

Mesa Redonda: Pediatría Social

Aportación de la cirugía pediátrica a países en vías de desarrollo

M. GARRIDO VALENZUELA, S. GARCÍA SAAVEDRA, E.J. FUENTES CEBALLOS

Complejo Hospitalario de Ourense

No me ofrece ninguna duda, que a los médicos que hemos escogido la especialidad de Pediatría, nos une algo más que la coincidencia simple en una especialidad. Nos une, a mi parecer, un común amor a los niños. Su dolor nos "duele", y su sufrimiento nos desarma. Pero también hay que decir que sometidos a la rutina del trabajo diario, podemos llegar a ver solo el horizonte de nuestro hospital, o a lo sumo el de la autonomía en la que nos movemos, sin caer en la cuenta de que existen otros niños cuyas vidas son dignas de mejor suerte.

Vivimos en una época en que se ha globalizado casi todo, pero se han quedado olvidadas cosas tan importantes, como la justicia distributiva y la solidaridad. Y el amor a los pequeños destinatarios de nuestro quehacer, no debe tener las fronteras que impone la geografía, porque el amor es por definición universal, nunca selectivo. No podemos quedarnos impasibles ante el hecho de que a tan solo 8 a 12 horas de avión se estén muriendo niños con enfermedades evitables, o aunque la enfermedad no sea mortal les genere un sufrimiento largamente cronificado. Tampoco nos debe dejar tranquilos que solo por estar más lejos, un niño se vea condenado a arrastrar una malformación facial toda su vida, por no tener medios para su reparación, tanto económicos como técnicos.

Siguiendo los pasos de los doctores Arce y Sánchez Villares en su trabajo por y para los niños, en su ya XX Memorial, hay que tener presente que los niños no se acaban en España, y por desgracia millones de niños nos necesitan más allá de nuestras fronteras. La situación sanitaria de los lla-

mados "países del tercer mundo", nos tendría al menos que cuestionar. ¿Podremos decir algún día con convencimiento pleno que se NOS mueren niños por falta de asistencia en estos países...?

En el Estatuto Marco están recogidas las bases por las que se ha de regir la Cooperación Internacional para la realización de labores humanitarias, de manera que el realizarlas pueda influir en el currículo, y cuenten los cooperantes con el descanso necesario, al ser las labores en cooperación computables como horas de trabajo.

Cirujanos Pediátricos y Pediatras tenemos mucho que aportar a los países en vías de desarrollo, en países en los que, como casi todos los de Latinoamérica, el 45% de la población tiene menos de 15 años, estando invertida la pirámide poblacional, en comparación con nuestra vieja Europa.

Y, sobre todo, y lo más importante, es aportar proyectos de docencia, proyectos formativos para que estos países tengan sus propios hospitales y programas de medicina sostenible, para que puedan ser resolutivos sin necesidad de aportes económicos externos. Los programas de Medicina Sostenible, nunca están enfrentados con una clara opción por los pobres, que en su medida, deben colaborar a llegar a ser responsables de su propia salud.

Yo, como profesional, tuve hace ya veinte años, el privilegio, y lo digo bien, de poder poner mi carrera y mi especialidad al servicio de aquellos niños, cuyo llanto no se escuchaba, porque están muy lejos. A través de una religiosa orensana que me planteó la posibilidad de ir a trabajar en un pequeño hospital, situado en Santa Cruz de la Sierra, en

Hospital 1º de Mayo en 1988



Hospital 1º de Mayo en 2007



Bolivia, tuve mi primera experiencia, que se repetiría sin pausas hasta hoy desde los años 80.

De aquel llamado “Micro hospital 1º de Mayo” de 18 camas y a la vista de tanta necesidad de asistencia médica, surgió el proyecto de potenciación de este centro hospitalario, para que fuera capaz de atender las necesidades de una población creciente, formada fundamentalmente por indígenas emigrados del Altiplano, que buscando tierras productivas y mayores oportunidades de trabajo, se establecían en la zona sin las mínimas condiciones de vida.

De esta manera surge en Orense la Asociación Hospital 1º de Mayo, ONG de ámbito autonómico, que tengo el honor de presidir, y que sería el vehículo para la ampliación y promoción del hospitalillo, mediante ayudas económicas gestionadas a través de Convenio con la Xunta de Galicia, y múltiples donaciones privadas de personas que conocen el proyecto.

Ha sido a través de ellas, y en sucesivos proyectos anuales, como se han ido ampliando las instalaciones existentes. Comenzando con el Servicio de Pediatría, que fue el primero, se fueron habilitando de manera sucesiva quirófanos,

Maternidad, Unidad de Ingreso para Adultos, Unidad de Neonatología, Emergencias, Consultas Externas y Laboratorio, siempre en dos fases: una inicial de construcción y un segundo proyecto de dotación.

La situación actual es la de un hospital de 130 camas, con instalaciones modernas, y una población beneficiaria de unas 200.000 personas. Llevado y dirigido por religiosas españolas, ha sido distinguido en el 2006 como hospital docente, con capacidad de formar a los Médicos Internos, que al año siguiente, tras prestar su año obligatorio de servicio en el medio rural, se incorporarán a hacer la especialidad.

Otro importante cometido que no permanece olvidado por su importancia, es la labor formativa. Para ello, se habilitan becas de 3 a 6 meses para el reciclaje de especialistas en hospitales españoles, como el Hospital Torrecárdenas de Almería, hermanado con el Hospital 1º de Mayo.

Por fin, algunos especialistas nos desplazamos a Bolivia anualmente, en nuestras vacaciones reglamentarias, para intervenir niños, que por su pobreza no se podrían intervenir de otra manera, dotando cada campaña de medios



económicos adecuados para que su actuación no repercuta negativamente en la economía del Hospital. Desgraciadamente en la Autonomía Gallega no se computa el tiempo trabajado en Cooperación Internacional como el trabajo en la propia Institución del **Sergas**, como sucede en el **Sespa**, por lo que este Servicio necesariamente se debe de hacer perdiendo el derecho al descanso; pero merece la pena...

Queremos hacer constar que esta iniciativa del **Sespa** que fomenta a todas luces los itinerarios de cooperación en los que tienen esta inquietud social, debería ser imitada con generosidad por otras autonomías. Pero como decía atrás, estamos lejos de que la solidaridad sea uno de los principales motores de los gobiernos actuales.

La República de Bolivia es un país de 8.700.000 habitantes extendida en un territorio de 1.100.000 de kilómetros cuadrados. Es el país de América Latina con mayor proporción de población indígena, habiéndose descrito más de 36 etnias. Quechuas, Aymaras y Tupiguaranis, son las de mayor proporción étnica.

En Bolivia se hablan el quechua, aymara y español, siendo las lenguas oficiales reconocidas el español y el quechua. La mayoría de la población es bilingüe.

Según la distribución geográfica, el Altiplano ocupa un 16% del territorio nacional, con un 14% los valles y un 70% los llanos, que se corresponden con la zona tropical, donde se sitúa el hospital.

La **OMS** define la **Salud** como “*la situación de bienestar físico, psíquico y social de una colectividad*”. Y la Salud es un derecho para todos.

Un 5% de la población boliviana vive en la abundancia, un 15% con un bienestar relativo, un 20% son pobres no indi-

gentes, un 40% son indigentes y un 20% indigentes extremos. Esto supone que un 80% de la población vive en condiciones de pobreza.

Diarrea, sarampión, parasitosis, tuberculosis, bocio, enfermedad de Chagas, paludismo y desnutrición se pueden considerar las enfermedades más importantes. Todas ellas evitables, pero la **enfermedad más importante** es sin duda la pobreza, que condiciona la exposición a las mismas, junto con la ausencia casi total de medicina preventiva.

En cuanto a las **condiciones de la vivienda** son malas en el medio urbano y aún mucho peores en el rural. Construidas con materiales inadecuados en el 4,04% de la ciudad y en el 58,2% del campo, no tienen servicios higiénicos el 52,9% de las viviendas en el medio urbano y en el 98,8% de las viviendas del rural.

Un bien tan preciado como el agua solo llega al 9% de las comunidades rurales. El hacinamiento es otro problema





añadido; duermen tres o más personas por dormitorio en el 65,8% de las viviendas urbanas y en el 72% de las viviendas rurales. Un 23% de la población, 350.000 familias de Bolivia, carecen de vivienda.

Presenta este país una **pirámide poblacional** con gran ensanchamiento en su base, un 42% de la población son menores de 15 años, –¡que cantidad de niñez desasistida...!-. Los mayores de 60 años son solo el 4%. Los menores de 5 años son el grupo mayoritario (14,8%), todo lo contrario de nuestro país. La tasa de fecundidad, aunque actualmente está en descenso, representa una de las más altas de toda América Latina: de 5,2 hijos por mujer. La tasa de mortalidad infantil es de 198 por mil, frente a los 9 de Estados Unidos, 12 de Cuba, 22 de Argentina, 60 de Perú y 70 de Ecuador.

La esperanza de vida es de 47 años, de 36 años en Potosí –zona minera–, mientras en Nicaragua es de 55,2, en Brasil 61,8, en Chile 65,7 y en Cuba 72,8.

Según la Organización de Médicos Mexicanos cada dos segundos muere un niño de hambre en el mundo y, sin embargo, cada 2 minutos se gastan 100.000 dólares en armamentismo. En palabras de **Nicolás Castellanos**, obispo dimisionario de Palencia “ante 3.000 millones de oprimidos, 750 millones viven en bienestar, tranquilidad y riqueza...¡no se puede abdicar de la utopía”...¡

El voluntario atraviesa la frontera de nuestra realidad actual, de estas dolorosas estadísticas, para descubrir al resto de la sociedad la existencia de vidas humanas que necesitan y merecen ser tenidas en cuenta.

La situación de salud en América Latina está aún por construir. Si bien no podemos ir de “salvadores”, **si es posible** que podamos influir en su mejora, intentando modificar determinados parámetros existentes. La lucha contra la pobreza es uno de los frentes más importantes.

“Tu puedes ser solamente una persona para el mundo, pero para alguna persona, tu eres el mundo”
(Gabriel García Márquez)