitat de Barcelona i que coordina ISGlobal.

Un element clau en el desenvolupament dels nous programes formatius d'ISGlobal és la col·laboració amb centres de recerca, universitats i altres entitats que treballen en el món de la salut global. Així mateix, cal destacar, com ja s'ha esmentat en els capítols anteriors, els programes de creació i reforç de capacitats acadèmiques i de recerca en països com Moçambic, el Marroc i Bolívia, principalment amb el suport de l'AECID i la Fundació Obra Social "la Caixa".

El Departament de Polítiques i Desenvolupament Internacional

La comunicació, l'anàlisi i la incidència són crucials per arribar a aconseguir un impacte polític en temes de salut global. Per això s'ha creat el Departament de Polítiques i Desenvolupament Internacional, que uneix i enforteix aquestes activitats i els dóna més visibilitat. "La majoria dels grups de recerca no tenen un laboratori d'idees o un equip de comunicació. Això és únic d'aquí", diu Clara Menéndez.

La primera agenda d'incidència que ha establert el Departament és la d'assessorar i pressionar per millorar la qualitat de l'ajuda a Espanya, amb l'objectiu de convertir-la en una estratègia prioritària de les relacions exteriors, amb independència del partit que governi. Així mateix, s'ha impulsat una agenda global en què l'equitat pel que fa a la salut és l'eix vertebral del qual parteixen les quatre iniciatives esmentades.

"El concepte de cooperació està canviant força", diu Rafael Vilasanjuan, director del Departament. "Avui parlem més d'intercanvi de coneixement que de transferència de recursos entre països de renda baixa i alta. La desigualtat entre països tendeix a reduir-se, però augmenta a l'interior de cada país. La nova agenda de salut global ha d'afrontar aquest repte."

L'objectiu d'ISGlobal és consolidar-se com a centre dinamitzador del debat acadèmic i polític, tant local com internacional. Arribar a ser pioner, no només en les quatre iniciatives, sinó pel que fa a com afrontar als grans problemes de salut en el món actual. Un món en el qual les malalties s'han globalitzat, els països s'assemblen cada cop més a nivell epidemiològic, la geografia de la pobresa va canviant i el concepte de *salut global* és cada vegada més ampli. Per tant, el gran repte d'ISGlobal és expandir la seva agenda de treball més enllà de les malalties tropicals importades, i incloure-hi les malalties cròniques. La integració en ISGlobal del Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL), que té experts en malalties cròniques derivades del medi ambient, està actualment en curs i constitueix un gran pas estratègic en aquesta direcció.

Antoni Plasència, des del CRESIB, reflexiona sobre la interrelació entre la recerca i la incidència política. "Encara que es tracta

de processos i activitats força diferents”, diu, “el diàleg entre investigadors, politòlegs i comunicadors és força enriquidor”. “I permet ampliar la influència d’ISGlobal sobre les polítiques de salut i les agendes de recerca”, afegeix.

Els desafiaments actuals i futurs

L’ambició és gran, i els desafiaments que ha d’afrontar l’organització no són pas petits. Un de ben important és l’econòmic. En l’actual crisi econòmica, la competició amb altres centres de recerca pels fons de finançament és cada vegada més gran, i els fons estatals, cada vegada més escassos. Avui dia, el finançament d’ISGlobal depèn en gran part de fons competitiu i, el finançament estructural és molt menor a l’ideal per a una institució d’aquestes característiques.

A més de la implicació que això té en la sostenibilitat del finançament, afecta la captació i la retenció de talent. La diversificació de fons de finançament i la capacitat de generar nous fons estructurals seran sens dubte prioritàries en els propers anys.

Un altre repte és situar-se com a centre de referència en formació, a nivell internacional, i augmentar el nombre d’estudiants. En aquests moments, a Espanya les ONG redueixen personal i els programes de postgrau baixen en nombre d’alumnes en tots els sectors. Així doncs, “no podem viure del mercat nacional”, diu Núria Casamitjana. Les xifres parlen per si soles. Per al Màster en Salut Global del proper any acadèmic s’han acceptat vint-i-set estudiants, entre els quals només n’hi ha un d’espanyol. Tenir capacitat per aconseguir fons i donar beques, sobretot als estudiants dels països de renda mitjana i baixa, és un altre dels objectius del futur immediat.

Un tercer gran desafiament té a veure amb l’anomenat *sostre de vidre*, malauradament encara molt característic de tots els sectors i en aquest cas també del món de la recerca. “En general, hi ha ben poques dones en els llocs amb poder de decisió, els que estableixen les prioritats de recerca, si s’ha d’investigar això o allò”, diu Clara Menéndez. En la seva àrea de treball, la malària i l’embaràs, ella és una de les poques dones en els nivells més alts, i l’única en el con-

sorci global de dones i embaràs en el qual participa. Actualment, a ISGlobal, hi ha una desproporció entre homes i dones a nivell sènior: la majoria dels investigadors en els càrrecs més alts, els directius i els membres del patronat són homes, mentre que el gruix dels investigadors i dels professionals amb càrrecs administratius i tècnics són dones.

Trobar la manera de canviar aquesta foto no serà fàcil, però ja s’estan fent passos per aconseguir-ho. María José Merino, responsable de Recursos Humans d’ISGlobal, explica que s’acaba de llançar el Pla de Gènere i Gestió de la Diversitat, com a part del Pla Estratègic d’ISGlobal 2014-2016: “S’ha començat el procés de fer un diagnòstic per veure on som, que anirà seguit d’una proposta de millora, i un pla d’acció”.

Un compromís sense fronteres amb la salut de les persones

L’estiu del 2014, el moment en què es redacten aquestes darreres línies, ja fa trenta anys des que va començar l’aventura, però només en fa quatre de la creació d’ISGlobal.

Des de la setena planta de l’edifici on estan situades algunes de les oficines d’ISGlobal, hi ha unes vistes magnífiques de l’Hospital Clínic i de la impressionant entrada a la Facultat de Medicina. La imatge aporta un record constant del vincle, passat i present, amb les dues grans institucions que van donar origen a ISGlobal i a aquesta història.

En aquest nexa crític i històric de l’acadèmia i la medicina, en un espai en el qual gairebé no es reconeix on acaben les aules i comencen les consultes, es van plantar als anys setanta i vuitanta les llavors del primer curs de formació i la primera clínica de Medicina Tropical. Llavors d’un arbre que ha donat uns fruits que per aquell temps pocs podien haver somiat. El Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional ja està consolidat a l’Hospital Clínic. ISGlobal juga en la primera divisió mundial. El Màster en Salut Global de la Universitat de Barcelona és un dels primers amb aquesta denominació i s’està convertint en un màster de referència en el sud d’Europa.



El vincle històric entre la Universitat de Barcelona i l'Hospital Clínic ha estat clau en el desenvolupament d'aquesta història de trenta anys de treball en salut internacional.
© Hospital Clínic de Barcelona

La relació indivisible entre l'assistència clínica, la formació i la recerca, fil conductor d'aquest relat de principi a fi, encara és sòlida. La incidència, clau per portar la ciència un pas més enllà i traslladar-ne l'impacte a l'agenda política, és l'ingredient estrella afegit en aquests darrers anys amb la creació d'ISGlobal.

Com s'ha recollit en les pàgines del llibre, aquestes tres dècades han estat marcades per punts d'inflexió, pel lideratge d'unes poques persones i per la impli-

cació de moltes més. Hi ha hagut uns quants factors determinants, perquè el desenllaç hagi estat aquest i no pas un altre. S'hi inclouen la creació de Medicus Mundi i del primer curs de formació en Medicina Tropical. L'arribada de Manuel Corachan a l'Hospital Clínic, el seu encreuament de camins amb Pedro Alonso i la visió de tots dos. El paper fonamental de la Universitat de Barcelona. La creació del CISM i del CRESIB. Tot això en el context dels anys vuitanta, els noranta i la primera dècada del segle XXI, d'obertura política creixent i bonança econòmica a Espanya, i en concret a Catalunya, anys propicis al desenvolupament de noves iniciatives i a l'impuls de la recerca. I finalment, el 2010, el nou gran salt fet en un context polític i econòmic molt diferent a l'anterior: la creació d'ISGlobal.

Són moltes les persones que s'han dedicat i es dediquen a aquesta faceta de la medicina i la recerca. Que han treballat des de l'inici motivats sobretot per trencar la gran bretxa que exclou milions de persones de tractaments que existeixen i els podrien salvar la vida, però als quals no tenen accés o que no estan adaptats a les seves necessitats.

Com sempre en la vida, si les circumstàncies, el context o les persones haguessin estat unes altres, hauria estat també un altre el relat plasmat ara en aquestes pàgines. Amb el tancament d'aquest capítol i amb això del llibre, es dona lloc al començament d'un de nou. Una etapa més del camí pel qual encara s'ha de transitar. En termes de salut global, mai no s'havia avançat tant com en aquesta darrera dècada, però precisament per això, el potencial del que queda per fer és encara més gran. Els indicadors de salut milloren



La Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona està situada en el cor de l'Hospital Clínic.
© Hospital Clínic de Barcelona

s'ha escrit en aquests trenta anys, des que l'Hospital Clínic va decidir apostar per una lectura més enllà de les seves fronteres, té ara nous objectius i ambicions, però manté intacte el compromís de forjar una realitat global més justa, a partir de la recerca, la formació i l'assistència mèdica.

a gairebé tot el món, incloent-hi l'Àfrica. Però queden reptes enormes pel davant. Més de mil milions de persones viuen en la pobresa extrema i en condicions de salut molt precàries.

La història recent és un magnífic testimoni que la innovació i la medicina encara són la millor inversió per aconseguir un futur més just i un desenvolupament global més equilibrat. La que



ISGlobal va celebrar la seva primera jornada de teambuilding al maig del 2011.
© Pau Fabregat

Agraïments

Gràcies a totes les persones implicades al llarg d'aquests trenta anys, s'han atès **28.000** pacients en les consultes del Servei de Medicina Tropical i Salut Internacional de l'Hospital Clínic de Barcelona, gairebé **un milió** de pacients a l'Hospital de Manhiça, a Moçambic, i **15.000** malalts de Chagas a Bolívia, així com **20.000** parts a Tetuan, al Marroc.

S'han publicat **1.076** articles científics i **53** investigadors han defensat la seva tesi doctoral.

Agraïm la participació de totes les persones que s'han prestat a ser entrevistades per a la redacció d'aquest llibre:

Pedro Alonso, John Aponte, Pau Balcells, Azucena Bardají, Quique Bassat, Mercè Bosch, Hélder Bulo, Antonia Calvo, Vicenç Cararach, Núria Casamitjana, Albino Chilaule, Manuel Corachan, Carlota Dobaño, Fidel Font, Victoria Fumadó, Alberto García-Basteiro, Joaquim Gascon, Marina Geli, Enric Grau, Ernesto Herrera, Samira Ismael, Cecília Justino, Eusébio Macete, Maria Maixenchs, Xavier Mas, Alfredo Mayor, Teresa Mejías, Clara Menéndez, Crisóstomo Messias, 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 i Rafael Vilasanjuan

Així mateix, agraïm l'ajuda d'altres persones que, de manera directa o indirecta, han fet possible aquest projecte, en particular la d'Àngels Alfonso, Beatriz Fiestas, Pau Rubio, Yolanda Surriell, Raül Toran i Sònia Tomás.

Algunes de les persones que han contribuït amb el seu esforç a treure endavant la feina que es relata en aquestes pàgines, tristament, ja no estan amb nosaltres. Volem recordar-les aquí:

Agnès Barbal

Ginecòloga a la Maternitat de l'Hospital Espanyol de Tetuan, que va morir el 23 d'agost de 2000

Ned Hayes

Epidemiòleg del CRESIB i d'ISGlobal, que va morir el 9 de maig de 2013

Rosmarie Hirt

Una de les primeres persones contractades per l'Hospital Clínic per treballar a Ifakara (Tanzània), que va morir el 12 d'octubre de 2011

Marcela Yñesta

Assistent personal de diversos directors del CRESIB i d'ISGlobal, que va morir el 27 d'octubre de 2013

Títol original

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

Autora

Olivia Blanchard

Editora i traductora

Marta Campo

Disseny i maquetació

Mucho

Impressió

Leicrom

Edició

Setembre de 2014

Amb la col·laboració de:

Fundación **BBVA**

Pioners de la Salut Global

30 anys d'història a l'Hospital Clínic de Barcelona

ISGlobal

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

U
B Universitat de Barcelona

Amb la col·laboració de:

Fundación **BBVA**

Als anys vuitanta, Espanya tot just mirava més enllà de les seves fronteres i els casos de malalties tropicals eren anecdòtics. Tres dècades més tard, els ciutadans viatgen més que mai i malalties que abans només es veien en algunes parts del planeta ara poden arribar a les nostres consultes.

L'Hospital Clínic de Barcelona ha estat pioner en el tractament d'aquestes malalties, començant amb la fundació de la Unitat de Medicina Tropical el 1984. Des de llavors, l'Hospital s'ha convertit en referent no tan sols en l'assistència clínica, sinó també en la formació de personal i en la investigació científica en una àrea mèdica tan important.

Celebrar els trenta anys de treball en salut global a l'Hospital Clínic és l'objectiu d'aquest llibre. Més de cinquanta persones han estat entrevistades, i a través de les seves experiències, el relat traça un esbós del camí recorregut. És un homenatge als èxits aconseguits i a totes les persones que els han fet possibles.