I Jornada para residentes de Cooperación Internacional y Colaboración Humanitaria.

El pasado día 20 de mayo tuvo lugar, en el Hospital de la Princesa de Madrid, la I Jornada para residentes de Cooperación Internacional y Colaboración Humanitaria, organizada conjuntamente por la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) y que estaba dirigida a médicos residentes de todas las especialidades**,** con el objetivo de proporcionar unos primeros conceptos esenciales en relación a las actividades de Cooperación, conocer e intercambiar experiencias de diferentes asociaciones y debatir temas de gran interés para todos, que se distribuyeron en siete mesas redondas.

El acto inaugural fue presidido por la Dra. Elena Martín, Presidenta electa de la AEC y el Dr. Antonio Planas, Secretario general de la SEDAR.

La **primera mesa** estuvo dirigida al **Papel del residente dentro del Marco de la Cooperación española** y participaron:
Marieta Iradier, coordinadora general de la Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social (FSCAI), que desarrolló la visión general dentro del marco legal existente, los requisitos necesarios para poder hacer este tipo de rotaciones, no contempladas específicamente, la necesidad de tutorización y evaluación posteriores.
Rosa Arroyo, vicesecretaria del Consejo General de Médicos (CGCOM), que destacó los tres aspectos en los que se centran desde la CGCOM: formación y preparación antes de ir a terreno, así como en las relaciones institucionales. Así mismo, insistió mucho en la seguridad en todos los aspectos, personal y civil, insistiendo en la necesidad de solicitar y obtener el seguro de responsabilidad civil antes de cualquier salida, así como el certificado de idoneidad profesional, así como insistió en los diferentes requisitos que se establecen en la normativa estatal para la salida de los residentes, recomendando así mismo, consultar las diferentes ayudas que se pueden encontrar en la página web de la FCOMCI.
La visión desde las sociedades científicas, desarrollada por José Mª Jover, aludió al "aumento del interés" de los residentes en el ámbito de la cooperación, insistiendo en la necesidad de cooperación y estrecha interrelación entre anestesistas y cirujanos en cualquier proceso cooperativo, exponiendo su experiencia sobre todo en Bolivia. Destacó la necesidad de

formación, comentando que desde la UEMS se acaba de establecer un grupo de trabajo europeo al respecto, orientado a facilitar la formación y profesionalización en cooperación.
Por último, Robert Memba, habló de la visión desde el punto de vista de una ONG, exponiendo su experiencia en la creación de una ONG, +QSalud, hace ya más de 25 años, en Guinea Ecuatorial, con la que han desarrollado un programa formativo para residentes de cirugía general del país, con intercambio de estancias formativas de residentes de ambos países, resaltando el papel fundamental ya mencionado en la mesa de las interacciones institucionales, resaltado la gran importancia de la firma del convenio de colaboración entre el CGCOM, +QSalud y el Ministerio de Sanidad para la aprobación y desarrollo del proyecto, para solventar todos los problemas que se pueden presentar, sobre todo al trabajar con diferentes países y diferentes legislaciones.

En la **segunda mesa** estuvo orientada a **Cómo crear un proyecto de cooperación**, y participaron:
Eduardo Lobo, que habló sobre los recursos humanos necesarios: el perfil del cooperante, con gran experiencia en Kenia, que comentó la importancia de dedicación a la formación del personal de los centros a los que se va, sacar el máximo provecho de los pocos medios de los que disponen, intentando conseguir financiación, que no siempre es fácil. Y también de la importancia del dominio del idioma del país, costumbres y religiones, intentando ser lo más empático y flexible posible y sobre todo, ir muy motivado. Destacó como punto muy positivo el conocer patologías inexistentes aquí, y que son fuente de aprendizaje.
Jesús Garrido, que comentó Cómo obtener financiación y recursos económicos, siempre difícil y complicada, siendo la principal fuente las instituciones, determinados organismos, comunidades autónomas y empresas privadas (muchas tienen aéreas de cooperación social y donación, que hay que saber buscar y encontrar, y muchas veces, autofinanciación, de difícil obtención. Debe presentarse siempre un proyecto bien diseñado, dentro de los objetivos de Desarrollo sostenible de la OMS 2030, con un estudio económico razonable, riguroso y austero. Deben cumplirse siempre todos los requisitos administrativos. Siempre debe presentarse ante el Registro, así como en la AECID. Y contactar también con la FCSAI, que tiene gran experiencia y siempre ayudan y colaboran en todo lo posible.
Y, por último, Carlos Morales, que, a pesar de su juventud, expuso su experiencia como voluntario desde la Asociación IDOWAKA, iniciativa de un grupo de residentes interesados en cooperación. Desde su experiencia, recalcó la necesidad de saber a lo que van, conocer el idioma local, tener gran capacidad de adaptación al medio y a los problemas que pueden ir surgiendo (eléctricos, de agua y salubridad, etc.), saber lo que pueden hacer, siempre según su experiencia. Realizar un exacto registro de todo el material que se traslada, realizarlo siempre de forma segura y legal y siguiendo la legislación tanto nuestra como del país al que se va.

La **tercera mesa** trató sobre la **Global Surgery** y participaron:
Carmelo Loinaiz, que expuso los objetivos de Global Surgery, sobre todo los puntos clave 3-8 y 3-C, la Comisión Lancet 2015 y 2030, con referencia al Dr. Lin Kim.
Participó Juan Carlos Puyana, que insistió en la necesidad de actuar, en cooperación, en conexión con el Ministerio, la OMC y las diferentes sociedades, destacando el papel fundamental de la interrelación y colaboración sobre todo a nivel de cirugía y anestesia.
Lamentó que aquí no ocurra lo mismo que en EEUU, en donde la participación de las universidades en cooperación si es muy importante, destacando la de Harvard.
Insistió, como todos, en la participación y formación local, comentando el libro Blanco de formación en Mozambique realizado por Gonzalo Martínez, así como el estudio realizado por Antonio Villalonga sobre Filipinas.
Destacó la formación que se imparte por parte del Royal College de Irlanda (RCSI) a residentes en 9 países de África.
Por último y también en conexión en directo desde Escocia, participo Jolene Moore, que habló fundamentalmente del Global Anaesthesiology Program.

De las necesidades de especialistas a nivel mundial (2.2 millones), fundamentalmente cirujanos, ginecólogos y anestesiólogos.
World Federation of Societies of Anaesthesia
https://wfsahq.org/
Comentó el programa formativo que tienen establecido, el Training Anaesthesia Africa (NPAP) y de la World Federation of Societies of Anaesthesia (WFSA), trabajando fundamentalmente sobre la adversidad, seguridad, innovación y educación, con el programa dividido en diferentes cursos, impartiendo desde 2011 más de 185 cursos en 44 países:
SAFE (seguridad)
EPM (dolor)
VAST (SIM vital)
INPIRE (enseñanza)
Son cursos de 3 días y están iniciando otros como quirófano (sabe operating room), cuidados, etc.
Realizan también cursos de reciclaje on-line.
Insistió en la necesidad de iniciarse en la investigación clínica.

En la **cuarta mesa** se expusieron **Diferentes experiencias y proyectos**.
Ainhoa Maestu habló de Cooperación y evidencia científica: recogida de datos en campañas quirúrgicas, exponiendo las dificultades de investigación en cooperación, dadas las circunstancias que acompañan a muchas campañas, como ocurrió en Grecia durante la acogida de refugiados o en Guatemala.
Los estudios son pocos y heterogéneos. Existe una gran dificultad para recoger datos, ya que no hay historias clínicas completas de los pacientes o bien se pierde su seguimiento al ir migrando.
Recomendó intentar hacer auditorias, sobre todo de los proyectos mejor presentados y estructurados, para conocer las patologías atendidas, seguimiento económico y resultados, así como estudiar el impacto y seguimiento en el tiempo en la comunidad donde se ha trabajado.
Intentar realizar Benchmarkings internacionales.
Y publicar, y sobre todo, hacerlo en inglés, para dar visibilidad a todo lo que se está haciendo y sin comunicarlo, no será nunca reconocido.
María Gamiz expuso su experiencia en la Fundación Vicente Ferrer en la India, en cirugía colorectal, en donde hay gran número de fístulas y estomas que estigmatizan a los pacientes en su medio. Tienen un proyecto para proporcionales una vida digna y que se puedan reintegrar. Es difícil realizar un censo, ya que muchos desaparecen.
Raquel Casanova presentó en el proyecto en el que participa sobre cirugía tiroidea cuando la terapia sustitutiva no es una opción. En un país en donde hay una gran prevalencia de bocio por falta de iodo. No van ha hacer la cirugía, sino a enseñar a los locales a llevar el postoperatorio y sus complicaciones y sobre todo, a tratar y conseguir que hagan el tratamiento sustitutivo del hipotiroidismo postoperatorio.
Por último, Diego Prendes habló sobre la anestesia en zonas de bajos recursos, realizada en Uganda en cirugía también tiroidea, teniendo que trabajar con pocos medios y adaptándose al material y agentes anestésicos disponibles, en donde hay pocos anestesiólogos y poca experiencia, enseñando a los locales sobre todo a colocar vías, realizar el seguimiento y control postoperatorio, recalcando que lo más importante es estar ayudando y acompañando al personal local para que vaya adquiriendo autonomía.

La **mesa cinco** trató sobre la **Actuación en zonas catastróficas**, y en la que participaron dos miembros del equipo español START (grupo de cooperación humanitaria de catástrofes de

España), Carmelo Loinaz, que habló de la introducción a la cooperación en zonas catastróficas, recordando lo que aprendieron en Haití y la gran desorganización que hubo y que hizo replantear la forma de actuar, a nivel internacional mediante el grupo internacional Emergency Medical Team (EMT), que realizó una clasificación final en 2018, acreditada por la OMS. El grupo START fue el 15º acreditado a nivel mundial. Actualmente participan 70 países. Son capaces de montar un hospital completo y son autosuficientes en todo. Siempre van con las características socioculturales muy estudiadas.
Por otro lado, Javier Romeo, expuso su experiencia en el ciclón de Monzambique, explicando que a veces, la ayuda a proporcionar es diferente, ya que allí los hospitales locales pudieron realizar las cirugías y ellos a portaron todo tipo de apoyos y ayudas adicionales como traslados a UCI, asistencia psicosocial, etc. Y en Guinea Ecuatorial, en donde llegaron en 3 días y pudieron prestar asistencia inmediata.
Por último, Fernando Asensio expuso específicamente el manejo de la anestesia en zonas catastróficas (Tips and Tricks). El primer punto que destacó es el de saber realizar un rápido y buen triaje de pacientes, ya que suelen ser múltiples, que precisan cirugías simultáneas y con un gran componente vascular, lo que implica falta de componentes sanguíneos. Es por tanto un sistema de mínimos, que obliga a trabajar con lo que hay. Es básico el pulsioxímetro (funciona con pilas) y puede ser el único monitor disponible ante la falta de electricidad. Se incentiva la realización a anestesias locales, ya que puede no haber balas de oxígeno y/o aire, respiradores (el más seguro, el de presión – tipo BIRD-), Profilaxis antibiótica obligada, con lo que haya. Evitar fármacos que precisen nevera (RM). Continúa siendo de elección, ante la falta de anestésicos, la Ketamina (anestesia de guerra). Obligado tener corticosteroides y antihistamínicos, ya que la falta de sangre y reactivos y riesgo de reacción postransfusional. Realizar analgesia segura, mejor con mórficos.

Durante la **mesa seis**, se conectó en directo con Juan Velasco, que comentó **su Experiencia en el programa de formación en cooperación** que siguió y que tanto le ha servido, aunque lamentó que actualmente está interrumpido y es muy necesario que se reinicie de nuevo par seguir formando a profesionales locales.

La **mesa siete**, la última, fue una **Controversia pro/contra: ¿Cuál es el papel del Residente en los proyectos de Cooperación Internacional? Face to Face** (dos cirujanos y dos anestesiólogos a favor y en contra).
Desde el punto de vista de cirugía, expusieron sus argumentos a favor, Robert Memba, que estaba de acuerdo siempre que se respeten las bases legales de los países, siguiendo la Comisión Lancet, sin paternalismo y residentes de últimos años ayudando en procedimientos básicos, ya que no tienen completas las competencias, bajo supervisión, con una formación previa básica y que sea siempre auditado. En contra argumentó Josean Romeo en que sea el momento para ir de campaña, es todo caso estancias cortas, supervisadas y priorizando a los residentes locales.
Desde el punto de vista de anestesia, argumentó que la cooperación de estar profesionalizada, que depende de los convenios establecidos y sobre todo en emergencias, ni para aprender habilidades; sólo puede ir como médico, no como especialista y en todo caso, para hacer funciones básicas y lo que haga falta, siempre sin estorbar, sin competir con los residentes locales y realizando investigación. En contra, conectado en directo desde la Guayana Francesa, argumentó Raul González que lo que debe priorizarse es la seguridad del paciente (sobre todo en pediatría, obstetricia y traumáticos), que debe haber un periodo de aprendizaje, que puede haber falta de supervisión y soporte y que, hoy por hoy, no encaja en el plan formativo MIR (topan con la administración), y sobre todo, falta de experiencia y adquirirla cuesta mucho tiempo y esfuerzo, mejor aprender en situación estable reglada y después ir profundizando en las que ayudan a salvar vidas.

En la **Discusión**, en la que participaron varios residentes, se valoró su gran interés por la cooperación, el carácter innovador y emprendedor de la gente joven, el interés por aprender cuando se va en una campaña y que están dispuestos a ayudar en lo que haga falta.

Como **Conclusiones** se propuso lo comentado en las diferentes mesas: formarse en cooperación, investigar, empezar a hacer proyectos, aprender a analizar y crear compañas, ir creando evidencias, formación cada vez más especializada en cooperación, aprender a buscar subvenciones y fondos, prepararse para el futuro y crear valores humanos.

Referencias de interés comentadas durante la Jornada:

Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social (FSCAI)
https://fcsai.es/

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)
https://www.aecid.es/ES/Paginas/Servicios/Preguntas%20Frecuentes/FAQ%20ONGD/Equipo-Start.aspx

Equipo START España
https://www.aecid.es/ES/Paginas/Servicios/Preguntas%20Frecuentes/FAQ%20ONGD/Equipo-Start.aspx

Cooperación OMS
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126:country-cooperation-strategy-ccs&Itemid=1849&lang=es

https://www.who.int/

Comisión Lancet 2015
https://www.thelancet.com/commissions/global-surgery

Comisión Lancet 2030

https://www.lancetglobalsurgery.org/spanish

Global Surgery
https://gh.bmj.com/content/4/5/e001808
https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/5/e001808.full.pdf

Global Anesthesia Programs
https://anesthesia.wisc.edu/department-priorities/global-anesthesia-programs/

World Federation of Societies of Anaesthesia
https://wfsahq.org/

Safe Africa Program
https://anaesthetists.org/Home/International/SAFE-Africa

Royal College of Surgeons in Ireland
https://www.rcsi.com/dublin